**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**As Tecnologias Leves como geradoras de satisfação em usuários de
uma unidade de saúde da família – *Elemento analisador da
qualidade do cuidado prestado?***

Sonia Mara Neves Ferri

Ribeirão Preto

2006

Sonia Mara Neves Ferri

**As Tecnologias Leves como geradoras de satisfação em usuários de
uma unidade de saúde da família – *Elemento analisador da
qualidade do cuidado prestado?***

**Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

**Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.**

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Ribeirão Preto

2006

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferri, Sonia Mara Neves

As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família – Elemento analisador da qualidade do cuidado prestado? Ribeirão Preto, 2006.

126p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Pereira, Maria José Bistafa

1. Avaliação de Serviço. 2. Tecnologias Leves. 3. Modelo de Atenção.

Sonia Mara Neves Ferri

As Tecnologias Leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família – Elemento analisador da qualidade do cuidado prestado?

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Instituição: EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria do Carmo G. G. Caccia Bava

Instituição: FMRP/USP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

*Aos amores da minha vida: meu marido,
Hilson, e meus filhos João Pedro, André e o
pequeno que está por chegar...*

*Também a toda minha família, “peças”
importantes na minha vida...*

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria José Bistafa Pereira – Zezé, você é muito especial, o nosso trabalho é fruto de todo este amor pela vida e pelas pessoas deste “mundo de meu Deus”... ter você como orientadora é realmente uma grande honra...

Ao Professor Gutemberg de Melo Rocha – o senhor talvez nem tenha percebido a grande importância que teve em minha vida, mas com certeza cheguei até aqui porque “um dia” o senhor demonstrou acreditar no meu trabalho, aumentando assim a minha responsabilidade de corresponder a isso e me trazendo muita força para procurar novos caminhos... . É através do senhor que agradeço a todos os professores do mundo acadêmico e da academia da vida, envolvidos no meu aprendizado até o dia de hoje.

Acho importante agora não nomear pessoas neste espaço de agradecimentos. Desde o meu nascimento, todas as pessoas que comigo estiveram, direta ou indiretamente, foram importantes para a minha vida, para o meu aprendizado do mundo, e, com certeza não caberiam neste pequeno espaço.... Agradecendo a Deus pela minha existência estarei também agradecendo a todos os seus filhos:

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

FERRI, S. M.N. **As Tecnologias Leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família – Elemento analisador da qualidade do cuidado prestado?** Ribeirão Preto, 2006. 126 f. (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

A avaliação do cuidado prestado por uma equipe de saúde da família a uma população adscrita constitui-se o foco desta investigação. O objetivo foi avaliar a qualidade da assistência prestada no serviço selecionado, enfocando a satisfação dos usuários, a partir das Tecnologias Leves; bem como, analisar aspectos da assistência, produtores de satisfação e de insatisfação dos usuários do serviço de saúde, no que diz respeito ao vínculo, responsabilização, resolubilidade, expectativas, relacionamentos, conforto e acesso, como também, identificar recomendações para intervenções no serviço de saúde em estudo, a partir da produção de satisfação e insatisfação da população adscrita. Tomamos por pressuposto que os serviços de saúde precisam dispor de recursos tecnológicos para resolver problemas de ordem biológica, no entanto estes serão insuficientes para a qualidade, se também não houver a preocupação de estabelecer uma forma de relação diferenciada do trabalhador de saúde para com o usuário. Os sujeitos da pesquisa foram usuários e não-usuários do serviço, sendo o material empírico coletado pela técnica da entrevista semi-estruturada. Na análise quantitativa, recorremos ao software Epi info, levando-se em conta as variáveis relacionadas à caracterização geral dos sujeitos da área da pesquisa para realizar a análise. Para os dados qualitativos, procedemos à ordenação dos dados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, sendo no processo identificados quatro grandes temas: “As Expectativas”, “A Realidade que Temos”, “Produção de Tecnologias Leves”, “As Sugestões”. Destacamos com relevância a importância atribuída pelos usuários às Tecnologias Leves, e ainda, a necessidade de se investir em diminuir o tempo de espera para exames, consultas e encaminhamentos. O acesso a medicamento e à atenção odontológica no próprio Núcleo da Saúde da Família, também foi destacado como necessário por esses usuários. Porém, ainda fica evidente que é preciso investir muito em diversas estratégias que possibilitem a reflexão acerca da compreensão do processo saúde/doença e outras formas de concebê-lo.

Palavras-chave: Avaliação, Satisfação do Usuário, Saúde da Família

ABSTRACT

FERRI, S.M.N. **The Soft Technologies as generating of satisfaction in users of a unit of health of the family– *analytical Element of the quality of the given care?*** Ribeirão Preto, 2006. 126 f. (Mestrado) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo , 2006.

The evaluation of the care given for one has equipped of health of the family of users's population consists the focus of this inquiry. The objective was to evaluate the quality of the assistance given in the selected service, being focused the satisfaction of the users, from the soft technologies, as well as , analyzing aspects of the assistance, producers of satisfaction and dissatisfaction of the users of the health service , in what it says respect to the bond, responsibility, resolution, expectations, relationships, comfort and access, as well as, to identify recommendations for interventions in the service of health in study, from the production of satisfaction and dissatisfaction of the attached population. We take for estimated that the health services need to make use of technological resources to decide problems of biological order, however these will be insufficient for the quality, if also it will not have the concern to establish a form of relation differentiated of the health worker stops with the user. The citizens of the research had been using and not-users of the service, being the empirical material collected by the technique of the half-structuralized interview. In the quantitative analysis, we appeal to software Epi info, being taken itself in account the related variable to the general characterization of the citizens of the research to carry through the analysis. For the qualitative data we proceed to the ordinance from the data for the method from the Speech from the Collective Citizen, being in the process identified four great subjects: "The Expectations", "The Reality that We have", "Production of soft Technologies", "The Suggestions". We detach with relevance the importance attributed for the users to the soft technologies, and still, the necessity of if investing in diminishing the open assembly time for examinations, consultations. The access the medicine and to the dentist appointment in the proper Nucleus of the Health of the Family, also was detached as required by these users. However, still it is evident that she is necessary to invest very in diverse strategies that make possible the reflection concerning the understanding of the process health/illness and other forms to conceive it.

Key words: Evaluation, Consumer Satisfaction, Family Health

RESUMEN

FERRI, S.M.N. **¿Las tecnologías suaves como la generación de la satisfacción en usuarios de una unidad de la salud de la familia – *elemento analizador de la calidad del cuidado dado?*** Ribeirão Preto, 2006. 126 f. (Mestrado) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo , 2006.

La evaluación del cuidado dado para uno ha equipado de la salud de la familia de la población de usuarios consiste el foco de esta investigación. El objetivo era evaluar la calidad de la ayuda dada en el servicio seleccionado, siendo enfocado la satisfacción de los usuarios, de las tecnologías suaves, así como, analizando los aspectos de la ayuda, los productores de la satisfacción y el descontento de los usuarios del servicio médico, en lo que dice respecto al enlace, a la responsabilidad, a la resolución, a las expectativas, a las relaciones, a la comodidad y al acceso, así como, de identificar las recomendaciones para las intervenciones en el servicio de la salud en estudio, de la producción de la satisfacción y del descontento de la población unida. Tomamos para estimado que los servicios médicos necesitan hacer uso recursos tecnológicos para decidir a problemas de la orden biológica, no obstante éstos serán escasos para la calidad, si también no tiene la preocupación para establecer una forma de relación distinguida de las paradas del ayudante de sanidad con el usuario. Los ciudadanos de la investigación habían estado utilizando y los no-usuarios del servicio, siendo el material empírico recogido por la técnica de la entrevista de la mitad-structuralized. En el análisis cuantitativo, abrogamos al software Epi-Info, siendo tomado adentro consideramos las variables relacionada a la caracterización general de los ciudadanos de la investigación a llevar con el análisis. Para los datos cualitativos que procedemos a la ordenanza de los datos para el método del discurso del ciudadano colectivo, estando en el proceso identificó cuatro grandes temas: “Las expectativas”, “La realidad que tenemos”, “Producción de tecnologías suaves”, “Las sugerencias”. Separamos con importancia que la importancia atribuyó para los usuarios a las tecnologías suaves, y aún, la necesidad de si invierten en disminuir el tiempo de montaje abierto para las exámenes, consultas. El acceso la medicina y a la cita del dentista en el núcleo apropiado de la salud de la familia, también fue separado según los requisitos de estos usuarios. Sin embargo, inmóvil es evidente que ella es necesaria invertir muy en las estrategias diversas que hacen posible la reflexión referente a la comprensión de la salud/de la enfermedad de proceso y de otras formas para concebirla.

Palabras Clave: Evaluación, Satisfacción de los Consumidores, Salud de la Familia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Máscara 01 – “O que é saúde para você?”.....	59
Quadro 2 - Máscara DSC 01 - (“O que é saúde para você? ”).....	59
Quadro 3 – População do Núcleo estudado segundo dados do SIAB-2005.....	64
Quadro 4 - Ocupação dos entrevistados com o número de vezes em que aparece a ocupação referida e a sua respectiva porcentagem.....	65
Quadro 5 - Características dos não-usuários de serviços públicos de saúde, quanto à ocupação, o porquê de não usar o serviço público e a microárea referente	65
Quadro 6 - Características dos moradores da área do Núcleo estudado, não-usuários do Núcleo e usuários de outros serviços públicos de saúde, quanto ao tempo de moradia, sexo, idade, ocupação, escolaridade e serviços de saúde utilizados, ano de 2005.....	66
Quadro 7 - Frequência da resposta da questão “qual serviço público de saúde usa?” e a porcentagem que aparece a resposta em relação ao número de entrevistas.....	67
Quadro 8 - Frequência da resposta da questão “por que vai ao Núcleo” e o total de vezes em que aparece a resposta e sua respectiva porcentagem em relação ao total das entrevistas.....	69
Quadro 9 - Frequência da resposta da questão “o que o serviço de saúde tem que ter”, o total de vezes em que aparece a resposta e a porcentagem em relação ao número total de entrevistas.....	72
Quadro 10 - Frequência da resposta da questão “o que o leva a ir ao Núcleo” o total de vezes em que aparece a resposta e a porcentagem em relação ao número total de entrevistas.....	73
Quadro 11 - Frequência da resposta da questão “o que não o leva a procurar o Núcleo”, o total de vezes em que aparece a resposta e a porcentagem em relação ao número total de entrevistas.....	74
Quadro 12 - Frequência da resposta da questão sobre as sugestões para as melhorar o serviço do Núcleo, o total de vezes em que aparece a resposta e a porcentagem em relação ao número total de entrevistas.....	78
Mapa 1 – Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto.....	49
Figura 1 – Sistemática para a apresentação e discussão dos dados produzidos.....	62
Gráfico 1 – População do Núcleo estudado segundo dados do SIAB-2005.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número total de famílias cadastradas em cada microárea e em toda área adscrita do Núcleo em estudo e a porcentagem de 10% do número de famílias cadastradas em cada microárea, com as respectivas aproximações.....	52
Tabela 2 - Número total de famílias cadastradas por microárea e os 10% correspondentes de cada uma, seguido do que representa, em porcentagem, este número no total de famílias da área de abrangência do Núcleo, e os cálculos finais do número de entrevistas de cada microárea, já arredondados conforme critério proposto.....	54
Tabela 3 - Número de entrevistas por microárea e a porcentagem referente ao total de famílias de cada microárea.....	64
Tabela 4 - Frequência de quantas vezes usou o Núcleo em relação a cada microárea e o número total de entrevistas por cada microárea.....	68

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO – O DESPERTAR PARA O PROBLEMA.....	14
2 INTRODUÇÃO.....	18
3 JUSTIFICATIVA/PRESSUPOSTOS.....	26
4 OBJETIVOS.....	29
4.1 Objetivo geral.....	29
4.2 Objetivos específicos.....	29
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
5.1 Avaliação – Revisitando a literatura	31
5.2 Buscando a revisão literária sobre Satisfação: importante ferramenta de qualidade do atendimento	36
5.3 O uso das Tecnologias Leves na produção do cuidado em saúde.....	40
6 METODOLOGIA	43
6.1 Tipo de pesquisa.....	43
6.1.1 Quanto aos fins	43
6.1.2 Quanto aos meios.....	43
6.1.3 Quanto às abordagens	44
6.2 Instrumento de coleta de dados	46
6.2.1 Entrevista semi-estruturada.....	46
6.2.2 Campo da pesquisa	48
6.3 A área adscrita do Núcleo de Saúde da Família (NSF) do estudo	51
6.4 Os sujeitos da pesquisa.....	52
6.4.1 Na primeira fase.....	52
6.4.2 Na segunda fase	54
6.5 Análise dos dados.....	56
6.5.1 1ª Fase – Fotografando a área	56
6.5.2 2ª Fase – Mergulhando no contexto.....	57
6.6 Procedimentos éticos.....	60
7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS	63
7.1 A primeira fase – Abordagem quantitativa	63
7.2 A segunda fase – Abordagem qualitativa.....	78
7.2.1 As expectativas	80
7.2.2 A realidade que temos.....	86
7.2.3 A produção de Tecnologias Leves: um recorte no processo.	97
7.2.4 As sugestões: o que queremos	102
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	122
ANEXO.....	125

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO – O DESPERTAR PARA O PROBLEMA

Quando iniciei o curso de medicina, não poderia deixar de ser igual a todos os meus colegas de classe, afinal a pergunta que todos escutávamos era: “- Qual especialidade você vai fazer?”. Entramos na faculdade “já especialistas”, a ponto de surgir um certo medo, mesmo que sutil, nos colegas que não haviam pensado nisto ainda; e eu era uma destas.

Isso foi em 1985, e hoje, vinte anos depois, vemos que isso ainda não mudou muito. As instituições ainda estão formando mais especialistas. Esse resultado não poderia deixar de ser tão diferente, pois os formadores são especialistas, as instituições são especializadas, a população ainda está em busca de seus especialistas. Não queremos dizer com isso que não necessitamos destes profissionais, porém entendemos que para haver mudanças reais nos rumos da história política da saúde pública deste país os generalistas são imprescindíveis neste processo.

E que país é esse? Brasil.

Brasil, país de desigualdades. Desigualdades de acesso à saúde, à educação, à informação, à justiça... e outras tantas desigualdades sociais.

Brasil que quer ser globalizado, ou que sofre as pressões para sê-lo.

Brasil que quer combater a fome, sem ter trabalho.

Brasil que quer ajudar o Haiti, mas como diz o poeta, o Haiti não é aqui!?

Estas minhas indagações são trazidas do mundo das práticas, do dia-a-dia do trabalho...

Fiz residência médica em pediatria, especialização que procura nos ensinar a ver nossas crianças de forma integral, não só como uma criança, mas como um ser que tem mãe, família, casa, mora em uma comunidade, tem um cuidador. Porém, quando na prática dos serviços nas unidades básicas de saúde, ficou muito difícil vivenciar esta integralidade...era uma pediatra atendendo em uma unidade com uma agenda, com um número especificado de consultas, com um outro número especificado de urgências para cada dia de atendimento, com uma porta de entrada definindo que quem seria atendido era quem chegasse primeiro, quem tivesse “jogo de cintura”, quem tivesse mais “conhecimento” ou “conhecidos”...uma integralidade partida, eu diria, se assim ela pode ser.

Talvez por achar que faltava alguma coisa ou por acreditar que alguma coisa diferente poderia ser feita, decidi seguir para atuação em serviços de saúde da família. Fiz uma nova especialização, onde encontrei definitivamente algo de diferente onde pudesse realmente acreditar que a porta realmente estaria aberta e que os espaços de troca, de cuidado, de acolhimento teriam grande potencialidade para acontecer.

Segui adiante e cheguei à gestão, como quem cai de pára-quedas é bem verdade, pois a minha formação médica não me deu subsídio para exercer um cargo de gestor; não que não tivéssemos tido grandes mestres na área de Saúde Pública, mas porque nós, médicos, estávamos sendo formados para outro fim, o da assistência, e esta desarticulada da gestão.

Nessa minha trajetória, foi possível incorporar que os relacionamentos são propulsores do cuidado, como também podem ser produtores de satisfação/insatisfação e que há diferentes representações do papel ou da importância dos relacionamentos para a produção do trabalho em saúde.

Nesta perspectiva, como gestora e médica de Saúde da Família me inquietou saber como a população usuária percebe os relacionamentos estabelecidos nos serviços de saúde, na produção do cuidado. Será que as diretrizes do Programa da Saúde da Família, principalmente

no que diz respeito à prática humanizada, estão sendo possíveis de serem percebidas pelos usuários? Se estiver acontecendo, será que estes usuários reconhecem que esta prática faz diferença nos seus tratamentos, nas suas doenças, na sua saúde, nas suas vidas? Será que percebem a diferença entre quantidade e qualidade? A primeira sendo uma característica típica dos Pronto-atendimentos; e a segunda, a direção que se quer dar aos serviços com a mudança de modelo no atendimento.

Onde e como chegar? Podemos até saber o que queremos, mas “o como” é processual e neste caminhar, ao avaliar e reavaliar o que estamos produzindo, é que podemos ir (re)-construindo.

Para efeitos desta pesquisa, recorreremos à Satisfação do usuário como meio de avaliar o cuidado prestado, e se a mesma pode ser um elemento analisador da qualidade deste cuidado.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

Na década de 1970, ocorria uma crise estrutural do capitalismo, gerando surpresas na economia mundial, trazendo uma recessão generalizada no mundo e conseqüentemente uma queda na produção industrial. Mesmo os países desenvolvidos entram em crise, com dificuldades em financiar seu desenvolvimento.

Nesse contexto, os gastos com políticas sociais passaram a ser focos de atenção, portanto avaliar serviços de saúde em relação aos gastos tornou-se uma necessidade. Segundo Almeida (1997), o que ocorria era: “...os custos médicos haviam subido com muito mais rapidez que em qualquer década anterior (a 1965) e a parte governamental neste custo havia aumentado substantivamente, seja nos países com sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado”. Nesse contexto, os segmentos sociais fizeram pressão pela manutenção dos programas sociais e a Organização Mundial de Saúde (OMS) movida pela necessidade econômica dos governos convoca os países para uma Conferência de Saúde, que se realizaria em Alma Ata.

No ano de 1978, nesta Conferência em Alma Ata, emergiu então uma proposta internacional que seria a chave para atingir a meta dos governos/organizações internacionais/comunidade mundial, no tocante à saúde do mundo para se obter melhor qualidade de vida e contribuir para a paz mundial: a Atenção Primária à Saúde (APS) ou melhor, “cuidados primários de saúde” (STARFIELD, 2004). A APS então passa a ser conceituada como: “A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e **a um custo que as comunidades**

e os países possam suportar (grifo nosso), independentemente de seu estágio de desenvolvimento (...). Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS, 1979).

Ainda nesse processo de necessidade de repensar as complexas questões pertinentes ao setor saúde, outros encontros internacionais marcaram esse fim de século, tais como as conferências de Ottawa, em 1986, e de Bogotá, em 1992, ambas trazendo como marco principal “saúde para todos”, como direito fundamental do ser humano (BRASIL. MS, 1996).

Nessa arena, o Brasil, em 1986, realiza sua 8ª Conferência Nacional de Saúde, coroando o movimento da Reforma Sanitária que se iniciou na década anterior, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conceituando a saúde de forma ampliada, demarcando o início da construção do Sistema de Saúde Único (SUS) com a legitimação da participação popular. Participação que está ainda em processo de construção, pois em um país de desigualdades para que isto aconteça, os “desiguais” *deverão ser sujeitos das políticas sociais e não meros objetos* (DEMO, 1996).

Entendemos que o Estado então, nesse movimento, pode e deve estar presente para instrumentalizar a participação, para que esta seja conquistada e não concedida; deve ter uma política social voltada para a redução das desigualdades, conseqüentemente que traga a construção de sujeitos sociais.

Os serviços de saúde, também nesse mesmo processo de construir mudanças, podem ser um destes instrumentos do Estado no sentido de estimular o exercício da cidadania, possibilitando o reconhecimento dos seus direitos, de incentivar a participação na formulação

de políticas locais e nos outros níveis de atuação, de estimular a capacidade desses desiguais de manejar as condições de acesso e de conquista. Um dos pontos-chave para o usuário alçar a condição de sujeito participativo da construção de projetos é a ESCUTA, não a que simplesmente empresta os ouvidos, mas a que ACOLHE, pois nesta perspectiva é reconhecida que a ação conjunta entre os indivíduos é uma das características do processo relacional da produção de saberes, assumindo o privilégio de promover trocas e complementaridades na construção de um projeto que irá se constituir, num dado contexto histórico, **com** os elementos e não **para** os elementos.

Reconhecemos avanços no setor de saúde brasileiro conquistados, na sua grande maioria, no movimento de Reforma Sanitária. Ocorreu um conjunto de reformas administrativas, políticas e organizativas dentro, do campo das políticas públicas da saúde no país, e avançamos muito nos aspectos relativos à legislação (RAGGIO; GIACOMINI, 1996). Porém, acreditamos que temos um grande desafio a enfrentar para “...mudar o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” (PEREIRA, 2001).

Pensando assim, o Programa de Saúde da Família, implantado no país desde 1994, se constitui em mais uma estratégia que se propõe a “... contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL. MS, 1998). As Unidades de Saúde da Família têm como atribuições de suas equipes o acolhimento, a construção da cidadania, a resolução das necessidades de saúde dentro da lógica da indissociabilidade da: prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. Na verdade uma estratégia de política pública de saúde para viabilizar o que foi preconizado em 1978, em

Alma Ata, “saúde para todos no ano 2000”, para reorganizar o modelo de assistência através do enfoque na Atenção Primária.

O conceito de saúde que norteou as diretrizes desta Conferência, estava assim estabelecido:

...estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1979)

O novo conceito de saúde, expresso no artigo 126 da Constituição Federal Brasileira de 1988, passou então a exigir novas práticas dos serviços de saúde, tornando necessárias mudanças na forma de como oferecê-los.

- Os serviços de saúde: produzindo cuidado

Consideramos mesmo um grande desafio enfrentar esta batalha na transformação no modo de se ‘fazer saúde’ no Brasil, onde o processo saúde/doença é tido unicamente como um fenômeno individual, centrado no corpo do cliente, e fundamentado na visão biomédica, e conforme afirmamos tem a doença e o lucro decorrentes dela, como objeto do processo de trabalho em saúde (PEREIRA, 2001).

Concordamos com vários estudiosos (Mehry, Mishima, Pessini, Campos, entre outros), na temática relacionada com o modo de produção dos serviços de saúde, que para (re)construir a prática predominante é necessário ter a produção de cuidado como a finalidade do processo de trabalho em saúde.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso, é o cuidado,...”. Boff (1999) define o cuidar como uma “atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

O termo cuidado abrange práticas de saúde que envolvem muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham como produto final o cuidado está implícito que nos serviços estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos

sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim...a integralidade.

Começamos então pelo conceito de acolhimento:

...é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional-usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de sociedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (BRASIL. MS., 2004a).

Silva Júnior e Mascarenhas (2004, p. 243) trazem definições de alguns autores sobre o que seria acolher: para Malta et al. (1998) “é uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe”; para Mehry e Onocko (1997), “é uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde”; e enfim, segundo Silva Júnior (2001):

Tratar humanizadamente toda a demanda: dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção *de projetos terapêuticos individualizados* (p. 91).

Pensamos neste instante: acolher já é cuidar.

Seguindo o nosso raciocínio, vamos então tentar entender o que seria assistência. Segundo Candeias (1992), são ações que vão ao encontro de necessidades de saúde de qualquer grupo social. Nas relações dos serviços, existem “quem assiste” e “quem é assistido”, sem ocorrer no entanto a passividade do segundo, sendo então semelhante ao cuidado.

Quando buscamos na literatura definir o que seria o cuidado, encontramos diversas conceituações. Nos dicionários da língua portuguesa, cuidado é trazido como diligência, zelo, desvelo, que se dedica a alguém ou algo; cuidar é tratar. Segundo Mishima et al. (2001) e Nascimento e Mishima (2004), é um envolvimento cuidadoso, zeloso, responsável; solicitude, bom trato. Conforme nos traz Pessini (2000), “cuidar, mais do que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante”.

É importante observar junto com Pessini que ainda que não possamos curar uma pessoa portadora de uma determinada doença dita incurável, podemos cuidá-la. As doenças são incuráveis, mas os pacientes são cuidáveis. Pensamos em “cuidar”, quando pensamos em **saúde**, assim como pensamos em “curar” quando pensamos em **doença**. Seguindo este raciocínio, um paciente aidético poderia realmente ter saúde: ser feliz, ser respeitado, trabalhar, viver.

Cabe aqui lembrar que, no ato de cuidar, também existe o ato de curar, porque o biológico não deixou e não deixa de existir, mas na realidade, como afirma Silva Júnior; Mehry; Carvalho (2003) “há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as “lesões” e “disfunções” detectadas”.

Conforme explica Volich (2000), “o que cuida”, que pode ser o médico, o fonoaudiólogo, o vizinho, “...é todo aquele a quem é dirigido um pedido de ajuda com relação a um sofrimento, que busca um outro que possa compartilhá-lo, e que se disponha a acolher este pedido”; seria então uma *relação terapêutica* que se estabelece entre esta pessoa que sofre e busca um alívio com alguém que supostamente pode aliviá-la. Neste processo, segundo o mesmo autor, devemos considerar as fontes internas e individuais dos processos de

desenvolvimento e de transformação, a natureza e os desejos individuais daqueles que buscam aprender ou se curar.

- O uso das Tecnologias Leves¹ em Saúde

Nessa perspectiva iremos perceber que, para lidar com o biológico, as Tecnologias Leve-duras (o saber técnico de cada profissional de saúde) e as Tecnologias Duras (equipamentos) deverão estar presentes para a produção de saúde, mas também não podemos esquecer que os nossos usuários buscam nos serviços de saúde a cura para todos os seus males, porém se expressam através de sintomas e sinais; segundo Luz (2004) é uma demanda por símbolos, por um universo simbólico, e, se quisermos cuidá-los, sem dúvida teremos que saber perceber, escutar, acolher e decifrar esta demanda para avançarmos na saúde. Se não captarmos estes símbolos (necessidades), não satisfaremos os nossos usuários. E como captá-los?

Somos partidárias que para esta pergunta a resposta seria usando as Tecnologias Leves nos serviços: as relações, os espaços de escuta, de acolhimento, de vínculo, de autonomia. E aí então pensamos neste instante: se não usarmos as Tecnologias Leves de forma “desmedida”, nos nossos espaços de trabalho, estaremos quem sabe curando e nem sempre cuidando.

Franco e Magalhães Júnior (2003) explicam isso quando trazem que a integralidade começa por uma organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde as Tecnologias Leves aconteçam com uma maior magnitude nas práticas dos serviços, do que as tecnologias leve-dura e dura; e a conformação das três gera qualidade.

¹ Na Fundamentação Teórica, item 5.3 deste estudo, na página 40, encontra-se explicado com mais detalhes o que são as tecnologias leves em saúde.

JUSTIFICATIVA/PRESSUPOSTOS

3 JUSTIFICATIVA/PRESSUPOSTOS

- ✓ A estratégia de Saúde da Família tem potência para mudar o modelo, incorporando a valorização das relações como um aspecto importante na produção do trabalho em saúde.
- ✓ Ao reconhecermos que os números representam pessoas comuns e correntes, as que trabalham e as que precisam dos serviços de saúde, entendemos que há necessidade de analisar o alcance dos serviços prestados, não só numericamente através dos indicadores pré-instituídos da saúde, mas também que possibilite explicitar a dimensão da qualidade das relações estabelecidas entre usuários e trabalhadores, neste momento na perspectiva do usuário.
- ✓ A avaliação da satisfação/insatisfação dos usuários e não-usuários dos serviços de saúde se constitui como uma ferramenta importante para: realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto político estabelecido, que neste estudo trata-se da construção do SUS e dessa forma a manifestação do usuário, ou não-usuário do serviço poderá subsidiar o processo de decisão compartilhada, na produção deste serviço.

Satisfação significa contentamento, alegria, deleite, necessidades atendidas. Portanto nos leva a defender que em serviços de saúde precisamos, como nos alerta Merhy² (MEHRY E ONOCKO, 1997), lançar o olhar para as diversas tecnologias: leve, leve-dura e dura; queremos com isso explicitar o nosso pressuposto: os serviços de saúde precisam dispor de recursos tecnológicos para resolver riscos e danos apresentados pela clientela, no entanto estes

² No corpo do texto, mais especificamente no capítulo que trata da Fundamentação Teórica, item 5.3 deste estudo, na página 40, encontram-se melhor conceituadas as Tecnologias propostas por Mehry.

serão insuficientes para a qualidade, se também não houver a preocupação de estabelecer uma forma de relação diferenciada do trabalhador de saúde para com o usuário, relação acolhedora, com aspectos ligados ao vínculo, compromisso, responsabilização pela saúde e autonomia destes usuários.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

A partir das questões definidas anteriormente tem-se como **objetivo** deste estudo:

4.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da assistência prestada no serviço selecionado, enfocando a satisfação da população cadastrada, usuária, ou não, do serviço avaliado, a partir das Tecnologias Leves.

4.2 Objetivos específicos

- ✓ Analisar aspectos da assistência, produtores de satisfação e de insatisfação dos usuários do serviço de saúde em estudo, no que diz respeito ao vínculo, responsabilização, resolubilidade, expectativas, relacionamentos, conforto e acesso.
- ✓ Identificar recomendações para intervenções no serviço de saúde em estudo, a partir da produção de satisfação e insatisfação da população adscrita³.

³ Adscrição de clientela da unidade de saúde da família é feita através da definição da área de abrangência e do cadastramento da população que reside nesta área (Aquino et al., 2001).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 Avaliação – Revisitando a literatura

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), a *Avaliação* é uma atividade tão velha quanto o mundo, e o conceito de avaliação de programas/serviços públicos surgiu logo após a Segunda Grande Guerra, pois o Estado começava a substituir o mercado no desempenho de funções em diversas áreas – a saúde era uma dessas – e portanto deveria encontrar meios para que houvesse serviços usando recursos da forma mais eficaz possível.

Guba e Lincoln (1990), apud Contandriopoulos et al., (1997), propõem a divisão do percurso histórico da avaliação nesse último século, em quatro estágios: o primeiro estágio seria baseado na *medida*, o avaliador neste caso é um técnico que constrói e usa instrumentos que permitem medir os fenômenos em estudo; o segundo estágio, que ganha força nos anos 20 e 30, trata de *identificar e descrever* como os programas atingem seus resultados; o terceiro estágio, que tem seu marco a partir do final dos anos 50, se caracteriza pelo *julgamento* de uma intervenção, neste caso o avaliador deve, além de descrever e mensurar, estabelecer os méritos do programa; o quarto estágio, que no final do século estaria emergindo, tem como base uma avaliação *inclusiva e participativa*, como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Ao revisitar a literatura, nota-se que existem vários conceitos do que seria *avaliação*, Contandriopoulos et al. (1997) ainda vão além ao dizer que: “Esta breve revisão do estado dos conhecimentos mostra a **vaidade** que seria propor uma definição universal e absoluta da avaliação (grifo nosso)”.

No entanto, esses mesmos autores dizem que podemos adotar uma definição que hoje é objeto de amplo consenso, que seria dizer que **avaliar consiste em fazer um juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão**, e ainda, poderá ser resultado da aplicação de critérios e normas (AVALIAÇÃO NORMATIVA):

Avaliação Normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma Intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. (...). ...é uma atividade comum em uma organização ou um programa. Ela corresponde às funções de controle e de acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade (CONTANDRIOPOULUS et al., 1997, p. 34).

ou se elaborar a partir de um procedimento científico (PESQUISA AVALIATIVA), que seria:

...o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULUS et al., 1997, p. 37).

No referido texto, o que os autores chamam de intervenção é o “conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”. E não podemos deixar de citar ainda os diferentes atores que uma intervenção envolve: os avaliadores, a população, os usuários, os administradores, os financiadores, os profissionais e o poder público; todos esses possuem objetivos específicos quando se trata de avaliação e, segundo Tanaka e Melo (2004), quando se pensa em avaliar serviços de saúde deve-se ter em mente para quem se está avaliando. O avaliador, portanto, não irá fazer o relatório para ele mesmo, deverá saber de antemão quem lerá a sua avaliação, posto que isto será importante no objetivo final da mesma, que seria a tomada de decisão.

Existem, segundo Tanaka e Melo (2004), duas perspectivas quando se pensa em avaliar serviços de saúde: a primeira seria a perspectiva institucional que se direciona para medir resultados produzidos; e a segunda, a perspectiva de um novo modo de cuidar, que visa portanto à inclusão do usuário. Isto significa que a avaliação deve ser incorporada ao cotidiano da gestão, porque *gestão é decisão*.

Quando pensamos em realizar uma avaliação, devemos dar importância ao que “toca” as pessoas, e não somente ao que nos “toca”. Deve haver então uma *sensibilização* por parte dos atores envolvidos, isto significa que o problema estará na prática, mas só será estratégico, se fizer as pessoas saírem do seu lugar, fazendo com que ocorram mudanças reais nas práticas dos serviços de saúde.

Para Donabedian (1966), na avaliação de serviços de saúde existem três componentes a serem enfocados: a estrutura, o processo e o resultado. Quando fazemos um julgamento sobre uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização, estamos falando *de estrutura*, e se esta é adequada poderá haver melhoras na qualidade da assistência prestada. Quando o que estamos avaliando são os serviços, ou os bens produzidos, estamos avaliando o *processo*. E ainda se falarmos que estamos emitindo um juízo de valor ao *resultado* obtido, estaremos querendo dizer que avaliamos os objetivos que a intervenção se propôs a fazer. E aqui cabe lembrar que a satisfação dos usuários que emerge das relações vividas nos serviços de saúde é resultado, pois é o objetivo final desejado do processo do cuidado em saúde.

Arretche (2001) cita ainda três *objetivos* de uma avaliação: o de conhecimento – para se conhecerem meios, condições, resultados e impactos da intervenção; o de verificação – para prestação de contas das ações, julgar a eficiência e a eficácia; e o de produzir recomendações – detectando dificuldades e obstáculos visando à correção para a melhoria da qualidade.

Na literatura, encontramos estudiosos dessa temática afirmando que avaliação “é um conceito que está na moda” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997) e está prevista na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/1990, como **atividades de controle e avaliação dos serviços de saúde** nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. (RIO GRANDE DO SUL, 2000)

Diversas fontes de dados podem ser utilizadas para avaliação de serviços, entre elas ouvir aqueles que utilizam os serviços. Segundo Oliveira (1998), “ouvir o usuário” pode ser considerada uma forma muito sofisticada de avaliação, e revisando a literatura, os autores citam as dificuldades em realizar esse trabalho, já que vamos lidar com aspectos de ordem subjetiva.

A participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde se constitui no controle social, princípio que está previsto na Lei n. 8142 de 1990, onde se dispõe sobre esta questão e trata da formação dos Conselhos Locais, Conselhos Municipais de Saúde, Conferências de saúde, etc.; espaços onde a participação popular deverá ocorrer (RIO GRANDE DO SUL, 2000). Nesta perspectiva de procurar escutar, entendemos que teremos mais possibilidades de oferecer um “produto” que atenda às necessidades dos usuários, podendo gerar mais satisfação e conseqüentemente maior adesão a esses serviços. A melhoria do atendimento a esses usuários, portanto, deve ser a motivação principal para se realizar uma avaliação (HARTZ, 1997).

Vamos ouvir então o que os usuários têm a nos dizer, porque suas manifestações certamente não serão uniformes nem constantes, porém trarão consigo fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas, fatores econômicos, políticos e culturais que certamente influenciarão o resultado a ser alcançado (OLIVEIRA, 1998).

É nesse sentido que este trabalho “quer dar ouvidos” a esses sujeitos, usuários ou não-usuários de nossos serviços públicos de saúde, sendo ou não representantes oficiais

nos espaços/órgãos institucionalizados de participação social. Queremos saber se estão satisfeitos com a assistência à saúde prestada a eles, de forma que esses serviços possam tomar decisões de mudanças e melhorar a qualidade do atendimento prestado, buscando chegar ou mesmo se aproximar cada vez mais da tão sonhada Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação Social.

Consideramos que um dos aspectos a ser trabalhado para avançar na direção desse sonho é considerar a qualidade do vínculo dos usuários com os serviços. Portanto, quando pensamos em um bom vínculo, estamos pensando na potencialidade de poder construir um primeiro passo para a qualidade dos serviços.

E quando pensamos em satisfação dos usuários de um serviço de saúde, estamos querendo dizer que existe boa qualidade na assistência desses serviços, tanto nos aspectos objetivos, quanto nos subjetivos. Com isso estamos nos afastando daqueles que buscam conseguir a satisfação através de valorizar, majoritariamente, recursos vinculados à aparência física, à estrutura da decoração do ambiente, a recursos de ilusão de ótica, ficando em segundo plano o produto final, ou seja, deixando de priorizar a qualidade da assistência nos seus aspectos técnicos, subjetivos com o compromisso de co-responsabilização frente às necessidades demandadas pelos usuários. Isto é importante frisar, pois existem serviços de saúde que buscam a satisfação visual mesmo que o seu usuário não esteja recebendo “um produto” com qualidade técnica e resolutiva.

Ao nos posicionarmos que a qualidade da atenção em saúde se constitui nas dimensões objetiva, representada pelo saber/fazer técnico, e na subjetiva representada pelos aspectos relacionais, estamos defendendo que a produção dos serviços se paute no cuidado, e não em procedimentos.

Já que o cuidado em saúde é o **foco** desta pesquisa, quando o avaliamos sob a visão do usuário, no sentido de analisar a dimensão *qualidade*, estaremos lançando um olhar para as

Tecnologias Leves do processo, isto é, vínculo, responsabilização, expectativas, intimidade com a equipe, relacionamentos, conforto e acesso.

A qualidade da assistência de saúde envolve as diversas tecnologias, e perguntando para quem usa e para quem não usa o serviço nos faz conhecer com qual qualidade elas estão presentes na produção da saúde. Principalmente porque acreditamos que estas pessoas a quem nos referimos são a justificativa da existência destes mesmos serviços.

Baseado neste quadro teórico, o nosso estudo estará analisando o emprego das Tecnologias Leves no serviço de saúde selecionado, para avaliar a qualidade da assistência prestada nesta unidade, enfocando a satisfação/ insatisfação dos não-usuários, e com mais profundidade dos usuários.

E mais, somente avaliamos satisfação quando sabemos as *expectativas* de nossos usuários, porque se estas estão sendo acolhidas, a satisfação irá emergir daí, deste contato primeiro, deste conhecer entre as partes. Então falaremos um pouco sobre satisfação.

5.2 Buscando a revisão literária sobre Satisfação: importante ferramenta de qualidade do atendimento

Rivera (1996) define a satisfação do cliente como sendo a meta do processo de qualidade. Segundo Halal et al. (1994), em serviços de saúde, a satisfação é uma percepção subjetiva de pacientes e/ou profissionais de saúde quanto ao alcance de suas expectativas. Nesse estudo o autor conclui que a satisfação dos profissionais de saúde estava ligada principalmente ao prognóstico do paciente quanto às relações profissional/paciente; e a satisfação do paciente ligava-se ao fato de conseguir o medicamento prescrito no próprio serviço e à resolução de seu problema.

Malik e Schiesari (1998) afirmam que qualquer discussão a respeito de qualidade traz implícita ou explícita a noção de avaliação. Citam ainda Donabedian, quando referem três

dimensões para a qualidade dos serviços de saúde: *o desempenho técnico*, ou seja, aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos; *as relações interpessoais*: o relacionamento com o paciente; *e as amenidades*: conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre. A satisfação poderá estar presente ou não, em qualquer uma destas dimensões, bastando que as expectativas dos usuários em questão tenham sido percebidas e posteriormente resolvidas. Quando dissemos resolvida, não implica em que os desejos foram acolhidos, porque o desejo muitas vezes não é inerente ao problema apresentado.

Em 1990, Donabedian define o conceito de qualidade e cita os sete atributos, ou pilares, nos quais esta qualidade repousa: eficácia (o melhor que podemos fazer, em condições mais favoráveis possíveis); efetividade (alcançamos o melhor, porém as condições não foram ideais); eficiência (efeito máximo, no menor custo); aceitabilidade (relaciona-se com a expectativa do usuário: conformidade dos serviços com as aspirações e expectativas dos pacientes e familiares); otimização (criação de condições mais favoráveis para a solução de algum problema); legitimidade (aceitação e aprovação dos serviços de saúde pelos usuários); equidade (esforço para diminuir desigualdades).

Já Vuori (1991) aponta oito dimensões da qualidade que seriam desejáveis nos serviços de saúde: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, qualidade técnico-científica, acessibilidade, adequação e aceitação. A Satisfação estaria implicada neste último item, pois se ligaria diretamente ao “fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com as expectativas dos usuários em potencial” (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Kotler (1999) apud Stenzel; Misoczky; Oliveira (2004), a partir da visão de consumo de mercado, definem satisfação como sendo o sentimento de uma pessoa, resultante da

comparação de desempenho (resultado) de um produto/serviço em relação às suas expectativas.

Nunes (1999) aborda aspectos do movimento globalizado em favor de uma sistematização da qualidade nos serviços de saúde, citando quatro tópicos deste movimento: 1- *fatores que impulsionam a sistematização*: custos crescentes, usuários mais exigentes, pressão da comunidade, pressão do RH (recursos humanos), pressão do governo (para buscar eficiência); 2 - *evolução do controle de qualidade dos serviços de saúde*; 3 - *fundamentos para o controle de qualidade*: grau de comprometimento dos dirigentes e do envolvimento dos profissionais da saúde; e 4 - *os processos de acreditação*, que, segundo o autor, é o processo típico da garantia de qualidade, e seria constituído “*por uma revisão externa, realizada por uma entidade imparcial e reconhecidamente capacitada para conduzir o processo, que tem por objetivo garantir que o sistema administrativo, a estrutura e as práticas de uma organização de saúde estejam operando dentro de padrões previamente estabelecidos*”.

Vários métodos de abordagem podem ser usados para investigar e avaliar a satisfação, segundo Souza e Pereira (1999): caixa de sugestões, 0800, grupos de discussão são métodos mais simples; e sistema de vídeos e estudos epidemiológicos são métodos mais complexos. Existem ainda fatores que irão influenciar a satisfação, relativos aos serviços e provedores: relação médico-paciente, aspectos humanitários do médico, resolubilidade, continuidade, cortesia da equipe, reconhecimento pela equipe, disponibilidade de enfermagem, demora para agendar consultas em até 48 horas, tempo de espera para consultar em até 20 minutos, tamanho da unidade, execução dos exames laboratoriais; e relativos aos usuários, neste caso a idéia que o paciente tem de saúde e outros fatores psicoculturais (satisfação com a vida, percepção do estado de saúde, expectativa do atendimento) influenciarão no julgamento da qualidade dos cuidados prestados.

Existem alguns indicadores que mostram a falta de qualidade nos serviços de Atenção Primária/Básica à Saúde no Brasil (APS)/(ABS)⁴. Segundo Mendes (2002), o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial (igual à morbidade hospitalar) é um desses indicadores. No Brasil, a morbidade hospitalar por estas condições é determinada pela baixa resolubilidade da APS e indução da demanda pela oferta, que podem ser controladas por um melhor acesso à APS de qualidade.

Pedro Demo (1988) quando trata do “Mundo da Qualidade” diz que a qualidade precisa ser feita e a quantidade já existe, é uma unidade de contrários. Segundo o autor, “qualidade escapa às nossas palavras e mora na greta das coisas. É tão certo que existe, quanto é difícil captar”.

Segundo Uchimura e Bosi (2002), a dimensão subjetiva da qualidade de programas e serviços, e aqui estaria incluída a avaliação da satisfação dos usuários, ainda é um terreno pouco explorado. Guarda, certamente, “em seus meandros, muitos aspectos a serem desvelados, já que pertence ao mundo das nuances, do profundo, do particular”.

Concordamos, então, neste estudo, com os autores que relacionam a Satisfação com fatores psicoculturais, pois acreditamos que poderão sim influenciar na percepção dos mesmos quanto ao serviço utilizado e influenciarão no julgamento da qualidade do cuidado prestado. Mas também acreditamos que mudando a forma de como produzir este cuidado, usando a qualidade e não só a quantidade, usando a responsabilidade e não a dependência, usando o carinho e não a técnica reservada, a Satisfação será o resultado final do processo de trabalho em saúde.

⁴ O conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS) é mais encontrado, na literatura internacional, como Atenção Primária à Saúde (APS). (MENDES, 2002).

5.3 O uso das Tecnologias Leves na produção do cuidado em saúde

O termo tecnologia carrega um significado muito comum associado a equipamentos e máquinas, no entanto, autores como Mendes-Gonçalves e Mehry ampliam a concepção deste termo na área da saúde, e nesta investigação a fundamentação utilizada terá como referência estes estudiosos no assunto.

Mendes-Gonçalves (1994) não restringe o significado de tecnologia ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, e sim amplia para os saberes e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde, afirmando que as tecnologias carregam a expressão das relações entre os homens e entre os objetos sob os quais trabalham.

Mehry (2002) toma a definição de tecnologia incluindo também os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Este autor as classifica em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves.

Esta forma de referência às tecnologias presentes no trabalho em saúde é apresentada por Mehry destacando que as tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas e que encerram trabalho morto⁵, fruto de outros momentos de produção, dessa forma conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos. As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conter trabalho capturado, porém com possibilidade de expressar trabalho vivo⁶. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de

⁵ Trabalho morto é o produto de um trabalho humano anterior, que apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização”, e distinta do próprio trabalho vivo em si (MEHRY, 1997, p. 83).

⁶ Ver conceito de trabalho vivo na página 71 deste estudo.

interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

Todas essas tecnologias se fazem necessárias nos processos de produção em saúde e nesta perspectiva concordamos com Pereira (2001), ao afirmar que não cabe haver hierarquização de valor das tecnologias; a depender da situação, todas são importantes, porém não se deve esquecer de que em todas as situações as Tecnologias Leves precisam estar sendo operadas (PEREIRA, 2001, p. 201).

Nesse sentido defendemos que as mudanças serão potencializadas se incorporarmos, na prática de saúde, as Tecnologias Leves nas relações entre trabalhadores e entre estes e os usuários.

METODOLOGIA

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de pesquisa

O nosso estudo é uma pesquisa avaliativa, um *estudo descritivo, tipo estudo de caso, com abordagens quanti e qualitativas*. Explicaremos melhor no texto a seguir.

6.1.1 Quanto aos fins

É um estudo descritivo, pois pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1990).

6.1.2 Quanto aos meios

Relacionados aos meios empregados, a nossa pesquisa classifica-se como **estudo de caso**, que, segundo Lüdke e André (1986), pode ser simples e específico ou complexo e abstrato, porém é sempre bem delimitado, visam à descoberta e enfatizam a interpretação em contexto, buscando retratar a realidade de forma completa e profunda. É distinto, pois tem um interesse próprio, mas pode ser similar, isto é, pode ocorrer a *generalização* (Stake, 1978 apud Lüdke e André, 1986), onde o leitor percebe semelhança com aspectos vivenciados por ele e desenvolve novas idéias, novos significados e novas compreensões.

Estudo de caso porque tem por “objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade, fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os

resultados podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas” (TRIVIÑOS, 1990).

Enfim, quando queremos estudar algo singular, que tenha um valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso, conforme nos orienta Lüdke e André (1986).

6.1.3 Quanto às abordagens

Esta é uma pesquisa qualitativa, porém com algumas abordagens quantitativas, ou melhor, o que existe segundo VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN (2000), em nosso estudo, é uma *integração* e uma *complementaridade*.

A obtenção dos dados foi através de entrevista semi-estruturada, nas duas fases de nossa pesquisa, portanto uma técnica qualitativa, mas, segundo estas autoras, “...os processos de tipologização e de sistematização posteriores possibilitaram a quantificação e o tratamento estatístico dos dados” (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p.42), portanto existindo uma integração entre os dados qualitativos e a análise quantitativa. Já a segunda fase de nossa pesquisa tratou de um estudo com abordagens puramente qualitativas, que teve uma complementaridade com a análise quantitativa da primeira fase referida.

Segundo Triviños (1990), a pesquisa qualitativa tem suas raízes nas práticas desenvolvidas pelos antropólogos e depois pelos sociólogos. Posteriormente, na década de 1970 na América Latina, ocorreria um interesse crescente pelos aspectos qualitativos na educação. Este mesmo autor descreve, se apoiando em Bogdan, cinco características deste tipo de pesquisa: *primeira – tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave*, isto é, existe uma participação do investigador na pesquisa, pois ele se envolve na própria vida da comunidade, porém com ação disciplinada, orientada por princípios e estratégias gerais; *segunda – a pesquisa qualitativa é descritiva*, porque “o foco essencial destes estudos reside no desejo de conhecer a comunidade, seus

traços característicos, suas gentes, seus problemas,...”; terceira – *o pesquisador preocupa-se com o processo, e não simplesmente com os resultados e o produto*, o que a diferencia da pesquisa quantitativa, que está preocupada em atingir as aparências dos fenômenos sociais; quarta – *o pesquisador tende a analisar seus dados indutivamente*, isto é, o fenômeno é explicado num processo dialético indutivo-dedutivo e compreendido, inclusive, intuitivamente; quinta – *o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa*, os sujeitos da pesquisa, que na nossa investigação são os usuários e os não-usuários do serviço de saúde, dão aos fenômenos significados que dependem de pressupostos culturais próprios do meio em que vivem.

Na pesquisa quantitativa, a amostragem é grande e o resultado poderá ser generalizado e utiliza-se a estatística para a análise dos dados. Na qualitativa, o sujeito é fundamental, a amostragem aqui é pequena, mas o estudo é mais profundo, não se tem utilidade para a mensuração de fenômenos em grandes grupos e é útil para buscar entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. O subjetivo é relevante para analisar o fato, e sobre todos os pontos de vista: do pesquisador que vive e olha o fato, e dos sujeitos que vivem e olham o mesmo fato. No campo das ciências sociais, o objeto da pesquisa é histórico (MINAYO, 1993) e, com certeza, é de fundamental importância interagirem o FATO, o SUJEITO e o PESQUISADOR.

Para se trabalhar com ciências sociais é necessário participar do processo social. Mas essa participação no inconsciente coletivo não significa, de modo algum, que se falsifiquem os fatos ou que eles sejam vistos incorretamente. Pelo contrário, a participação no contexto vivo da vida social é uma pressuposição da compreensão da natureza interna de seu conteúdo. O desprezo pelos elementos qualitativos e a completa restrição da vontade não constitui objetividade e sim negação da qualidade essencial do objeto” (MANNHEIM apud MINAYO, 1993).

Em nossa pesquisa tivemos, uma primeira fase onde o objetivo foi caracterizar as microáreas, tentar identificar particularidades e diferenças existentes entre elas. Neste instante usamos como instrumento de coleta a entrevista semi-estruturada para usuários e não-usuários residentes em nossa área adstrita, porém a análise dos dados foi com abordagens quantitativas.

A nossa preocupação aqui em escutar os não-usuários residiu no fato de podermos encontrar alguém que não estivesse usando os serviços do presente estudo por ter tido uma experiência ruim, justamente no que diz respeito às Tecnologias Leves. Segundo Tanaka (2005)⁷, em um estudo para avaliar a satisfação devemos também escutar os que não usam o serviço, porque daí poderão ser encontradas as insatisfações. (Apêndice A)

A segunda fase teve como objetivo olhar as Tecnologias Leves no campo estudado, nosso principal objetivo da pesquisa, mas também avaliar a satisfação, quanto ao serviço prestado no núcleo, no que diz respeito à Estrutura e ao Processo, pois entendemos que o Resultado satisfação relaciona-se com estes dois componentes do processo de avaliação de serviços de saúde definidos por Donabedian (1966). Para isso sorteamos as famílias que já foram sujeitos da primeira fase, porém usuárias do serviço. Usamos também neste momento a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados.

6.2 Instrumento de coleta de dados

6.2.1 Entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada, segundo o ponto de vista de Triviños (1990), é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta dos dados:

...porque ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação....Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (p. 146).

Como o tema a ser tratado envolveu questionamentos quanto aos relacionamentos em nossos serviços de saúde, definimos que uma entrevista com roteiro e feita de forma a deixar a

⁷ Explicação exposta em sala de aula, durante o curso de Avaliação de Serviços de Saúde, promovido pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Curso de Verão, realizado em fevereiro de 2005.

liberdade de pensamento, dos nossos entrevistados, livre para fluir, seria culturalmente apropriada para o grupo em questão. (Apêndice B)

Na primeira fase, que chamamos de “Fotografando a Área” – Abordagem Quantitativa, as entrevistas foram realizadas por um grupo de 12 Agentes Comunitários de Saúde - ACS, trabalhadores em outras unidades que não o Núcleo em estudo.

Preparando a coleta de dados, realizamos duas reuniões com os ACSs. Na primeira, esclarecemos sobre o que era esta pesquisa, quais eram os seus objetivos para então tomarem o primeiro contato com o instrumento, levando-o inclusive consigo, incentivando que os mesmos exercitassem entre si as perguntas e mesmo com alguns usuários dos seus serviços.

Após uma semana, nos reunimos novamente para então olharmos algumas entrevistas feitas pelo grupo, como treino, e tirar possíveis dúvidas que poderiam surgir.

Passando este momento de esclarecimento, foi agendada uma data e todos se deslocaram para a área da pesquisa, realizando a coleta de dados simultaneamente e em duplas. Cada dupla realizou de 13 a 16 entrevistas. Esta atividade iniciou-se por volta das 9 horas, interrompida em torno das 12 horas, para o almoço, e reiniciada às 13:30 horas, finalizando-se em torno das 17 horas; assim esta fase de coleta ocorreu em um dia de trabalho.

Vale destacar que houve uma interlocução, por parte da autora, junto aos integrantes da equipe do Núcleo de Saúde da Família em estudo, desde a apresentação do projeto até a execução de cada fase da coleta de dados.

Na segunda fase da pesquisa, que chamamos de Resultados Relacionados ao Serviço Avaliado, as entrevistas foram feitas por quatro entrevistadoras. Foram realizadas quatro reuniões para que o grupo estabelecesse as estratégias de operacionalização e o balizamento entre eles para realizar as entrevistas. Dessa forma, após ficar claro o objetivo da pesquisa, foi discutido o roteiro da entrevista; depois definiu-se que a coleta de dados seria realizada em duplas, mas antes disto foram feitas duas entrevistas-piloto por cada dupla de entrevistadoras,

em famílias que não foram selecionadas na primeira fase. O objetivo para isto foi identificar a necessidade de reformular as perguntas, estimar o tempo de duração das entrevistas, além de outras questões que pudessem ajudar a cumprir com o objetivo de nossa pesquisa, se conseguíamos obter o conteúdo necessário para posterior análise.

Nesse processo, reformulamos a forma de elaborar algumas questões, visto que o roteiro mostrou-se repetitivo e mesmo cansativo para o entrevistado. O tempo de duração ficou em torno de 20 a 30 minutos, ajudando assim a sinalizar esse tempo para os entrevistados sorteados, além de familiarizar o entrevistador com o exercício da própria entrevista.

Nas duas etapas de coleta de dados, todas as entrevistas foram gravadas e depois transcritas, posteriormente ouvidas pelo autor, para a seguir proceder a ordenação dos dados.

6.2.2 Campo da pesquisa

Ribeirão Preto está situada no noroeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, com 627 km² de área, sendo 140 km² na zona urbana e 487 km² na zona rural. Seu clima é tropical, com verão chuvoso e inverno seco. Estando a 518 m de altitude, com temperatura variando entre 19 e 25 °C. A população é de 543.885 habitantes (IBGE, SEADE, 2005), com 99,47% vivendo na zona urbana.

O município está dividido em distritos de saúde e habilitado para a Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/02) última normativa editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL. MS., 2004b).

A Unidade de Saúde a ser estudada está sob responsabilidade técnica e administrativa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CSE-FMRP-USP – Unidade Básica e Distrital do Sumarezinho, pertencente à

área de abrangência do Distrito Oeste, que a nossa população adscrita chama de “Cuiabá”, pois está situada na rua de mesmo nome. Abaixo a divisão da cidade por distritos:

Mapa 1 – Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto

O Núcleo de Saúde da Família – NSF, em estudo, é um dos cinco núcleos da área básica de abrangência do CSE, atuando na Região Distrital do Sumarezinho, no município de Ribeirão Preto. Sua equipe conta com um médico, uma enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. Como é uma unidade de saúde que está vinculada à instituição de ensino, pesquisa e assistência, conta com o trabalho de cinco residentes de Medicina de Família e Comunidade, grupos de graduandos de medicina, odontologia, enfermagem e outras instituições, que passam em estágios; ainda com pós-graduandos das diversas Unidades do *Campus* de Ribeirão Preto que estão em trabalho de campo. Isto faz com que a assistência à saúde prestada nesta unidade seja desenvolvida por outros sujeitos que não só os trabalhadores da equipe mínima, já que o ensino está nela inserido.

Este Núcleo está em funcionamento desde 2001, se constituindo entre as terceiras equipes de Saúde da Família do município tratado neste estudo. Esclarecemos que a primeira equipe de Saúde da Família foi estabelecida por uma iniciativa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP - USP), Departamento de Medicina Social, juntamente com técnicos do Centro de Saúde Escola – USP (CSE – USP) em março de 1999; no ano de 2000 essa iniciativa foi ampliada para uma unidade fora da área básica do CSE, no entanto gerenciada pela FMRP-USP. Somente em outubro de 2001 estas equipes foram habilitadas oficialmente pelo Ministério da Saúde como Unidades de Saúde da Família.

No ano de 2000, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP – USP se integrou à equipe, como também a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, para a ampliação de três novos núcleos de Saúde da Família, cobrindo a área básica do CSE. A inauguração de todos se deu no ano de 2001, mas somente em outubro do mesmo ano todos estes cinco núcleos citados foram oficialmente habilitados junto ao Ministério da Saúde como Unidades de Saúde da Família.

- Critérios de inclusão: por que o Núcleo de Saúde da Família selecionado?

A Equipe do Núcleo estudado está, portanto, regulamentada seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde para a implantação de Unidades de Saúde da Família. Possui uma equipe mínima, com todos os trabalhadores cumprindo uma jornada de 8 horas/dia, de segunda a sexta-feira, com a tarefa de realizar um trabalho de prevenção de doenças, promoção de saúde, cura e reabilitação; seguindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, exercendo o cuidado em saúde em sua população adscrita.

Como já citado acima, a autora desta pesquisa já esteve inserida neste espaço, em atividades de ensino, pesquisa e assistência, por isso até gerando a interrogação em saber da

satisfação dos usuários deste serviço. Este fato foi importante para a construção do objeto da pesquisa, pois a explicitação do problema a ser investigado foi um dos principais requisitos para uma boa pesquisa, e fazendo parte do meio a ser analisado ficou mais fácil a exploração do tema e da realidade empírica que, na pesquisa qualitativa, é própria do investigador.

Podemos dizer que:

essa modalidade de investigação estaria alicerçada em uma postura de busca do sentido dos fenômenos no espaço da intersubjetividade, ou melhor, no espaço do encontro entre a subjetividade que se inscreve na vivência dos informantes e na vivência do próprio pesquisador, através das compreensões e interpretações compartilhadas (UCHIMURA;E BOSI, 2002, p. 94).

6.3 A área adscrita do Núcleo de Saúde da Família (NSF) do estudo

A área de atuação do NSF em estudo é bem diversa, pois abrange três favelas da zona oeste da cidade; ao mesmo tempo abrange uma área mais “nobre”, de casas diferenciadas, que estão presentes em um dos bairros do território de abrangência. Das cinco microáreas do Núcleo, somente a microárea 2 (dois) apresentou todas as famílias em condições de risco, pois estavam todas dentro de uma área de favela; as outras microáreas tiveram uma grande diversidade de classes sociais em sua área de trabalho, fazendo com que as condições de saúde fossem também bem diversas.

A Equipe tem 836 famílias informadas no SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica (Fevereiro - 2.004), com um total de aproximadamente 3.000 pessoas cadastradas. As residências têm 98,23% de abastecimento de água fornecido pela Rede Pública, 99,49% contam com energia elétrica e, 94,18% das casas são feitas de tijolo ou adobe. A microárea 1 foi a única que teve 100% de suas casas com abastecimento de água municipal e 100% delas com energia elétrica.

A Unidade funciona em uma casa alugada pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –

FAEPA-FMRP, na qual a prefeitura de Ribeirão Preto tem um convênio firmado, entre ela, a Secretaria do Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo, para implantação dos cinco núcleos de saúde da família gerenciados por esta Universidade. A coordenação destes Núcleos de Saúde da Família é realizada por Docentes da FMRP e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP, e somente um deles é gerenciado por Docentes da FMRP-USP e um técnico de nível universitário, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SMS-RP; estando todos os cinco núcleos submetidos à Direção Técnica do Centro de Saúde Escola da USP.

6.4 Os sujeitos da pesquisa

6.4.1 Na primeira fase

Para a primeira fase da pesquisa, a escolha das famílias que seriam entrevistadas seguiu o seguinte critério: 10% do número de famílias de cada microárea, sendo aproximado para mais quando esta porcentagem resultasse em número decimal que apresente valor acima de 5 após a vírgula; e sendo aproximado para menos se o valor estiver abaixo de 4, também após a vírgula. Este cálculo encontra-se exposto na tabela abaixo, totalizando 83 (oitenta e três famílias) da área de abrangência do Núcleo em estudo (Fonte: SIAB – 2005).

Tabela 1 - Número total de famílias cadastradas em cada microárea e em toda área adscrita do Núcleo em estudo e a porcentagem de 10% do número de famílias cadastradas em cada microárea, com as respectivas aproximações

Microárea	Nº de famílias (NTFM)**	X = 10% do nº de famílias de cada Microárea
Micro 1	176	17,6 > 18
Micro 2	182	18,2 > 18
Micro 3	151	15,1 > 15
Micro 4	163	16,3 > 16
Micro 5	164	16,4 > 16
Total (NFT)*	836	83

* NFT = número total de famílias cadastradas no núcleo;

** NTFM = número total de famílias por microárea.

Estabelecemos que o morador do domicílio sorteado, sendo de maior idade, ao atender o entrevistador seria o primeiro a ser consultado para participar da pesquisa. Caso concordasse, após assinar o termo de livre consentimento, seria incluído como sujeito deste estudo. Em não concordando, buscaríamos identificar outro morador de maior idade presente no domicílio no momento e que concordasse em responder às questões da pesquisa. Assim procederíamos até que não tivesse nenhum morador na casa, de maior idade que aceitasse participar. Se houvesse mais que um morador que atendesse a esses critérios (estar no domicílio no momento em que o entrevistador se dirigisse ao local, ser de maior idade e aceite responder à entrevista), todos seriam incluídos. Caso o morador ou moradores não apresentasse os critérios de participação acima citados, o entrevistador deveria se dirigir ao domicílio vizinho com a primeira numeração acima. Se este também não apresentasse os critérios já definidos, o entrevistador deveria seguir o mesmo critério de numeração anteriormente descrito, até chegar ao final da rua. Aqui devemos explicar que durante a coleta de dados chegou-se, em alguns momentos, ao final da rua e em outros momentos, ao percorrer a rua (em direção ao maior número, conforme definido na nossa metodologia) ocorria mudança na microárea, fazendo com que as nossas entrevistadoras não pudessem avançar mais acima. Portanto não conseguimos o número de 83 entrevistas, ou seja 10% do total de famílias, como anteriormente firmado em nosso método, concluindo a coleta com um total de 75 famílias.

Para proceder a visita inicialmente entre as 83 famílias desta fase, sorteamos uma entre as dez primeiras, depois as próximas foram escolhidas seguindo um intervalo de dez em dez, seguindo a tabela “Relatório de Famílias por Microárea”, retirado do SIAB, contando verticalmente. Lembramos que o NSF tem um total de 836 famílias cadastradas, nem todas são usuárias do serviço. (Anexo A)

6.4.2 Na segunda fase

Para definir o número de famílias que foram entrevistadas na segunda fase de nossa pesquisa, que chamamos de “Mergulhando no Contexto”, procedemos da seguinte maneira: calculamos a porcentagem do número de famílias da primeira fase, de cada microárea, em relação ao total de famílias cadastradas; esta foi a porcentagem usada para definir o número de entrevistas de cada microárea correspondente. Quando este número decimal tivesse um valor acima de 5 após a vírgula, arredondaríamos para cima, e se o valor fosse abaixo de 4, para baixo.

Buscando deixar mais claro, passaremos a exemplificar: a microárea 1 teve 18 famílias entrevistadas na primeira fase (número X). O número X corresponde então a 2,15% (número Y) do total de famílias da área de abrangência do Núcleo. O próximo passo foi calcular 2,15% de 176, que resultou em 3,78; logo 4 entrevistas, já que o número 7 é maior que 5.

Tabela 2 - Número total de famílias cadastradas por microárea e os 10% correspondentes de cada uma, seguido do que representa, em porcentagem, este número no total de famílias da área de abrangência do Núcleo, e os cálculos finais do número de entrevistas de cada microárea, já arredondados conforme critério proposto

Microárea	Nº de famílias (NTFM)**	X = 10% do nº de famílias de cada Microárea (1ª fase)	Y = X : NFT x 100	Y % de NTFM (2ª fase)
Micro 1	176	18	2,15 %	3,78 > 4
Micro 2	182	18	2,15 %	3,91 > 4
Micro 3	151	15	1,79 %	2,70 > 3
Micro 4	163	16	1,91 %	3,11 > 3
Micro 5	164	16	1,91 %	3,13 > 3
Total (NFT)*	836	83	-	17

* NFT = número total de famílias cadastradas no núcleo;

** NTFM = número total de famílias por microárea.

Para o processo de escolha dos entrevistados, definimos que para esta fase qualitativa as famílias foram sorteadas entre o grupo de famílias que participaram do estudo quantitativo

inicial e também apresentaram outro critério de inclusão, ou seja, ser necessariamente usuário do serviço.

Definida essa etapa, estabelecemos outros critérios de inclusão: foram sujeitos da pesquisa: indivíduos maiores de 18 anos que estiverem no domicílio, que tenham tido a experiência de terem sido atendidos, pelo menos uma vez, no Núcleo de Saúde estudado, isto é, usuário do serviço mesmo que somente uma vez; sendo considerado somente um respondente por domicílio – aquele que, primeiramente, atenda o entrevistador ou, então, a pessoa responsável por aquele que usa o serviço e aceite participar. Caso aquele que atendeu primeiramente o entrevistador ou o responsável por quem atendeu não aceite participar, procuramos identificar, para ser sujeito deste estudo outro usuário do NSF morador naquele endereço e presente no domicílio, naquele momento e aceite responder à entrevista. Caso exista mais do que um nessas condições, pedimos para os mesmos elegerem aquele que participará da pesquisa, uma vez que entrevistamos uma pessoa por família usuária do serviço deste estudo. Caso tenha uma pessoa na família e insista em participar, foi incluída como sujeito desta pesquisa.

Caso a família sorteada não concordasse em participar ou não tenha nenhum morador em casa no momento que o entrevistador procurou para realizar a entrevista, tivemos uma segunda lista de moradores já entrevistados para a pesquisa quantitativa e usuários do NSF sorteados, por microárea, para darmos prosseguimento à coleta de dados.

Se tivesse havido muita divergência entre estas famílias selecionadas, seria providenciado o aumento da amostra, utilizando a mesma lógica da escolha, até que se chegasse à exaustão.

Seguindo os critérios citados, participaram desta pesquisa 18 usuários do Núcleo em estudo.

6.5 Análise dos dados

6.5.1 1ª Fase – Fotografando a área

Para análise dos dados coletados, foi elaborado um banco de dados com o auxílio do software Epidata e posteriormente copiado para o software Epi Info 6 (version 6.04d / January 2001) organizado, levando-se em conta as variáveis que se voltam para a caracterização geral dos sujeitos da pesquisa e das respostas coletadas e categorizadas. Explicaremos melhor.

Nesta primeira parte da pesquisa, a entrevista apresentou as primeiras questões fechadas, visando a elaborar a caracterização geral dos sujeitos, sendo: endereço, tempo de residência no bairro, sexo, idade, ocupação, escolaridade e se utiliza os serviços públicos de saúde do município. As questões seguintes foram abertas, porém as respostas foram categorizadas conforme a idéia que as mesmas traziam em si, para serem depois avaliadas no sistema de informação referido – abordagem quantitativa.

Explicamos aqui como os entrevistados puderam responder às questões dando várias idéias, para cada pergunta os entrevistados poderiam ter até 4 respostas.

Exemplo de categorização das perguntas da entrevista da 1ª fase:

Primeira pergunta: *Utiliza os serviços públicos de saúde? Se sim, qual(is)?*

Q1, Q2, Q3, Q4 - *são as 4 possibilidades de resposta.

- 1 – Núcleo;
- 2 – Cuiabá;
- 3 – SUS;
- 4 – Vila Lobato;
- 5 – Hospital das Clínicas/ H.C.;
- 6 – Santa Casa;
- 7 – Posto de Saúde;
- 8 – Odonto.;
- 9 – PS Central.

Segunda pergunta: *Se não, por quê?* PQN1, PQN2, PQN3, PQN4 - *idem acima.

- 1 – tem convênio;
- 2 – Não precisa.

6.5.2 2ª Fase – Mergulhando no contexto

Neste momento de nosso estudo, para a ordenação dos dados, utilizamos a orientação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma proposta de abordagem qualitativa elaborada por Lefèvre; Lefèvre; Teixeira (2000). O autor explica que o DSC é um modo legítimo, mas não único, de compreender as representações sociais e se revela através do conjunto de discursos verbais emitidos por pessoas dessa população. Foram utilizadas para organizar e tabular os discursos quatro “*figuras metodológicas*” que seriam imprescindíveis para ocorrer uma análise e interpretação desses pensamentos ou depoimentos; são elas: expressões-chave, idéia central, ancoragem e o discurso do sujeito coletivo.

EXPRESSÕES-CHAVE – ECH: são trechos, segmentos, pedaços contínuos ou descontínuos que revelam a essência do conteúdo em um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente. As ECHs são fundamentais para a confecção dos DSCs; são “*basicamente concretas, expressivas, descritivas, abundantes, afetivas e literárias*” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2001 apud PEREIRA, 2001).

IDÉIA CENTRAL - IC:

É uma expressão lingüística que revela ou descreve de maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou o sentido e o tema de cada conjunto homogêneo de ECHs. As ICs são ao contrário das ECHs, abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas. Enquanto as ICs representam o que o entrevistado quis dizer (ou o quê, sobre o quê) as ECHs são como isto foi dito (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2001 apud PEREIRA, 2001).

ANCORAGEM – AC⁸:

É a expressão de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa que o autor do discurso adota e que está embutida no discurso, como se fosse uma afirmação qualquer (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2001 apud PEREIRA, 2001).

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO – DSC:

É uma agregação ou soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, artigos de jornal, revista, dentre outros, de modo a um todo discurso coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte deste todo e este como constituído por estas partes, expressando um posicionamento próprio, distinto, original, específico frente ao tema em investigação.

Ao finalizar a confecção de um DSC, a impressão que parece é de que o discurso é de uma só pessoa, por isso “sujeito coletivo”, ou seja “...o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um” (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000). Devem-se selecionar fragmentos do discurso, limpando-os das particularidades que seriam referências individuais do respondente (como: doenças específicas, nomes, datas, histórias particulares); das partes repetidas ou muito semelhantes, escolhendo apenas uma para compor o DSC.

A construção de um DSC se fundamenta em:

(...) reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, p. 19).

Segundo esse mesmo autor, há duas formas de organizar depoimentos para a construção dos DSCs (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, p. 20), utilizamos em nosso Estudo a *Forma A*: neste modo analisa-se cada depoimento e extraem-se, de cada um, as

⁸ Não utilizaremos esta figura metodológica neste Estudo.

diferentes Idéias Centrais e suas respectivas Expressões-Chave. Posteriormente agregam-se essas ICs e ou suas ECHs para construir o DSC. Daremos um exemplo de como procedemos:

Para a primeira questão: “O que é saúde para você?”, criamos um quadro onde na primeira coluna colamos as respostas dos entrevistados, com a respectiva numeração da entrevista; na segunda coluna definimos as ICs:

ENTREVISTAS	IDÉIA CENTRAL
<p>E - 1: A saúde é um lugar que você pode ir,...quando você precisa se vai que você é bem atendida, né? E aqui no núcleo eu sempre fui.</p> <p>Ah! Ter...fazer tudo os exame tudo, precisá de médico ir atrás e achá,... porque quando eu fiquei grávida fiquei internada tudo, né? E fui bem atendida,... e mandaram aqui pelo núcleo.</p> <p>Ter médico quando precisa.</p>	<p>IC 1: É O LUGAR QUE QUANDO VOCÊ PRECISA, VOCÊ É BEM ATENDIDA.</p> <p>IC 2: TER E FAZER TUDO.</p>

Quadro 1 - Máscara 01 – “O que é saúde para você?”

Para melhor trabalharmos, todo o texto foi digitado em preto, pintamos então cada IC que surgiu de uma cor diferente. Na primeira coluna, então, pintamos as ECHs respectivas de mesma cor.

O próximo passo foi confeccionarmos um novo quadro onde na primeira coluna colamos as ICs, com sua cor característica; na segunda coluna as ECHs já agregadas, porém ainda sem ordenação; e, na terceira coluna, a construção do DSC.

IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVE	DSC 02
IC 2: TER E FAZER TUDO.	<p>Ah! Ter...fazer tudo os exame tudo, precisá de médico ir atrás e achá dos bom médicos Um tratamento à altura, né? Um tratamento à altura. Eu e meus familiares de casa, e quando precisar ter o núcleo pra gente ir , melhor do que ir lá no Cuiabá que fica longe de nós.</p> <p>O tratamento também é o principal, né? Se a gente tem isso aí a gente tá com a saúde normal, pelo contrário é meio difícil, né?</p>	<p>Ah! Ter,...fazer tudo os exame tudo, precisá de médico ir atrás e achá,...bons médicos.</p> <p>O tratamento também é o principal, né... um tratamento à altura, né? Um tratamento à altura, se a gente tem isso aí a gente tá com a saúde normal, pelo contrário é meio difícil, né? Eu e meus familiares de casa quando precisar ter o núcleo pra gente ir, melhor do que ir lá no Cuiabá que fica longe de nós.</p>

Quadro 2 - Máscara DSC 01 - (“O que é saúde para você?)

Discurso do sujeito coletivo:

DSC 02 – “Ah! Ter,...fazer tudo os exame tudo, precisá de médico ir atrás e achá,...bons médicos.

O tratamento também é o principal, né...um tratamento à altura, né? Um tratamento à altura, se a gente tem isso aí a gente tá com a saúde normal, pelo contrário é meio difícil, né? Eu e meus familiares de casa quando precisar ter o núcleo pra gente ir, melhor do que ir lá no Cuiabá que fica longe de nós”.

Todo o material transcrito das entrevistas foi organizado em 11 tópicos, gerando um total de 11 Máscaras DSC; deste todo, resultaram 61 Discursos do Sujeito Coletivo.

Para a separação e definição dos temas, imprimimos todos os DSCs e agregamos as idéias de acordo com os objetivos da pesquisa, em uma seqüência lógica para melhor compreensão final e maior facilidade para a análise.

6.6 Procedimentos éticos

Ressaltamos que pelas características do presente projeto foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na Resolução do CNS 196\96 e capítulo IV da Resolução 251\97, cabendo ainda ressaltar que há o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa junto às instituições envolvidas, uma vez que se espera contribuir para a organização de ações de saúde no âmbito do território das unidades em questão. Em anexo, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Ainda seria importante ressaltar que, para assegurar o completo sigilo dos respondentes, os nomes não foram identificados nas entrevistas, apenas o endereço da família sorteada e, numeramos as mesmas para que pudéssemos melhor organizá-las e se os respondentes quisessem retirá-las da pesquisa estaria fácil a identificação.

***APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS
DADOS PRODUZIDOS***

7 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS

DOIS MOMENTOS

7.1 - Abordagem Quantitativa

- Caracterização geral dos usuários e não-usuários da área adscrita do serviço de saúde do estudo

7.2 - Abordagem Qualitativa

- Resultados em relação aos aspectos produtores de satisfação e insatisfação dos usuários do serviço de saúde do estudo

7.2 A SEGUNDA FASE

Tema I - As expectativas

Objetivo: buscar a percepção de saúde na visão do usuário.

Saúde é	O serviço de saúde que querem os usuários
P E R C E P Ç Õ E S	E N C O N T R A D A S
. Não sei	. Serviço circunscrito
. Restrito	. Serviço ampliado
. Ampliado	

Tema II - A realidade que temos

Objetivo: Como ocorre e se ocorre a produção do cuidado na visão do usuário

Estrutura - local, instalação e horário	Processo - Produzindo tecnologias leve-dura e dura
R E S U L T A D O S	
. Satisfação	. Satisfação
. Insatisfação	. Insatisfação

Tema III - Produção de tecnologias leves: um recorte do processo

Objetivo: Considerando os pressupostos da pesquisa

Processo - Produzindo tecnologias leves

R E S U L T A D O S	
. Satisfação	. Insatisfação

Tema IV - As sugestões

Objetivo: Questionar e buscar dados junto à população

R E S U L T A D O S	
. Satisfação	. Insatisfação

Figura 1 – Sistematização para a apresentação e discussão dos dados produzidos.

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS⁹

7.1 A primeira fase – Abordagem quantitativa

Fotografando a área

Tivemos neste momento do nosso estudo, entre os respondentes de nossa entrevista semi-estruturada, 60 mulheres e 15 homens, representando 80% do sexo feminino e 20% do masculino. A idade variou entre 18 e 74 anos, sendo que 51 pessoas se encontravam entre 20 e 50 anos, correspondendo a 68% do total. Estes dados vêm ao encontro do que estava registrado no SIAB, no que diz respeito à idade da população adscrita: o Núcleo apresentava uma população mais jovem, como mostramos abaixo:

Gráfico 1 - População do Núcleo estudado segundo dados do SIAB-2005

⁹ Baz & Barriga (1991, p.135) afirmam que em pesquisas sociais os dados não são “naturais” e não estão prontos na natureza, são produzidos socialmente, são discursos.

Anos	< 1 ano	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Masc.	28	127	70	105	150	118	537	172	146	95	1.548
Fem.	33	115	76	90	151	153	569	183	149	128	1.647
Total	61	242	146	195	301	271	1106	355	295	223	3.195

Fonte: SIAB – 2005.

Quadro 3 - População do Núcleo estudado segundo dados do SIAB-2005

O tempo de moradia abaixo de 3 anos representou 25,3% das famílias entrevistadas, 40% destas famílias residiam no bairro entre 3 e 10 anos, e acima de 10 anos, 34,6%. Isto demonstrou que a área de atuação deste serviço de saúde tinha moradores antigos do bairro, junto com uma parcela relativamente pequena de moradores que quase acabaram de chegar.

Com relação às microáreas, podemos observar na Tabela 3 a porcentagem referente a cada uma delas. Chegamos ao final desta etapa totalizando 75 entrevistas para serem analisadas, o que correspondeu a um total de 8,97% do número de famílias do Núcleo.

Tabela 3 - Número de entrevistas por microárea e a porcentagem referente ao total de famílias de cada microárea

Microárea	Entrevistas	Total de Famílias	%
01	16	176	9,09
02	17	182	9,34
03	14	151	9,27
04	13	163	7,97
05	15	164	9,14
CINCO	75	836	8,97

****obs.: na metodologia encontra-se a explicação porque a porcentagem de 10% não foi atingida em cada microárea*

A ocupação de nossos respondentes mostrou-se da seguinte maneira: 24 eram “donas de casa”, 14 eram desempregados e 01 era estudante, isto perfazia um total de 52,0% dos respondentes que não possuíam um emprego ou tinham alguma renda pessoal; 5,3% recebiam algum benefício do governo (licença-saúde ou aposentadoria); entre os entrevistados que trabalhavam, que representavam 41,3%, 45,2% estavam no mercado formal de trabalho e 54,8%, no informal. Vejamos o quadro:

OCUPAÇÃO	NÚMERO DE VEZES	PORCENTAGEM
DO LAR	24	32,0%
DESEMPREGADO	14	18,6%
DIARISTA	04	5,30%
VENDEDORA	03	4,00%
COMERCIANTE	03	4,00%
APOSENTADO	03	4,00%
LICENÇA SAÚDE	01	1,30%
OUTROS	21	28,0%
ESTUDANTE	01	1,30%
NÃO INFORMOU	01	1,30%

Quadro 4 - Ocupação dos entrevistados com o número de vezes em que aparece a ocupação referida e a sua respectiva porcentagem

Entre nossos entrevistados, 53,3% tinham o 1º grau incompleto, 18,6%, o 1º grau completo, 8% e 17,3%, ou seja 6 e 13 pessoas fizeram o 2º grau incompleto e completo, respectivamente. Dos nossos respondentes, apenas dois tinham o curso superior completo. Não tivemos nenhum analfabeto como respondente em nossa pesquisa.

Quando perguntamos se usava ou não os serviços públicos de saúde, apenas três pessoas responderam não serem usuárias destes locais: 02 responderam que no momento tinham convênio médico de saúde (plano empresa) e 01 respondeu que não usava porque “não precisa” destes serviços; esta resposta ficou prejudicada por não sabermos o motivo de não precisar: porque dispõe de convênio particular ou outro tipo de justificativa. O quadro que segue mostra os dados dos não-usuários de serviços públicos de saúde:

ENTREVISTA 01	DO LAR	CONVÊNIO	MICROÁREA 05
ENTREVISTA 72	COMERCIANTE	CONVÊNIO	MICROÁREA 01
ENTREVISTA 73	LOJA DE AUTOMÓVEL	NÃO PRECISA	MICROÁREA 01

Quadro 5 - Características dos não-usuários de serviços públicos de saúde, quanto à ocupação, o porquê de não usar o serviço público e a microárea referente

Quanto aos usuários de serviços públicos de saúde, porém não-usuários do Núcleo de Saúde da Família em questão, o quadro a seguir traz características sobre os mesmos:

ENTREVISTA	MORADIA	SEXO	IDADE	OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE	USA QUAL
53	10 MESES	FEM.	54 A	DO LAR	2º g INCOMPLETO	PSCENTRAL
66	06 MESES	FEM.	24 A	COMÉRCIO	2º g INCOMPLETO	CUIABÁ
67	26 ANOS	FEM.	74 A	DO LAR	1º g INCOMPLETO	CUIABÁ
76	18 ANOS	FEM.	18 A	NÃO RESP.	1º g COMPLETO	CUIABÁ

Quadro 6 - Características dos moradores da área do Núcleo estudado, não-usuários do Núcleo e usuários de outros serviços públicos de saúde, quanto ao tempo de moradia, sexo, idade, ocupação, escolaridade e serviços de saúde utilizados, ano de 2005

Quatro são estes entrevistados, 02 tinham tempo de moradia na área menor que um ano, e já usaram o Pronto-Socorro Central e o Centro de Saúde Escola – CSE – Cuiabá. Neste momento temos que pensar que estes novos moradores foram cadastrados pelos ACSs e mesmo assim quando necessitaram um serviço público de saúde não utilizaram o Núcleo, portanto cabe analisar se podem não ter sido bem acolhidos ou orientados, quando ocorreu este cadastramento; mais ainda: o trabalhador do comércio mesmo cadastrado, quando quer usar o serviço, o seu acesso pode ser dificultado pelo horário de funcionamento do Núcleo, tornando-se provavelmente a melhor opção, neste caso, o CSE.

Os outros dois respondentes eram moradores da área de abrangência do Núcleo de longa data e portanto já eram usuários do Cuiabá. Encontramos no dia-a-dia dos serviços do Núcleo muitos pacientes que não aderiram ao serviço e que mantiveram seus tratamentos e seguimentos no CSE, porque tinham um bom vínculo com alguns profissionais, em particular com alguns especialistas daquele local.

Quando perguntamos aos nossos entrevistados qual serviço público de saúde usava, 62 responderam que era o Núcleo e 42 lembraram do CSE, isto é, 82,6% e 56,0% respectivamente. Como mostra o próximo quadro, os outros serviços foram pouco citados. Aqui nesse instante ficou aparente a definição do fluxo de pessoas ao serviço pela presença do acesso e da regionalização, e também coerente com a afirmação de que em torno de 80% das

necessidades de saúde são resolvidas na Atenção Primária (FEIX, s/d.; BRASIL. MS., 1998; STARFIELD, 2004), os serviços mais usados pela população foram estes e portanto os mais referidos.

Vale ressaltar que o serviço do Centro de Saúde Escola oferece Pronto-atendimento 24 horas, e ao analisarmos esta oferta frente às informações acima, nos possibilita inferir que esteja ocorrendo uma adesão ao fluxo de hierarquização e regionalização ao serviço de saúde citado, como também ao seguimento regular. No entanto, reconhecemos que esta afirmação se tornaria mais categórica, se houvesse uma investigação mais detalhada.

FREQ.	Q1	Q2	Q3	Q4	TOTAL	PORCENTAGEM
01-NSF (pesq.)	62	00	00	00	62	86%
02-CUIABÁ	07	35	00	00	42	58%
03-SUS	00	02	01	00	03	4%
04-V.LOBATO	01	00	00	00	01	1%
05-H.C.	01	04	04	00	09	12%
06-S.CASA	00	01	01	01	03	4%
07-POSTO	00	02	02	01	05	7%
08-ODONTO	00	01	00	00	01	1%
09PSCENTRAL	01	01	00	00	02	3%

**NSF (pesq.) = Núcleo da pesquisa

Quadro 7 - Frequência da resposta da questão “qual serviço público de saúde usa?” e a porcentagem que aparece a resposta em relação ao número de entrevistas

Quando analisamos o número de vezes que já utilizaram o Núcleo, os nossos usuários em quase sua totalidade, isto é, aproximadamente 85% já foram atendidos 3 vezes ou mais, demonstrando que realmente, quando se trata de atenção primária, o serviço em estudo consegue absorver grande parte da demanda da área adscrita. Para comprovar isto, os dados existentes no CSE - FMRP, que seria a distrital de saúde de referência para os moradores da área, mostraram que de 1994 até 2005 houve uma diminuição de usuários da área dos núcleos ao serviço de Pronto-atendimento do referido centro de saúde¹⁰; permitindo-nos inferir que o usuário às vezes prefere esperar o Núcleo abrir para resolver os seus problemas de saúde,

¹⁰ Estes dados encontram-se no “Plano de Saúde para o Distrito Oeste”, documento produzido pelos colegiados inter e intra-unidades deste distrito para a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, ano de 2005.

portanto reconhecem-no como local de acesso e porta de entrada do sistema. Segundo Starfield (2004, p. 208), o “ponto de primeiro contato”, aquele em que cada vez que um novo problema de saúde aparecer, deverá ser o lugar específico de atenção à saúde, apto a recebê-lo. Há, segundo a mesma autora, uma concordância geral de que nesta porta de entrada exista um médico generalista, ou médico de família, pois levaria a uma atenção mais apropriada, melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos.

Esta é mais uma questão que nos suscita aprofundar em próximos estudos.

Tabela 4 - Frequência de quantas vezes usou o Núcleo em relação a cada microárea e o número total de entrevistas por cada microárea

MICROÁREA	NUNCA	1 X	2 X	3 OU MAIS	TOTAL
01	02	02	00	10	14
02	00	00	01	16	17
03	01	02	01	10	14
04	01	00	00	12	13
05	00	01	00	13	14
TOTAL	04	05	02	61	72

Seguindo a nossa análise, quando perguntamos aos nossos entrevistados “Por que” eles procuram o Núcleo (ver quadro a seguir), a resposta que mais teve frequência foi a de número 1, isto é, vai em busca de consulta médica para resolver um problema de dor ou qualquer outro sintoma físico; neste instante a resposta em questão traz a evidência de que o modelo médico centrado, voltado para a consulta médica e procedimentos, ainda é o predominante entre os nossos usuários, porém, quando analisamos a frequência da resposta 06: que vão ao Núcleo para acompanhamento, seguimento, pré-natal, vemos que também está ocorrendo adesão à assistência que prevê atuação sistemática, possibilitando desenvolver ações de prevenção de doenças e mesmo de promoção. Não pretendemos analisar a concepção de promoção, podendo ser ação referente a estilo de vida ou mesmo de investir no empoderamento dos indivíduos e comunidade.

A resposta de número 4, que faz referência ao acesso dos nossos usuários ao Núcleo, por ser perto de suas residências, foi lembrada neste momento por apenas 13,2% de nossos respondentes.

Cabe aqui referir que a resposta 16 refere-se aos entrevistados que explicitaram de forma genérica porque procuravam o serviço, no entanto, se partirmos da premissa de que o usuário ao procurar o serviço de saúde é portador de uma necessidade, quer seja diretamente ou não deste serviço, essas respostas são referências de que estão sendo acolhidos pelo serviço, isto é, aqui foram categorizadas as respostas como: “bom atendimento”, “por ser bem atendido”, e outras respostas que não foram exploradas durante a entrevista, de modo que não nos permitiu interpretar qual era a real necessidade da procura.

RESPOSTA	PQ1	PQ2	PQ3	PQ4	TOTAL	PORCENTAGEM
01	39	05	01	00	45	66,2%
02	01	00	00	00	01	1,5%
03	02	06	00	00	08	11,8%
04	07	01	01	00	09	13,2%
05	00	02	00	00	02	2,9%
06	05	12	00	00	17	25,0%
07	00	01	00	01	02	2,9%
09	02	01	01	00	04	5,9%
11	00	02	01	00	03	4,4%
12	00	02	01	01	04	5,9%
16	12	00	00	00	12	17,6%

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SURTIDAS:

- 01 – Quando precisa/ centrado na doença/ consulta médica;
- 02 – Não foi atendida a expectativa da paciente/ para serviço de outro setor: aposentadoria, creche, escola, etc;
- 03 – Acompanhou alguém da família/ ou amigo, em consulta;
- 04 – Acesso/ localização próxima da residência;
- 05 – Não teve outra opção: convênio, norma da hierarquização;
- 06 – Acompanhamento / Prevenção e promoção de saúde/ Pré-natal/ doença crônica;
- 07 – Para buscar remédio/ receita;
- 08 – Pré-natal/ doença crônica; (*juntou-se ao item 06)
- 09 – Problemas sociais/ ambiente levando a questões de saúde/ forma ampliada da saúde/ problemas de relações familiares;
- 10 – Consulta médica; (*juntou-se ao item 01)
- 11 – Relacionamento bom/ vínculo/ gosta do trato no atendimento;
- 12 – Médico da família/ para uso de toda família;
- 13 – Bom atendimento; (*juntou-se ao item 16)
- 14 – Não-usuário; (*juntou-se ao item 16)
- 15 – Não respondeu; (*juntou-se ao item 16)
- 16 – Resposta prejudicada: bom atendimento, não-usuário, não respondeu, entrevista mal realizada.
- 17 – Para uso de toda família.

Quadro 8 - Frequência da resposta da questão “por que vai ao Núcleo” e o total de vezes em que aparece a resposta e sua respectiva porcentagem em relação ao total das entrevistas

O próximo passo foi perguntar aos nossos entrevistados o que eles achavam que os serviços de saúde deveriam ter. Nesse momento o que mais apareceu como resposta foi a insatisfação com a demora no atendimento, em todos os sentidos: para o acesso à consulta, ao exame, ao encaminhamento, na sala de espera. Ainda temos como expectativa de nossos usuários que os serviços sejam rápidos, que a espera seja a menor possível. Starfield (2004) refere que, em relação aos padrões do Institute of Medicine (1978), o tempo de espera no aguardo da consulta para casos agudos deve ser de no máximo 01 (uma) hora, em 90% dos casos. Porém o que fica aqui evidente é que a cultura do Pronto-atendimento ainda é muito presente, que o serviço ser ágil significa qualidade, o que sabemos que nem sempre é real, a rapidez traz um atendimento sem escuta, sem acolhimento,...mas o extremo da demora traz consigo a insatisfação e a irritabilidade de nossos usuários.

Paim (1994, p. 214) nos traz o “Diagrama de transição para o novo modelo assistencial” que nos ilustra o período de transição dos modelos de atenção, isto é, do modelo “médico centrado” para o modelo “cuidado centrado” (que o autor chama de modelo assistencial de base epidemiológica), onde neste segundo, a oferta organizada ou ações programáticas são privilegiadas sobre a demanda espontânea ou demanda eventual, mas a organização da assistência, estando de acordo com o princípio conciliador da integralidade da atenção, faz com que esta demanda para um pronto-atendimento seja captada para as ações programáticas. Sendo assim a demanda para o pronto-atendimento nunca deixará de existir, mas se tornará mais resolutiva se for direcionada para ações programáticas.

Outra resposta que predominou nesta questão foi o “não saber”, isto é, a nossa população em uma grande parte das vezes não conseguiu expressar de imediato o que o serviço deveria oferecer, para que houvesse o mínimo de satisfação. Esse dado nos revelou, ou nos forneceu subsídios para desencadearmos discussões com a população em diferentes momentos de encontros. O que pensamos, ao dizer isto, é que nos momentos de encontro na

produção do cuidado em saúde, que é trabalho vivo em ato (MEHRY E ONOCKO, 1997), podemos construir espaços de humanização de nossas práticas, pois nesta lógica construímos, ou ajudamos a construir, o homem como um ser de direitos, que pensa, que sente: um sujeito; é nesta política de humanização que devemos pretender trabalhar.

Neste momento faremos um parêntese para explicitarmos o conceito de trabalho vivo em ato apoiado em Mehry e Onocko (1997), ou seja, trabalho vivo é o trabalho em ação que se dá em ato, que se realiza utilizando determinados instrumentos materiais e utilizando-se de um certo saber operante, com a possibilidade de expressão de criação por parte do trabalhador, dessa forma fica entendido que o trabalho vivo faz uso do que é dado (trabalho morto), no entanto, o trabalhador ao exercer sua autonomia sobre este já dado, pode imprimir sua criatividade.

Um outro conceito que se faz necessário elucidar é o de humanização, para tal nos fundamentaremos em Deslandes (2004):

Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes (p. 8)

Interessante perceber que, nesse momento, 17,6% responderam que no seu atendimento estão presentes a alegria, a atenção, o carinho, o vínculo, a paciência, o acolhimento, isto é, as Tecnologias Leves são características que faltam aos serviços de forma geral e que seria necessário ter nos mesmos, reafirmando a citação de Mehry (1998).

Devemos referir aqui que a resposta de número 2, que trouxe o “bom atendimento” como algo importante de termos nos serviços, não nos ficou claro que bom atendimento seria este, as entrevistadoras não buscaram em que dimensão do “bom” os nossos usuários estavam pautados.

RESPOSTA	ACHA 1	ACHA 2	ACHA 3	TOTAL	PORCENTAGEM
01	10	02	00	12	17,6%
02	09	00	00	09	13,2%
03	18	00	00	18	26,5%
05	10	01	00	11	16,2%
06	17	08	01	26	38,2%
09	02	02	00	04	5,9%
10	02	01	01	04	5,9%
12	00	01	01	02	2,9%
13	00	01	00	01	1,5%

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SURTIDAS:

01 – Tecnologias Leves: atenção, alegria, carinho, vínculo, paciência, acolhimento, etc.;

02 – Bom atendimento/ dimensão?????

03 – Não sabe/ resposta prejudicada/ não respondeu;

04 – Resposta prejudicada; (*juntou-se ao item 03)

05 – Atendimento médico;

06 – Resolubilidade SEM DEMORA da necessidade: encaminhamento para o secundário e terciário, para exames, etc./ agendamento do próprio serviço/ na sala de espera/ atendimento médico. Ter mais atendentes no serviço para ser mais rápido.

07 – Não respondeu; (*juntou-se ao item 03)

08 – Agilidade; (*juntou-se ao item 06)

09 – Medicamentos: acesso na própria unidade;

10 – Atendimento odontológico;

11 – Pronto-atendimento; (*juntou-se ao item 06)

12 – Melhoria na estrutura física;

13 – Financiamento;

14 – Mais atendente; (*juntou-se ao item 06)

Quadro 9 - Frequência da resposta da questão “o que o serviço de saúde tem que ter”, o total de vezes em que aparece a resposta e a porcentagem em relação ao número total de entrevistas

Analisando a questão sobre: “o que o leva a procurar o Núcleo”, notamos que vem a confirmar os dados do “por que vai ao Núcleo”, pois 58,8% dos nossos entrevistados responderam que a doença seria o motivo da procura dos serviços do Núcleo, porém 16,1% já referiram ir para consultas de acompanhamento. O acesso geográfico mais perto dos domicílios foi lembrado por 13,2% dos respondentes.

FREQ.	LEVA 1	LEVA 2	LEVA 3	TOTAL	PORCENTAGEM
01	40	00	00	40	58,8%
02	03	00	00	03	4,4%
03	07	02	00	09	13,2%
04	09	02	00	11	16,1%
05	03	03	00	06	8,8%
06	03	00	01	04	5,8%
07	01	01	00	02	2,9%
08	00	01	00	01	1,5%
09	00	01	00	01	1,5%
10	02	00	00	02	2,9%

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SURTIDAS:

- 01 – A doença;
- 02 – Não respondeu;
- 03 – Acesso: mais rápido, mais perto;
- 04 – Seguimento / Acompanhamento;
- 05 – Não ter convênio/ por condição financeira;
- 06 – Vínculo pelo cadastro;
- 07 – Atendimento bom;
- 08 – Indicação de outro usuário;
- 09 – Vínculo com a equipe;
- 10 – Resposta prejudicada.

Quadro 10 - Frequência da resposta da questão “o que o leva a ir ao Núcleo” o total de vezes em que aparece a resposta e a porcentagem em relação ao número total de entrevistas

Quando perguntamos na negativa, mais uma vez a doença apareceu como o fator mais importante para procurar o Núcleo, 48,5% dos entrevistados responderam desta forma. Cabe aqui lembrar que a população deste serviço tem uma grande demanda a consultas eventuais, isto é, demanda espontânea, o que vem confirmar que a maior procura realmente é quando estão com algum sintoma agudo que os incomodam naquele instante, e neste momento o serviço deve estar pronto a recebê-los para a resolução do mesmo e conseqüentemente gerar satisfação.

Em seguida, a resposta mais referida foi quanto a “não ter motivos para procurar”, porém mais uma vez não exploramos quais seriam estes motivos, ficando assim a resposta prejudicada.

Foi referido também nessa questão o problema da demora no atendimento como um dos fatores que poderia fazer com que as pessoas não procurassem o serviço em estudo.

FREQ.	NÃO LEVA 1	NÃO LEVA 2	NÃO LEVA 3	TOTAL	PORCENTAGEM
01	11	00	00	11	16,1%
02	31	02	00	33	48,5%
03	05	01	00	06	8,8%
04	00	00	01	01	1,5%
05	02	00	00	02	2,9%
06	14	00	00	14	20,6%
08	01	01	00	02	2,9%
09	02	00	00	02	2,9%
10	00	01	00	01	1,5%
11	02	00	00	02	2,9%

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SURTIDAS:

- 01 – Não respondeu;
- 02 – Não ter doença/ Quando não precisa do médico;
- 03 – Demora no atendimento;
- 04 – Não gosta do serviço;
- 05 – Resposta prejudicada;
- 06 – Não tem motivo para não procurar;
- 07 – Quando não precisa do médico; (*juntou-se ao item 02)
- 08 – Ter dinheiro para pagar um convênio;
- 09 – Segue em outro serviço público;
- 10 – Participação em reuniões;
- 11 – Sintomas comuns e corriqueiros: cefaléia, dores, etc.

Quadro 11 - Frequência da resposta da questão “o que não o leva a procurar o Núcleo”, o total de vezes em que aparece a resposta e a porcentagem em relação ao número total de entrevistas

Por fim perguntamos se os nossos usuários teriam algo a sugerir para melhorar o serviço do núcleo, nesta questão os 26,5% dos respondentes referiram que seria importante o Núcleo ter uma farmácia. Segundo Johnston (1998), em uma pesquisa sobre avaliação da satisfação dos pacientes em uma unidade de saúde do Rio Grande do Sul, o que gera insatisfação dos usuários daquele local seria não ter acesso aos medicamentos no próprio serviço, e explica que ter esta facilidade não quer dizer que seria a melhor qualidade, mas um quesito para ocorrer a satisfação. Halal et al. (1994), em um trabalho de avaliação da satisfação dos usuários, também em um serviço do Rio Grande do Sul, referem que para os usuários esta estaria relacionada com o acesso ao medicamento no próprio serviço e com a resolução do seu problema.

Um grupo de 19,1% achou que eles deveriam ter no serviço mais profissionais, para diminuir a demora no atendimento, se então somarmos a questão que solicitou maior rapidez para consultas e outros procedimentos esta porcentagem sobe para 36,8%. Mais uma vez a cultura do pronto-atendimento foi clara. Segundo a “Lei de Roemer” , citada em Zucchi; Del Nero e Malik (1998) e em Mendes (2002), a oferta gera a demanda, como também a mudança da qualidade da oferta pode também originar as modificações na demanda, isto é, mais funcionários, como é o desejo dos usuários, com certeza aumentaria a demanda ao serviço e automaticamente pioraria o atendimento, mas refletir sobre a questão do atendimento eventual que tanto é discutido no trabalho em saúde é muito importante, pois algumas equipes de PSF chegam a não realizar o atendimento de consultas eventuais, atendem somente agendados, que seria o extremo oposto, seria uma forma de reprimir a demanda. Portanto, revisar o número de famílias por equipe ou revisar as condições de risco de algumas áreas de atuação das equipes, porque geram estas uma grande demanda eventual, com certeza deve ser um ponto para reflexão, já que em certas unidades de Saúde da Família, mesmo com a atuação em equipe para o acolhimento, a demanda eventual traz uma demora extrema para as consultas, gerando insatisfação por parte dos usuários.

Tentando entender melhor sobre este aspecto, Strozzi (1997), em publicação sobre o SUS, nos traz que os serviços estariam hoje com a qualidade mascarada pela quantidade, e que a eficácia pode ser melhorada com os PSFs, garantindo a resolubilidade por recuperar a qualidade do atendimento. Acreditamos que isso vem em função da forma como se acolhe o usuário, escutando-o e conseqüentemente permitindo identificar necessidades que estão implícitas e, portanto, ao serem reveladas pode-se lançar mão de recursos, até mesmo externos ao Serviço de Saúde, aumentando a resolubilidade e evitando assim encaminhamentos desnecessários. Franco e Magalhães Júnior (2003) explicam isto referindo que o modelo centrado na doença, em procedimentos, gera excesso de encaminhamentos para

especialistas e alto consumo de exames, e lembramos ainda de medicamentos, tornando os serviços pouco resolutivos, porque desta maneira os serviços são incapazes de atuar sobre as necessidades reais de seus usuários.

Continuando o raciocínio, os que precisam realmente do serviço por uma demanda clínica, voltada para o biológico, aumentariam a possibilidade de resolubilidade em suas necessidades, melhorando a eficácia dos serviços; isto traria uma melhor equidade, e, para Starfield (2004), a redução das inequidades nas comunidades deve ser uma medida de sucesso da política para o fortalecimento da Atenção Primária.

É interessante verificar ainda que 20,6% dos nossos entrevistados estavam completamente satisfeitos com o serviço, dizendo não ter nenhuma sugestão a dar porque o Núcleo estaria bom assim. Não sabemos aqui se estes usuários estavam realmente satisfeitos, ou se viviam em uma certa acomodação no modo de ver os serviços, até mesmo frente às condições concretas que viviam, pois consideramos que a crítica é relativa, assim como afirma Magnani (1984), em relação à criatividade, apontando que o “seu exercício é determinado e limitado por uma série de fatores estruturais que constituem a rede de relações sociais, políticas e econômicas em que os trabalhadores estão imersos e que incidem em sua maneira de pensar, falar, agir e situar-se frente a outros grupos e instituições sociais” (p. 21).

Temos demonstrado também, em nosso estudo, uma demanda relacionada à saúde bucal nos serviços deste núcleo, pois aproximadamente 9% dos nossos respondentes disseram ter como sugestão o trabalho do dentista. O NSF tem o profissional dentista presente para o atendimento clínico, 2 vezes na semana. O atendimento odontológico visa apenas a uma triagem para o tratamento no consultório odontológico da Cuiabá, e também nestas consultas são feitas orientações preventivas, porém pontuais, individuais, achamos que a Saúde Bucal ainda está distante, neste serviço, das atividades da equipe, por não estar presente durante toda a jornada de trabalho semanal, e por não ter definido o real papel do dentista na equipe. O

profissional odontólogo ao ser lembrado abre acesso ao significado de iniciar a valorização pela Saúde Bucal.

Donabedian (1992) apud Malik e Schiesari (1998) define uma dimensão da qualidade chamada de amenidades, quando tratamos de questões de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação de serviços ocorre. Em nosso estudo, 20,6% trouxeram como sugestão para melhorar o serviço pontos relacionados à infra-estrutura: na adequação do espaço com a construção de novas salas para alguns procedimentos técnicos e na manutenção da área física existente.

Por último, Mehry (1998), discutindo a perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, refere que a crise dos governantes na saúde é financeira e a crise dos usuários na saúde é a falta de responsabilização e interesse em sua saúde. Analisando os resultados finais da primeira fase de nosso estudo, temos que apenas 3,0% dos nossos entrevistados sugeriram a melhoria do serviço pelo estabelecimento de Tecnologias Leves. Isto nos faz refletir que o trabalho no Núcleo consegue mostrar esta diferença na forma de cuidar e nesse instante os usuários do serviço tiveram como demanda, para melhor atingir as suas expectativas e conseqüentemente melhorar a sua satisfação, questões mais relacionadas, segundo Donabedian (1966), com o componente estrutura.

FREQÜÊNCIA	SUG 1	SUG 2	SUG 3	TOTAL	PORCENTAGEM
01	06	00	00	06	8,8%
02	10	04	00	14	20,6%
03	01	00	00	01	1,5%
04	08	00	00	08	11,7%
05	10	03	00	13	19,1%%
07	04	05	03	12	17,6%
08	13	01	00	14	20,6%
09	01	00	00	01	1,5%
10	10	08	00	18	26,5%
11	02	00	00	02	2,9%
12	01	00	00	01	1,5%
13	02	00	00	02	3,0%

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SURTIDAS:

- 01 – Dentista;
- 02 – Infra-estrutura: melhorias gerais, ambulâncias, sala de curativo, sala de coleta, sala de vacina, sala de RX, aerossol;
- 03 – Atender necessidades além do biológico;
- 04 – Não tem sugestões? Não sabe;
- 05 – Mais profissionais/ mais médicos;
- 06 – Mais médicos; (*juntou-se ao item 05)
- 07 – Ser mais rápido: exame, consulta, encaminhamentos;
- 08 – Está bom assim;
- 09 – Resposta prejudicada;
- 10 – Farmácia;
- 11 – Médicos especialistas;
- 12 – Prejudicada;
- 13 – Tirar pessoas que não atendem bem/ Tecnologias Leves: amor, bom-dia, atenção, não atender de cabeça baixa.
- 14 – Tecnologias Leves: amor, bom-dia, atenção, não atender de cabeça baixa. (*juntou-se ao item 13)

Quadro 12 - Frequência da resposta da questão sobre as sugestões para as melhorar o serviço do Núcleo, o total de vezes em que aparece a resposta e a porcentagem em relação ao número total de entrevistas**7.2 A segunda fase – Abordagem qualitativa**

Ao final da ordenação dos dados, tínhamos um total de 61 discursos do sujeito coletivo. Para análise, agrupamos estes discursos considerando as dimensões apontadas no referencial teórico e, nesta perspectiva, foram construídos quatro grandes temas: “As Expectativas”, “A Realidade que Temos”, “Produção de Tecnologias Leves”, “As Sugestões”. Nestes grandes Temas ordenamos os DSCs para o cumprimento dos objetivos deste estudo, que visa a avaliar a satisfação dos usuários do serviço quanto às relações, conforto, acesso e identificar recomendações para intervenções no mesmo, a partir da satisfação e insatisfação definidas pelos entrevistados.

No tema I, das expectativas, buscamos significar saúde na visão dos usuários do serviço analisado, isto é, o que entendiam por tê-la; e também o que esperavam encontrar em um serviço de saúde, pois entendemos que assim conseguiríamos coletar a percepção subjetiva que estas pessoas tinham na obtenção de suas expectativas. É importante lembrar aqui que, conforme explica Souza e Pereira (1999), a idéia que o paciente tem de saúde irá

influenciar no julgamento da qualidade. Tanaka (2005)¹¹ e Santos e Lacerda (1999) citam que na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à satisfação, devemos conhecer as necessidades e os desejos dos pacientes. Berwick (1994) apud Santos e Lacerda (1999) explica que é através dos clientes que se avalia qualidade, o que concordamos em nosso estudo e já se encontra explicitado na fundamentação teórica.

O segundo tema tratou de verificar o que se passava nas práticas de serviço do Núcleo em estudo. Nesse momento ao perguntarmos sobre o serviço, como se processava a consulta agendada, a consulta eventual, como era o atendimento por parte dos trabalhadores naquele local, as respostas dadas pelos entrevistados nos dariam a noção de como ocorria a produção do cuidado, ou até se ela ocorria ou não. Aqui usamos a proposta de Donabedian (1966), para avaliação de serviços de saúde, e enfocamos os três componentes: *estrutura*, argumentando sobre as instalações físicas do local, sobre o conforto, sobre a localização para o acesso; *processo*, definindo como se processa o atendimento, sobre o horário de funcionamento, a espera para a consulta ou para qualquer procedimento necessário, a produção de tecnologias leve-duras e duras; e enfim o *resultado*, neste ponto buscando identificar predicados da satisfação e insatisfação que surgiam nas falas dos entrevistados.

O terceiro tema na verdade foi um recorte do processo, pois entendíamos que tratava este estudo de uma avaliação de satisfação, porém, considerando os pressupostos desta pesquisa, enfatizamos aqui a questão das Tecnologias Leves, sendo analisadas neste momento os DSCs que se referiam às relações.

O último grande tema foram as sugestões propostas pelos usuários para melhorar o serviço, o nosso intuito aqui não foi apenas questionar e buscar dados para se realizarem ações junto com a participação social, mas também analisar nesse instante a satisfação e a

¹¹ Explicação exposta em sala de aula, durante o curso de Avaliação de Serviços de Saúde, promovido pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Curso de Verão, realizado em fevereiro de 2005.

insatisfação desta população quanto às questões levantadas anteriormente, no que o serviço poderia mudar; se estava ruim, o que deveríamos melhorar; se estava bom, como mantermos?

7.2.1 As expectativas

Segundo o dicionário Houaiss (2001), expectativa é uma situação em que se espera a ocorrência de algo, ou sua probabilidade de ocorrência, em determinado momento. Nesta perspectiva, iniciamos nossa entrevista perguntando aos nossos entrevistados o que seria saúde para eles, e o que obtivemos foi:

Falar em saúde pode estar inerente ao cotidiano das pessoas, por atos ou ações, de forma tão automática que ao ser convidada a expor seu pensamento sobre a questão, se surpreende com a pergunta, repete a pergunta várias vezes para si mesmo, até revela que *...nunca pensei o que é ter saúde!...* A continuidade do DSC-5 demonstra essa situação de interrogação.

“O que é saúde é a gente ter saúde, não é? É ter saúde, ... Ixii, como a gente identifica que tem saúde, é difícil, né?...nunca pensei o que é ter saúde! Agora você me pegou...pula pra uma outra pergunta!” DSC - 5.

O que nos chamou atenção neste discurso é a autenticidade destas pessoas em estar referindo sobre o que é saúde desta maneira.

Um dos conceitos de saúde, predominante entre os profissionais da saúde, também estava presente, na população estudada, estando fundamentada no conhecimento biológico, conforme se evidencia no DSC abaixo:

“O que eu acho que, eu não sou sadia, ...assim, não tenho muita saúde, porque eu tenho problema de colesterol, de diabetes, pressão,...mas meu esposo tá com 83 anos e é sadio, ele não sente nada”. DSC – 7.

Ao se aderir esse conceito, a visão de saúde estava centrada na ausência de doença, e assim a expectativa em relação ao serviço de saúde era circunscrita à presença do médico, ao tratamento medicamentoso. Tal conceito predomina em nossa sociedade.

Em um outro discurso, podemos ver claramente que já se agregavam algumas exigências, mas fundamentalmente ainda estava no biológico o alinhamento principal.

“Ah ter,...fazer tudo, os exame tudo; precisá de médico ir atrás e achar,...bons médicos. O tratamento também é o principal, né...um tratamento a altura, né? Um tratamento a altura; se a gente tem isso aí a gente tá com a saúde normal, pelo contrário é meio difícil, né...eu e meus familiares de casa quando precisar ter o núcleo pra gente ir, melhor do que ir lá no Cuiabá que fica longe de nós”. DSC 2

Ainda temos um discurso onde vemos a saúde ser conceituada como o próprio serviço, onde já podemos vislumbrar uma “brecha” no entendimento do que seria ser “bem atendido” ou “bom atendimento”, isto é, um lugar qualificado que você é bem atendido, não é só um lugar físico:

“A saúde é um lugar que você pode ir quando você precisa, e é bem atendida”. DSC 1

Indo em frente, também ouvimos dos usuários do serviço um conceito mais ampliado de saúde, um conceito que vai se alargando, se tornando dilatado, onde a saúde podia ser vista como uma necessidade básica para a vida.

Inicialmente ligada a questões de higiene, lembrando até o paradigma do início do século passado, onde a Puericultura apareceria para definir as regras e normas morais direcionadas a uma determinada formação social, pretendendo com isso regulamentar a vida, de acordo com uma ideologia nascida no final do século XIX (BOLTANSKI, 1974).

“Tem que ser bem desenvolvido, depois organizado, ter limpeza, ter as coisas organizada,... tudinho, né? Tem que ter higiene”. DSC 4

Este conceito vai então se abrindo, e nesta população estudada, também, encontramos um conceito ampliado de saúde, incorporando outros determinantes do processo saúde/doença: o alimento: “...a gente não tem uma boa saúde física, não sei se é por causa da alimentação”; o exercício físico: “da falta de exercício físico, a gente tá se privando dessas qualidades,...”; o emprego, as questões sobre o alcoolismo tão presente em nossa sociedade, as drogas. Já aparece também aqui o ser humano sendo visto como um ser espiritual que se relaciona e que tem ligações. Esta visão não esconde o biológico, mas correlaciona-o com tudo que as pessoas têm na vida. Vejamos o discurso:

“Se não fosse fisicamente ... é mais difícil de descobrir, ...a gente não tem uma boa saúde física, não sei se é por causa da alimentação, da falta de exercício físico, a gente tá se privando dessas qualidades...um emprego, né... alimentação né, como se diz um alimento a altura, o alimento é o principal, né... se a gente tem isso aí a gente tá com a saúde normal, pelo contrário é meio difícil, né... saúde por vários fatores né, saúde inclui uma saúde mental, saúde espiritual, e saúde física,... se cuidar direito, da maneira correta, não usar drogas, não beber bebidas alcoólicas. Ah... é ter um bom estar, tá bem né... e um bom desenvolvimento né, ter uma vida estável, ter uma vida assim favorável dentro do lar né, de harmonia, de paz, a pessoa que não tem saúde não é feliz, não tem felicidade na vida, né? Saúde inclui muita coisa sim!” DSC 6

Finalmente, a Idéia Central de saúde como *tudo o que se precisa na vida*:

“Saúde é tudo o que a gente precisa, é tudo na vida, é a coisa mais importante que a gente tem na vida a mais boa do mundo, fundamental pra uma vida decente, se a gente não tem saúde a gente não vive. Sem saúde nós não é nada, não tem jeito de viver. Saúde em primeiro lugar,... primeiramente é Deus, depois é a saúde”. DSC 3

Saúde como expressão de vida, neste DSC fica evidente o bem simbólico¹² que a saúde representa, sendo prioridade na vida das pessoas e, portanto, algo que precisa ser muito bem cuidado, tratado e, portanto, a exigência da rapidez em restaurar, atender necessidades, seja sempre um dever – “corre risco de vida”. Talvez se explique por que nos planos de governo em época eleitoral seja prioridade de vários candidatos.

¹² Saúde como um bem simbólico fundamentado em Gomes (1999), citando Minayo, ou seja, saúde é um bem social compartilhado, é antes de tudo uma construção social, que apresenta uma vivência diferenciada para cada sujeito, sendo que em torno de saúde e doença há diferentes concepções/ significados, onde nem sempre o dado objetivo determina que o indivíduo sinta-se doente ou saudável. (GOMES, 1999 apud FORTUNA, 1999, p. 11)

É curioso quando percebemos que nos vários espaços de trabalho em saúde existentes atualmente convivem diversas concepções, queremos dizer que o “velho” e o “novo” estão presentes nestes locais, e junto com isto a “transição” em si. No entanto, isto é muito rico, pois conforme afirma Camargo Jr. (2001):

Esta multiplicidade de inserções e pontos de vista, por si só um indicador da vitalidade do campo, traz contudo uma responsabilidade ampliada. Por um lado, a multiplicidade e a diversidade demandam a precisão dos enunciados, para que o debate seja de fato possível. Por outro, este é um campo desde sempre militante (p. 11).

Queremos com isso reforçar a necessidade de escuta e trabalhar considerando a singularidade dos homens, repensando as referências que utilizamos, quando estamos comprometidos com a produção do cuidado.

Caminhando em nossa entrevista na tentativa de conhecer as expectativas, perguntamos então o que eles esperavam encontrar nos serviços. Nestas questões enxergamos claramente o discurso ligado ao biológico, mas já apareciam também as falas relacionadas a esta visão mais ampla de saúde.

Claramente na vertente biológica vemos que existem grupos ainda solicitando dos serviços a rapidez dos pronto-atendimentos, os procedimentos médicos, os medicamentos. Nesta lógica os serviços correram o século, voltados para um modelo hegemônico de assistência, que resultam em grandes gastos com exames e remédios, sem grandes resolubilidades. E aí visualizamos facilmente a Lei da Demanda pela Oferta, trazida por Roemer, citada em Mendes (2002):

*“O remédio que eu necessito”. DSC 9
“A gente espera encontrá os médicos”. DSC 12
“Não demorá muito prá atender!” DSC 13*

Seguindo esta mesma idéia, existem discursos em que também encontramos o entendimento por parte dos usuários de que o serviço é o responsável pela sua saúde, mas já se percebe que esses mesmos usuários conseguem ver no serviço a possibilidade de realizar

ações em saúde que estão voltadas para a prevenção de doenças e para atendimentos de urgência e emergência. Seria na verdade a percepção de que a porta de entrada do sistema público, para as soluções de seus problemas, é o Núcleo. Esta solução trazida neste discurso é o que está neste momento trazendo satisfação, a resolubilidade da demanda:

“Que eles resolve meus problema...mas a gente não procura o postinho só na urgência não, né...a gente procura pra preservá, né... mas a gente sai de lá satisfeito, porque a gente vai com o problema, mas a gente já vem com a resposta, não é?” DSC 11

Segundo Stenzel; Misoczky; Oliveira (2005), a satisfação resulta de juízos de diversos atributos, a resolubilidade da demanda é um destes, mas o acesso, a condição da atenção, as condições do ambiente também o são. Ainda estes mesmos autores citando Vaistman et al. (2003) referem que a percepção dos usuários quanto às práticas de saúde nos serviços se desenvolve pela articulação de pelo menos quatro dimensões: a subjetividade individual, a cultura da sociedade, a rede de relações instituídas ao longo da história e a situação em um determinado contexto ou a experiência imediata vivida. Neste raciocínio o discurso a seguir mostra como a presença do médico ainda é muito importante, pois o usuário quer que o serviço tenha:

...“médico, sei lá que assim, te analise melhor, que..., dê mais atenção, atendimento mais prioritário,...e que o médico consiga acertar o problema da gente, né? Que ele escuta primeiro a gente, pra gente fala o que é,(...) .Você vai no médico se ele não examina da forma devida, não te atende direito, dá uma olhadinha em você e manda cê vim embora,... como que ele vai sabe o que que eu tenho se ele não põe aparelho, se ele não mede a minha pressão, só olhando no meus olhos, como que ele vai saber o que que eu tenho, né... só ficar olhando na cara assim”. DSC 10

Vemos aí como hoje nos diversos serviços de saúde o profissional médico está distante dos usuários, e sendo assim quando solicitam que tenha médicos, estes devem ser capazes de: “... te tratar bem, te receber bem, com educação”, **escutar** a demanda adequadamente e examinar por inteiro. Na verdade seria a qualidade do “Bom Atendimento”:

*“Ser bem atendida assim,... te tratar bem, te receber bem, com educação, porque tem médico acho que **não gosta de olhar na cara da gente**, você tá falando e ele tá lá escrevendo.(...) Portanto, o bom atendimento,... bom atendimento seria assim, saber tudo das pessoa, tudim! Mais atenção, o médico tem que examina a pessoa, vê o que cê tá passando, pra vê o que a pessoa tem ou não tem,...e não: não te atender direito, não olhar na sua cara, te dar a receita e mandar embora”. DSC 8*

Será que o imediatismo não foi construído pelo próprio processo de trabalho instituído nos serviços de saúde? Você vai, ela não examina direito, ”...dá uma olhadinha”; são atitudes de quem também tem pressa. Essas reflexões nos impulsionam a aprofundar nossos olhares, pois nesta nossa investigação não nos propusemos a estudar os trabalhadores de saúde. Mas Fortuna (1999, p. 185) explica que “os fazeres que os trabalhadores se colocam parecem se encaminhar para o atender à clientela doente, oferecendo aos usuários insumos: medicamentos, exames laboratoriais, informações; enfim se utilizando das tecnologias leves e duras principalmente”. A mesma autora ainda afirma que os trabalhadores desempenham o seu papel de modo rápido, com isso evitam aprofundamentos de vínculo, isto é, o uso de Tecnologias Leves.

O que fica bem claro nesse depoimento é que ao mesmo tempo em que ainda existe a cultura da rapidez, do imediatismo e do individualismo, temos também o querer atenção, o querer ser ouvido, o querer espaço de troca, de autonomia em “viver a vida”, e certamente a primeira vertente não se encaixa na segunda.

A integralidade também pode já ser observada pelos usuários como uma necessidade nos serviços, pois o “*saber tudo das pessoa, tudim!*” nos indica ser necessário conhecer não só da doença, mas de todo o processo social que envolve os usuários no momento do atendimento clínico:

...“depois examina também...,porque se eu tenho uma dor no dedo ele te consulta do pé a cabeça, pra sabe porque que seu dedo tá doendo”... . DSC 10

Ainda Ruben Mattos contribui para esta reflexão, quando nos traz a origem das discussões do ensino médico nos Estados Unidos, apresentando em linhas gerais que a medicina integral “criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária” (MATTOS, 2001, p. 44). Esta atitude, lembra o autor, privilegiava as especialidades médicas dirigidas aos aparelhos ou sistemas anatomofisiológicos, e dessa forma recortavam os pacientes exclusivamente no aparelho por ele estudado, afastando assim de outras necessidades que os pacientes pudessem demandar. Dessa forma ficando evidente que o profissional desenvolvia uma ação bastante reducionista.

Esses discursos nos demonstram como os usuários deste serviço já conseguem manifestar a necessidade de ser atendido por profissionais que não os reduzam a fragmentos de seu corpo físico, e sim passem a enxergá-los como seres inteiros, como uma característica da boa prática médica/saúde: *“o médico tem que examina a pessoa, vê o que cê tá passando, pra vê o que a pessoa tem ou não tem,...”*.

7.2.2 A realidade que temos

NA ESTRUTURA

Dentro do componente de estrutura, o **acesso** foi o primeiro quesito analisado e, segundo Starfield (2004), é a forma como a pessoa experimenta a característica de acessibilidade do serviço, que é o que possibilita aos usuários de ter entrada aos serviços e seria também importante para diminuir a mortalidade e morbidade. A Atenção Primária de Saúde tem uma característica própria que é a atenção ao primeiro contato: toda vez que existir uma demanda de saúde e esta tiver a entrada pela atenção primária, teremos potência para gerar melhor qualidade do encaminhamento da resolubilidade desta necessidade apresentada; e esta potência está também condicionada com a relação estabelecida entre o usuário e os profissionais de saúde, a resolubilidade e a continuidade desta atenção.

Starfield (2004, p. 209) evidencia que, quando este primeiro contato se dá na especialidade, é mais fácil produzir uma demanda desordenada para os outros níveis de atenção: “A solicitação de uma consulta a um “ponto de entrada” antes que uma consulta possa ser realizada em qualquer lugar, está associada à utilização reduzida tanto de outros serviços especializados como de consultas em sala de emergência” (p. 212). Em outras palavras, a entrada pelo médico generalista tem mais potência para se transformar em uma demanda ordenada e organizada, enquanto pelo especialista ou pela emergência irá gerar um fluxo desordenado para os outros níveis de atenção, ou mesmo deixar de reconhecer outras demandas que estes usuários possam portar.

Ao mesmo tempo em que houve um DSC que mostrava claramente a Satisfação do usuário no que diz respeito ao local onde o núcleo se encontra geograficamente:

“Ah, é bom,...bem pertinho de casa,...(...). Porque não é muito longe pra gente ir,...) Eu acho bom a localização dele,...(...). Porque fica bem localizado, próximo da favela, pessoal que mais usa, área materno-infantil, eles vêm de pé não precisa tomá condução nem nada. Ah,... ali tá bom, porque atende muito aquele povo lá de cima, né? Muito bom! Tá ótimo!”
DSC 38

Temos também um discurso que achava que poderia ser mais perto da população que está longe do serviço. Na verdade esta população referida aqui faz parte de um novo conjunto de casas que não faz parte da área adscrita do Núcleo, e neste momento o que observamos é uma preocupação exclusivamente com aqueles que utilizavam o serviço, mas com outras pessoas que por estarem longe poderiam não estar satisfeitas:

“Não então se for assim, talvez num tá muito certo, porque ali tá bem já próximo, ...o posto lá.(O Cuiabá). Então acho que precisava ser em outra região. Igual agora aqui este conjunto aí, precisava ser um pouco mais pra lá pra pegar este conjunto aí,...ou mais pra cá assim, prá poder tanto pegar a parte ali,...pra cá como pra lá,...é já tava muito junto,...pega pouquinho ali e mais aqui, né?” DSC 40

Também é possível reconhecer a solidariedade entre os usuários em uma sociedade pós-moderna, em que se estimula o individualismo – o meu computador, o meu telefone, uma TV em cada quarto –, é preciso destacar as sinalizações de preocupação com o outro, vindo ao encontro novamente da afirmação de Mehry (1998).

Interessante ainda é perceber que até a questão do uso da UBDS de forma desorganizada é apresentada pelo próximo DSC:

“E não enche lá em baixo, então eu acho que tá bom”. DSC 39

Outra possibilidade neste fragmento do DSC diz respeito à utilização do NSF de forma articulada ao atendimento no PA. Essas falas podem ser disparadoras para explorarmos acerca da finalidade dos diversos serviços de saúde, junto aos usuários. Segundo Alonso (1988), “é no mais lacunar discurso que um fio de significado vai se tecendo”.

A cultura do “Pronto-atendimento” criou barreiras no acesso quando instituída por causa justamente de ser porta de entrada não de um fluxo determinado pela Atenção Primária, mas por um fluxo determinado pela “rapidez”, pelo funcionamento 24 horas de modo a satisfazer desejos/necessidades, desarticulados do vínculo, que faz com que o serviço se infle de usuários que, na verdade, possuem demandas que não poderão ser resolvidas neste espaço, ou mesmo que possam, não estarão sendo decodificadas para se conseguir tal fim; e muitas vezes por ainda carecer de uma comunicação maior entre os serviços, para que esta demanda seja redirecionada, este movimento se perpetua. Starfield (2004) nos alerta que sem esta comunicação entre os serviços, os outros atributos da Atenção Primária, longitudinalidade e integralidade, perdem potência, e o “primeiro contato” fica somente um ato burocrático e administrativo. Destaca inclusive que “...o profissional da atenção primária deve estar ciente de todos os problemas do paciente em qualquer contexto no qual estes apareçam, pelo menos no que se refere à saúde” (p. 365).

Seguindo ainda no componente de Estrutura, vejamos então como os usuários opinaram sobre a questão das **instalações**, outro atributo do serviço que pode ser avaliado subjetivamente pelos usuários no que diz respeito à satisfação na prestação da assistência.

O primeiro DSC que despontava desta questão nos trazia mais uma vez “a dúvida”, alguns usuários não conseguiam emitir opinião sobre este ponto questionado:

“A sei lá não precisa,...eu nunca prestei atenção assim nas parede, na conservação, por isso eu não dô opinião,... por a gente não sabê direito como foi feito aquilo ali”. DSC 42

Pensamos aqui se nesse momento este discurso não podia estar traduzindo o estado de acomodação às coisas da vida, como se fosse “assim mesmo”; é tão normal faltar manutenção nas estruturas das unidades públicas de saúde que vira coisa óbvia, não conseguindo nem perceber se estaria ruim ou não:

“(...). As outras coisas são como os outros postos mesmo. A gente acostuma! Eu estranhei o início, né? Mas agora já acostumei não tenho o que queixar, não! Não tando chovendo em cima nem sol minha filha, tá ótimo!” DSC 45

É também importante refletirmos se a satisfação no que diz respeito à questão das relações, o “se sentir em casa no Núcleo”, não podia estar fazendo com que esteja realmente bom desta maneira, porque a expectativa foi “decifrada” e resolvida: foram bem atendidos, bem recebidos, ficando as instalações relegadas a outro plano.

“Ah pra mim tá normal, né? Não precisa mudar nada, não... (...). Acho que tá bom, né? Acho que não precisa de reforma, não”. DSC 41

O estabelecimento de boas relações apontado acima vem ao encontro da afirmação de Pinheiro (2001) ao constatar em estudos que as relações “pessoais entre usuários/ pacientes e profissionais de saúde são bastante valorizadas pelos primeiros, sendo identificadas como um potente indicador de qualidade (...), o que não é visto da mesma forma pelos profissionais médicos” (p. 84).

Outro discurso que se apresentava nos mostrava que melhorias eram necessárias, incorporando a visão de saúde quanto à limpeza, à higiene, por ser local onde “cuida mais da parte da saúde”. Nesse discurso cabia refletirmos em que condições de moradia nossos usuários viviam, pois na verdade a realidade de muitos deles era bem pior neste olhar da estrutura física; as casas onde muitos deles moravam eram muito piores em necessidades de manutenção ou até de terminar o que foi começado nas suas edificações. Vem então a idéia de que precisava mudar não porque é para o conforto deles, para que a satisfação no ambiente do atendimento surja, não porque eram merecedores disto, mas porque simplesmente era lugar de saúde. Como se suas casas não necessitassem desta saúde:

“Ah,...bem,...devia mudá, né? Posto de saúde tem que ser bem organizado, tem que ser limpinho, né? Pra isso tem que melhorar mais, né? Tinha que arrumá bem arrumado porque ali é pra saúde das pessoa,então eles têm que arruma bem organizado,...têm que cuida das parte da saúde, eles cuida mais da parte da saúde”. DSC 43

O espaço físico maior, a pintura da Unidade, os móveis também eram lembrados como algo necessário para melhorar a estrutura. A insatisfação aparecia aqui nestes dois discursos, ainda de forma despreocupada, como uma idéia de que alguma coisa precisava melhorar:

“Um pouco meio apertado ali, né? Acho que deveria ser maior ali, ter mais espaço. Aumentar um pouco mais as salas, né? Pôr mais,...sei lá! Pôr mais coisa lá. Ah! Eu acho que tá faltando miorá mais um pouco: os móveis poderiam mudá e uma pinturinha precisa, né?”. DSC 44

“A pintura tá bem lá pra dentro onde o médico trabalha, tá mais conservado sim, né? Mas aqui fora na área que a gente pisa não tá bom, não,...só por fora que tá meio feio!”. DSC 47

Começavam então a aparecer outros discursos onde a insatisfação se fazia presente. Um primeiro discurso trazia a visão de saúde voltada para a atenção às doenças, onde a necessidade de se ter um prédio como um hospital era a expectativa presente:

“Lá é uma casa de morada, né? Não é um prédio, é...assim que é adequado, qual um hospital: uma porta mais larga,...um tipo de assim,...um prédio assim de acordo com um Pronto-socorro ou Postos de Saúde, né?” DSC 48

Esta idéia de necessidade de ser um prédio próprio também estava presente no DSC a seguir, a fala aqui era de insatisfação por ser “uma casa de moradia”, como se fosse um “jeitinho”, não trazendo conforto para os usuários. Interessante era verificar que um grande número de Unidades de Saúde da Família, não só em Ribeirão Preto, mas em outros municípios da região eram residências alugadas para instalação destes serviços.:

“Ah, o local é muito pequeno, né? Umas casinhas assim pra atender,...é uma casa realmente, né? Morava família e foi instalado um posto ali,...e bem usada, uma coisa meia ruim,...na recepção é maior que os da consulta, por exemplo. A recepção deve ter uma faixa de uns cinco por quatro, uns 20 metros quadrados,...agora os outros lugares é tudo pequeno. Eu não acho certo, acho que devia ser um prédio próprio,...não é um local adequado. Conforto igual, a gente costuma ir em muitos, não tem, não! Melhorá ali é muito bom porque tá muito fraco, né? Tá precisando muito. Eu acho que precisa de reforma: as parede, os piso, os móveis onde as menina trabalha,...ah!... os móveis antigos, né? Eles tão velho! Os móveis não tá adequado prá um consultório médico. A laje tá descascando, as cadeira na frente,...precisa ajeita aquilo ali! Os piso no chão tá muito..., tá precisando uma reforma boa,...acho que precisava melhorar muito ali, né? Tudo, né? Acho que precisava melhorar muito ali, né? O pior ali é pintura, as paredes mais ali na entrada onde atende que tá meio danificada, então precisa pinta aquilo dali, né? Coisas que deveriam ser vista por um administrador dali, um gerente não sei quem vai ver isso, uma visão geral daquilo ali, né?”. DSC 46

O “*prédio próprio*” citado no discurso acima carregava a imagem da arquitetura hospitalar, instituída pelas normas padronizadas pelas nossas instituições, com funções normatizadoras. No entanto, será que não precisamos pensar numa arquitetura menos improvisada, que permita ou potencialize a mudança no modelo de atenção.

O outro atributo avaliado neste estudo foi o **Horário de Funcionamento** que estava também dentro do componente estrutura, pois estamos fazendo um julgamento sobre a organização do serviço. (DONABEDIAN, 1966). No primeiro discurso que analisamos a seguir, a idéia de estar bom desta maneira era clara. Neste olhar a satisfação estava presente simplesmente por achar que era assim mesmo que tinha que ser:

“Ah, acho bom esse horário. É, é isso, eu acho um horário bom, né? Das 8 às 17. Eu creio que os horário é,...cada um tem seus horário,... eu creio que o sistema da saúde, os núcleo deve de ser isso,...não sei os outro! Dá pra atende sim, o horário e os dias é bom, não tenho sugestão nenhuma. Prá mim é normal,...prá mim é!”. DSC 31

Outros DSCs mostram um descontentamento com o horário em alguns períodos, portanto necessitando poucas mudanças:

“É,... um dia que eu fui lá, eu não sabia, né? Não sei se é na sexta-feira que começava 10 horas, né? Aí fui bater lá no Cuiabá, né? Aí eu voltei e procurei porque tava fechado,...na sexta-feira tem reunião dos médicos,...coisa deles lá, né? Acho ruim na sexta-feira; e outra coisa que muda é o intervalo de almoço,...eu sempre vou na parte da manhã. Ai é pouco tempo, né?”. DSC 33

Os cinco Núcleos de Saúde da Família ligados à Faculdade de Medicina têm como rotina a realização de reuniões administrativas, todas as sextas-feiras; neste dia da semana a coordenação composta pelos docentes, os residentes de medicina de família e comunidade e toda equipe de trabalho da unidade discutem questões pertinentes à organização do serviço, de assistência e de ensino. Portanto neste dia somente às dez horas inicia-se o atendimento ao público. Teríamos que rever esta questão e refletir sobre ela, quem sabe haver um revezamento de pessoas na sexta-feira, durante a reunião, para que o acolhimento seja feito de qualquer forma.

Outra causa de insatisfação dos usuários quanto ao horário de funcionamento dizia respeito aos trabalhadores, esta questão muitas vezes era levantada no grupo de acolhimento que era realizado no Núcleo; quem trabalhava tinha dificuldades em fazer seguimentos e referia isto nas discussões. Nos dois próximos discursos isto é demonstrado:

“Ah! é muito,... a gente queria que, melhorasse essa situação, às vezes 5 horas fecha e às vezes a pessoa quer ir 6 horas,... aí não tem o núcleo. Se eles ficassem mais um pouco, até 7 horas ou no máximo, até umas 8 horas,...porque igual, nós mora aqui,...tava bom, né? Porque aí a gente chegava do serviço e se tivesse consulta não perdia, né? Porque às vezes eu até perco as consulta,...que tô trabalhando”. DSC 34

“...mas eu acho demorado porque às vezes eu tô trabalhando,...às vezes o patrão não me libera ,.....e pra não irritá tem que ser meio rápido, né?”. DSC 16

A solução apresentada, porém, é que o Núcleo seja como um Pronto-Socorro, aberto de segunda a segunda e durante as vinte e quatro horas:

“Aí tinha que se igual ao Cuiabá que tem de segunda a segunda, de sábado a sábado, de domingo a domingo aberto, né? Às vezes a gente precisa tanto sábado, porque é o dia que as pessoa trabalha, né? Realmente se você precisasse ir mais cedo você ia,... (...). Vinte e quatro horas. Se ficasse 24 horas aqueceria melhor,... pôr o bairro do jeito que eles prometia e com conforto, né? Mais conforto!” DSC 34

A justificativa apresentada no DSC era porque, se o Núcleo é perto, deveria funcionar 24 horas, até porque os moradores da favela, que residem próximo ao serviço não necessitariam de ambulância para irem até o CSE:

,...porque a favela precisa de um lugar mais perto, se a gente tá passando mal a gente vai aqui pertinho,...se tá passando mau até chamar o pronto- socorro prá vim aqui é o tempo de sair daqui e ir ali, ó... aí não precisa carro não precisa de nada, chega lá e consulta. DSC 32

NO PROCESSO

O fator “demora” para o atendimento, seja para consulta, procedimentos, exames, foi discutido com os entrevistadores e surgiram na verdade vários DSCs diferentes, mostrando às vezes satisfação e às vezes insatisfação.

Starfield (2004) traz a questão do tempo da seguinte maneira: a maioria das urgências deve ser atendida dentro de 1 (uma) hora, em 90% dos casos; os quadros agudos devem demorar 1 (um) dia para conseguir consulta – também em 90% dos casos; a rotina, os seguimentos têm que ser agendados para 1 (uma) semana em 90% dos casos; e por último, o tempo de espera na Unidade para o atendimento deve ser menor do que 30 minutos, em 90% dos casos. Estamos realmente muito longe de ter estas metas de tempo estabelecidas desta maneira, como mostram os próximos discursos:

“,...tem vez que eu espero até 3 horas, 3 e meia,... tem vez que espera 2 horas,...tem,...a gente fica esperando lá até atendê, porque aí tem muita gente na frente e vai demorando, né?” DSC 19

“Pra agendá consegui, só que demora, eles marcam pra 2, 3 meses, porque sempre tem gente na frente” DSC 19

“não sei bem assim, porque às vezes se eu chego as primeiras pessoas daquele horário não demora muito, mas se eu chego as últimas pessoas do horário, já é meio-dia,...às vezes eu chego 5 minutos, 10 minutos pra meio-dia já tem gente na minha frente. Agora se eu chego 11:30, já só atendida mais rápido. Então aí varia, né? Tem dia que é rápido, tem dia que demora mais,...depende da ocasião de lá” DSC 15

“O problema lá é que só é demorado, ..., é demorado demais o atendimento!” DSC 16

“Já esperei até 5 horas,...do meio-dia até 5 horas da tarde prá podê sê atendida, por exemplo eu vou de manhã e fala pra voltá à tarde,...se eu for sem tá marcada demora um pouquinho, né? Também já fui atendida na hora! Muitas vezes eu precisei fora da consulta e eles me atenderam prontamente,...a gente aguarda a vez da gente” DSC 29

O Núcleo apresentava DSCs que mostravam como ocorria este tempo na Unidade, e como o tempo era “relativo”, isto é, o que demora pra mim pode não demorar para o outro. Surgiram discursos em que não ocorre a insatisfação pelo tempo, pois não é demorado:

“Aqui não, a gente não irrita, porque é bem atendido e não é demorado! É... nos tempos devido, na base de 40 minutos, 1 hora,... tem vezes que até menos, tem bastante médico que atende aí, né? Então não demora muito! Que nem sempre a gente tem que chegar e já ser atendido, a gente tem que se receber ordens,... organizado.. então não tenho o que reclama assim da demora! Foi rápido! Foi rápido sim” DSC 17

Assim como havia referência de que era demorado, mas mesmo assim estava bom, parecia que o “bom atendimento” justificava a demora:

“Ah,... tá um pouco longe, né? Médio, né? E precisa demorar tanto,... pelo menos o médico que eu fui, né? Mas qualquer lugar se demora pra tá ali no doutor,...então tem gente que tem que compreender,...e eu acho que uma coisa bem organizado,...eu tenho “tido” bem atendido sim! Em todos os casos que a gente vê, né? Eu acho que isso é,... eu acho um proceder isso. Pra mim tá bom!” DSC 18

Outra idéia trazida nos discursos era a questão do serviço ser de várias pessoas e de vários tipos de pessoas, percebendo então que se houver alguma urgência passará na frente,

mas o seu problema também será resolvido pela equipe. A resolubilidade justificava a demora, e a Equidade/ Solidariedade ou Assistencialismo, podiam ser percebidos aqui:

“Ah,...eu acho que é ...é...tudo de acordo com a população, como se estiver ali na frente...porque ali não é só pra mim, não é só pra senhora, então... cada caso é um caso, ali às vezes todos caso é um caso, entende?... porque às vezes chega gente doente... às vezes é caso mais urgente,...(...) Problema que não dá pra esperá eles marca no mesmo dia ou no dia seguinte, você,... quem sabe? Só que aí é uma coisa boa entendeu? Se você for lá com um problema que não dá pra espera 154 dias você é atendido no mesmo dia ou no dia seguinte” DSC 14

“...mas quando tá precisando já atende na hora mesmo, sempre dá um tempo de encaixar,...um tipo: se atende de manhã fica pra meio dia, quando atendeu todo, aí se não der, meio-dia fala prá voltar à tarde. Se eu passar mal mesmo eles atende no mesmo dia, e se não tive muito ruim..eles fala prá voltar no outro dia..porque aí tá cheio,...ou às vezes atende” DSC 27

O tempo realmente era tão relativo que outro pensamento exposto nos DSCs foi a demora justificada pelo número de pessoas que compunha a população assistida pelo Núcleo:

“Demorado porque tem muita gente que agenda e aí vai prá tudo num dia, mas mesmo assim eu me conformo, porque é muita gente pra consultá, viu?” DSC 19

Quando questionamos qual o tempo que seria tolerável, esse tempo variou de “nenhum tempo” até 1 (uma) hora:

“...e pra não irritá tem que ser meio rápido, né? Mas é que a gente se irrita mesmo , a gente não gosta de esperar! A gente se irrita até pra pega ônibus, ...nenhum tempo!!!!” DSC 16

“Tem um tempo limite,...é difícil, né? Você conseguir esse tempo assim,... até 15 minutos é tolerante?... .Meia hora taria bom prá gente fica esperando, né?... porque se passa mais começa a perdê tempo,...é uma meia hora no máximo né ,...até uns 40 minutos?...ou...acho que até uma hora dá prá agüentá! Ah, no máximo uma hora tá bom, né? Prá não passa remédio errado pros outros. Se a gente já chega no horário espera com paciência,...mas se passa, aí a gente espera porque precisa, mas fica irritado!” DSC 15

Nesses discursos sobre o “tempo” ficou claro que a demanda de atendimento no Núcleo ainda estava muito desordenada, temos que pensar neste instante que os nossos usuários estavam longe de ter um padrão de espera, para os procedimentos, que seja aceitável

ou demonstre até qualidade do serviço. De forma geral o que se via era que ocorria uma compensação, pareciam estar “aceitando” e compreendendo os porquês, mas não estavam, na grande maioria, satisfeitos. Temos que refletir na possibilidade dos serviços adequarem o seu número de famílias acompanhadas, de acordo com as demandas, pelos riscos de adoecer (pensando no processo saúde/doença) e pela vulnerabilidade das pessoas. Em uma área com grandes riscos, para se exercer o cuidado em saúde, pensando na integralidade, no processo saúde/doença, o tempo define a qualidade do atendimento muitas vezes.

Outro aspecto importante é a questão do acolhimento, enquanto todos os trabalhadores integrantes da equipe não estiverem preparados para o acolher, não estaremos “decifrando” a demanda, e exercer o cuidado sem isto acontecer estaremos voltados para o atendimento de doenças, sem a mudança desejada no modelo assistencial.

A produção de tecnologias, nos espaços de trabalho em saúde, é também componente do processo e serão avaliadas aqui neste bloco somente as leves-duras e duras, as tecnologias leves, considerando os pressupostos deste estudo, serão tratadas em um tema à parte.

Argumentamos aos nossos entrevistados sobre como ocorriam os encaminhamentos para consultas especializadas, internações, exames, pois assim acreditávamos que pudéssemos avaliar a acessibilidade aos outros serviços, de atenção secundária e terciária. O que encontramos foram basicamente três idéias centrais: **“tudo se resolve pelo Núcleo”** e **“resolve, mas com dificuldade”**, que eram os DSCs que denotavam a longitudinalidade; e por último a idéia de que **“demora, mas consegue”**, trazendo novamente a questão do tempo, mas ao final satisfazendo por conseguir o que era a expectativa inicial.

Notamos que os usuários percebiam a questão da porta de entrada, talvez não a conheci- am pelo nome, mas entendiam que o Núcleo podia encaminhá-los para outros serviços e que novamente depois eles retornariam ao Núcleo, dando a idéia de que tudo se resolvia por ali:

“Ah, conseguir a gente sempre consegue, e se for um problema de encaminhá, eles encaminham rapidim. Eles atendem na medida do possível,...inclusive: vê esse posto aqui não é adequado para o tratamento, mas eles é pra encaminhá pra outro, né? Eles fazem o encaminhamento,...já me fizeram vários encaminhamento. Resolve!”
DSC 23

O outro pensamento trazido no próximo discurso mostrava também a resolubilidade para os outros níveis, sabiam que era pelo Núcleo que conseguiam chegar até a cirurgia, mas o processo não era fácil:

“...quando eles não resolve eles encaminha, né? Rapidim encaminharam prá UE, de lá encaminharam pro HC. Foi o que precisava ter feito mesmo, né? (...).Através deles eu já fiz uma operação na USP,...se não der certo ele vai me encaminha de novo, mas era em outro lugar, né? Não depende mais deles!” DSC 22

A satisfação em resolver os problemas, mesmo que tenha demorado, aparecia quando os usuários referiam conseguir atendimentos nos níveis secundários e terciários de atenção:

“Demora prá chamá: pra uma consulta na derma demoro seis meses prá resolve,...isso,...demorô seis meses(...). A demora é porque eles precisam te mandar para o Cuiabá,... ir lá,...não sei pra onde vai, não sei se vai lá pra USP.Demora,...demora mas consegue”. DSC 25

7.2.3 A produção de Tecnologias Leves: um recorte no processo

A primeira idéia que emergia dos DSCs que construímos, na questão das diferenças dos serviços, trazia consigo os relacionamentos sendo entendidos como o “atender bem” ou “bom atendimento”, confirmando o que diz Mehry (1998), que a crise da saúde na visão dos usuários é quanto à falta de responsabilização e interesse em sua saúde:

“O Núcleo atende as pessoa bem! A gente tem amizade, né? Eu senti que as enfermeiras são bastante atenciosa, elas conversam, te trata bem,... (...). ...você é tratado com mais amor que em outro lugar, porque elas já conhecem eu. É diferente o atendimento das meninas, dos médicos,...lá é um carinho todo diferente. A gente é bem acolhido sim, felizmente até hoje! No atendimento eles tratam a gente muito bem lá, no Núcleo.(...) Tem uns lugares que o pessoal parece que trabalha de mal vontade, demora, eles não atende direito,...), que não trata bem, ainda vem com ignorância. Ainda continua sendo no Núcleo o melhor, lá é diferente!” DSC 49.

“Aí eles que atendem muito bem, o pessoal, as moça também. Eu acho até bom porque você entra lá e eles vai conversando, conversando até achá uma coisa mais ou menos o que você tem, entendeu? Eles são bem atenciosos... É as coisa que mais a gente gosta é ser tratada bem, tratá igual a gente trata eles, né? Tratá muito bem,... . (...)Então tanto faz, quando não tá agendado a gente é bem atendido e quando tá, também é bem atendido! Inclusive nessa parte elas são até boa demais, a gente marca até por telefone, chega lá e é atendido! Mas todas as vezes que eu vô aí nesse Núcleo, eu digo pra você, porque foi uma coisa que é de Deus mesmo, eu gosto muito das pessoa que trabalha aqui, dá a maior atenção prá gente, examina a gente pergunta tudo,...eles se interessaram bastante.” DSC 20

Percebemos também neste discurso o tratamento de humano para humano: “*tratá igual a gente trata eles, né?*”; é “gente que cuida de gente” (MISHIMA et al., 2004), gente que acolhe mas também necessita ser acolhido. Os espaços de acolhimento são espaços de troca, coisas de humano, “eu dou e você me dá”.

Franco e Magalhães Júnior (2003) referem que o exercício da clínica traduzido em atos de fala, escuta, em que o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, ao longo do tempo se perdeu, sendo substituído pelo ato prescritivo e uma relação sumária entre profissional e usuário. Hoje, o que se tenta na mudança de modelo de atenção é justamente este resgate da produção do cuidado, pois achamos que somente assim poderemos agir no processo saúde/doença, produzindo nos serviços realmente saúde no seu conceito ampliado. O DSC a seguir mostra como a relação médico/paciente devia se mostrar e como estava realmente estabelecida:

“Vez que a gente conversa negócio que não é de consulta mesmo, né? Tem outras coisas,...é tem outras coisas. Aí, a gente conversa, né? Eles sabem mais ou menos a vida da gente, né? Por isso que tem os prontuário, né? Aí eles já vê o prontuário e já vê a vida da gente, né? Elas procura saber o que você tem, né? E já leva o diagnóstico pro “doto”, né? Aí a gente consegue falá com eles, né? Com os dotô, e eles são muito legal,...a maioria de lá eu já conheço, né? Tenho liberdade pra colocá meus problema, tenho confiança, tanto pras menina que trabalham ali na frente, como nos médico,...eles são muito educado, muito bonzinho! Você tem o seu médico que te atende todo o mês, que é só aquele, aí você pega confiança. Você chega dentro do consultório o médico conversa com você, pergunta o que você tem, aí você explica pro médico,...é porque pra mim eles não colocam muito aparelho: de medir pressão, de vê o ouvido,...tem que olhar, né? É só olhando no olho. Eles põem um aparelho nas costa, as vezes põem na frente pergunta a gente se dói, se tem dor, se precisa já pede exame,...eles vai libera depois que tive te examinado, né? Depois que termina o serviço dele,...assim pra fazer exame tem muita atenção.” DSC 20

“Uns médicos chamam pelo nome, cumprimentam, fala: ‘como vai seu Fulano (emite o nome do usuário)?’,...outros chamam viram as costas e tem que ir atrás dele,...às vezes ele já entrô no consultório e a gente erra até a porta, né? Se ele mexe com gente, como fala assim,... ter aquele tipo de educação,...é,... civilização, né? Como uma boa postura, eu acho que é isso aí!...). porque se ele não ouvir, não sabe ouvir o que eu tenho, como que ele vai me medicá, né? Claro! Tem muita assim, muitas pessoa tomando remédio errado por causa disso. Eu acho isso importante! Saber ouvir!” DSC 36

A demanda espontânea aos serviços já rendeu muitos trabalhos de pesquisa para tentar entendê-la e organizá-la (DALMASO; SENNA, 1996; BRITO et al., 1998, entre outros); o trabalho nas Unidades de Saúde da Família não deixa de ter na demanda espontânea também um “nó” muito importante para ser resolvido. De certa forma o serviço, ou as equipes, recebem a população adscrita de portas realmente abertas, e sabemos que num dado momento esgota-se o tempo físico de trabalho e estrangula o atendimento, preocupam-se as equipes, se neste momento não estão se tornando mais um “PA”. A dúvida é comum, como já dissemos até algumas equipes não trabalham a demanda eventual ao serviço, atendendo somente agendados, com o receio do modelo de assistência se manter. O que fica claro nos serviços de saúde da família que atendem de portas abertas é que quando voltamos o atendimento ao usuário para o cuidado, com um trabalho em equipe, multiprofissional, onde todos têm espaço de atuação, o vínculo nos traz segurança para as ações de saúde. A demanda eventual tratada com acolhimento traz para o usuário a satisfação pelo encaminhamento que se dá para a resolução de sua necessidade, e este atendimento eventual vira responsabilização tanto do serviço quanto de quem usa o serviço, melhora a confiança, o entendimento da doença. Portanto do ponto de vista gerencial, vamos organizando a demanda. Os discursos que seguem podem mostrar um pouco isto:

“Só que as meninas ali a gente já conhece elas são umas pessoa muito bom,...meus médico também, eles são umas pessoas muito bom,...a gente chega assim, não tá marcado, você chega lá e prontamente eles vem atendê a gente....disseram o que era pressão alta,...como eu tinha que lidá com ela, eles conversaram muito sobre esse tipo de coisa,... e a partir desse atendimento eu gostei mais do Núcleo,... eu fui bem atendida lá”. Dsc 20

“Parece que eles não têm preguiça, sei lá! Eu nunca cheguei lá prá ser atendida e: “hoje nós não pode te atendê por causa disso, daquilo”,...eu já ‘fali’, né? Não tem o que falar deles não, né? Porque é pra todo mundo, né? Porque um bom atendimento satisfaz a gente, né? Encontra a gente na rua, cumprimenta, né? Até o médico que a gente vai consultar, eles conhece, acho que guarda fisionomia da gente, né? Que é bom, né? Prá gente, né? A gente se sente bem! Demonstrem interesse e mesmo porque tratam de doença físico e mesmo porque tem um hábito familiar: “mas ele não tem prontuário”..., “uai mas faz, põe ele no meu endereço!”. Tem que agradecê de ter inventado essa idéia de Núcleo, porque ali é um grupo que nem eu te falei, eles me conhecem, eles vêm na minha casa, às vezes eles vêm conversar, eu acho isso muito bom, muito importante!” DSC35

Além disso, conforme nos afirma Feix (s/d.), se ocorrer a desmonopolização do saber médico dentro dos serviços de saúde, treinando o pessoal auxiliar para que se consiga decodificar e resolver os problemas que não necessitariam de um profissional médico para resolvê-lo, esta demanda ficaria ainda mais organizada e viria ao encontro da prática do acolhimento. A princípio concordamos com a idéia exposta por Feix, mas queríamos destacar uma discordância: onde o mesmo afirma “treinando o pessoal auxiliar”, queríamos dizer que nosso entendimento é que torna-se necessário envolver todos os trabalhadores da equipe de saúde; até para que o profissional médico saiba também decodificar os símbolos trazidos por seus usuários no momento também da consulta médica. Todos os integrantes da equipe constroem o aprendizado entre si, também.

A equipe conhece os usuários pelo nome: *“Eles chama pelo nome, pelo meu nome,...prá mim trata bem. Quando eu chego lá, todas as vezes eu sô bem atendida, eles recebe a gente bem,...”(DSC 20)*; começa então a aparecer a singularidade, a identidade, configurando um espaço de familiaridade que facilita a interação e a confiança. Reforça mais uma vez que, mesmo conhecendo, parece que ser tratado pelo nome dá outro *status*, é algo muito importante, pois o relacionamento não é mais impessoal, é de pessoa para pessoa:

“O atendimento acho que é bom, eles pecam em alguma coisa, sabe? Às vezes não chamam pelo nome, não cumprimentam.(...)É a gente tem amizade, né? Eu não saio de lá,...aí eu já tenho amizade com ela,...mas a hora que eu vou lá doente eu sô a paciente não a amiga, né?”. DSC36

Até perceber que o “não chamar pelo nome”, o “não cumprimentar” já não passa mais despercebido, já causa estranhamento; o que nos faz acreditar que as Tecnologias Leves estão sendo valorizadas também pelos usuários:

“...e eu acho legal isso aqui, o pessoal é sempre o mesmo que frequenta então eles já sabe o nome, né? Eu me sinto bem é uma forma carinhosa, por exemplo: eles me chamam pelo meu nome, fica brincando, explica coisa que eu não sabia, ah,...a gente se sente em casa,(...) ”;... ali nós somos conhecidos! (...) A gente é mais amiga do que paciente ali,...não é só doutor, é um amigo”. DSC35

Os usuários entendem o Núcleo como algo diferente dos outros serviços de saúde disponíveis no sistema público, não só de estar perto das casas das pessoas em visitas domiciliares, como mostra o discurso abaixo:

“Eles vêm na minha casa , às vezes eles vêm conversar,... eu acho isso muito bom, muito importante! É pros meus vizinhos,... eles faz isso até com meus vizinhos,...acho que tá todo mundo satisfeito com esse novo plano desse novo Núcleo, que fizeram na cidade, né? Eu acho que prá cidade foi muito bom! Nós tamo muito satisfeito, porque eles ficam acompanhando o dia das pessoas, dos moradores, né? (...).Por isso que eu falo que o Núcleo foi bom ter aparecido, então eles se preocupam, eles vêm na sua casa. Ah! Eu acho importante, né? Se é dá gente lá, é daqui,...eu acho muito legal isso dali (importância de ir na casa)”. DSC36

Mas também porque é um espaço onde pode se tratar de coisas que não a dor física, o que pode estar influenciando na saúde das pessoas, e que com este vínculo de confiança criado pode ser trazido como demanda ao serviço:

“Eu sô nervosa por causa de alguma coisa de família,...eu falo tudo,...com as meninas que trabalha lá fora eu pergunto, eu me sinto assim à vontade, eu fico à vontade prá perguntar. Coloco sobre família o que está acontecendo em casa, sabe? Nessa parte do relacionamento trata muito bem nós, lá,...(...). Porque eu conversei sobre a depressão,... mas também eles colaboram nessa parte, eles dão uns conselhos, colaboram, pergunta como a gente tá vivendo, se a gente tem problema em casa, como está sendo resolvido. Então várias vezes eu conversei com os médicos sobre isso!(...). Às vezes eu preciso de uma orientação..eu procuro o Núcleo..e uma vez pra ir lá prá conversá”. DSC 35

Alguns discursos até trazem a idéia de que, quando novos na área, este relacionamento de confiança ainda não foi criado, sendo mais difícil procurar o Núcleo por causas não biológicas; quem é novo na área ainda está em processo de reconhecer e de ser reconhecido.

Damatta (1985) refere que “..., para que se possa “ver” e “sentir” o espaço, torna-se necessário situar-se”, portanto o discurso que segue abaixo mostra bem este aspecto do não ser ainda conhecido na área:

*“Converso assim todos os problemas que às vezes tá doente assim, tá sentindo,... eu converso porque eles tão ali pra atender,...as...os problema que você leva lá,...é quando você tá com dor, né? E essa outra parte aí, não, eu tenho vergonha (de falar dos sentimentos: angústias e sofrimento)”.
DSC 37*

Esse discurso mostra a insegurança de não falar, porque “*eu tenho vergonha*”, que na verdade é o sentimento de insegurança causado por medo do ridículo e do julgamento dos outros (dicionário Houaiss); talvez não seja porque não reconhece que tratar destes assuntos não faça parte do campo da saúde, mas é porque tem vergonha de se expor por ser ainda estranho no local, ainda “não é daqui”, mas pode vir a sê-lo, conforme explica Santos e Vogel (1985, p. 90).

O “ser conhecido”, definitivamente, tem a ver com a satisfação dos usuários do serviço, porque assim a demanda por símbolos trazida aos serviços, já referida por Luz (2004), é mais fácil de ser decodificada, quando se trata de sujeitos criados pela intimidade, onde funcionários e usuários têm uma história própria e uma história em comum, a “troca” do acolhimento; sendo assim, se “trocados”, serão encaminhados para uma resolução, que não quer dizer que sempre será a solução anteriormente desejada, mas a melhor decisão compartilhada a ser tomada.

7.2.4 As sugestões: o que queremos

Pedro Demo define participação social como um processo de conquista e construção organizada da emancipação social. Segundo este autor, os sujeitos sociais, que são os cidadãos, *produzem e participam*, e a emancipação vem com esta capacidade de trabalhar, associada com a capacidade de se organizar politicamente; em se organizando

adequadamente, exerce pressão democrática, no sentido de obrigar o Estado a cumprir com as suas funções. Neste momento da pesquisa, solicitamos aos usuários entrevistados que dessem sugestões no que eles achavam que pudesse melhorar o serviço prestado no Núcleo. A nossa tentativa aqui seria que, ao final da entrevista, após pensar no atendimento do serviço avaliado, essas pessoas pudessem dar uma opinião “de peso” para melhorias das práticas de saúde daquele local.

O primeiro discurso que apresentaremos nos demonstra que parece não ser da alçada do usuário dar esta opinião. Talvez os espaços de participação ainda estão nascendo como conquistas e os usuários não têm experiência em viver estes espaços e portanto não sabem usá-los; ou ainda podem também nos dar a idéia de que : como estão satisfeitos por outras coisas, então não podem reclamar de nada:

“É difícil te responde porque a gente só vai lá pra ser consultado, pra ser tratado, agora se existe problemas que precisam de melhorar, eu desse problema não tenho parte, eu não sei como te responde isso. De lembrança assim que eu tenho não,... o que eu vou fala? Não tem o que fala sobre isso aí,...é eu acho que a gente tá satisfeito porque já foi um progresso a mais no bairro,...eu acho que é bem-sucedido pra nós aqui, porque lá tem até brinquedo pra criança brincar. Pra mim tá ótimo.Ta ótimo”! DSC 56

Seguindo nas outras idéias expressas nos próximos DSCs, a segunda sugestão despontada é ter o atendimento do Núcleo durante 24 horas do dia. Seria oportuno lembrar aqui que talvez nesse momento o que realmente estes usuários sugerem é que o “bom atendimento” que eles têm neste serviço deveria na verdade estar presente em todos os outros locais de assistência à saúde. Devemos refletir então que a qualidade da atenção é o que realmente importa para eles e, sem dúvida, com a responsabilização dos trabalhadores da equipe com a saúde deles. Na prática não podemos ter as mesmas pessoas trabalhando 24 horas do dia, mas podemos ter outras pessoas trabalhando com o mesmo objetivo, satisfazer necessidades dos usuários. Vejamos o discurso:

“Igual o Cuiabá, 24 horas. Trazer mais esse atendimento práς horas que num tem, igual no sábado e no domingo, ao invés da gente ir lá embaixo, é...trazer...pôr um...igual um pronto-socorro aí, com mais atendimento. Acho que seria adequado, né? Igual eu falei, colocar uma sala de medicação e o núcleo ser atendido 24 horas”. DSC 57

A política do Humaniza SUS do Ministério da Saúde tem na verdade diretrizes para este fim: acolhimento com classificação de risco 24 horas nos serviços públicos de saúde. (BRASIL. MS., 2004).

Também nesse discurso podemos observar a questão do acesso geográfico; o Núcleo é perto das residências destes usuários, o que facilitaria ter este serviço aberto para qualquer eventualidade durante todo o tempo. Essa sugestão precisa ser problematizada junto aos moradores, visto que é a sugestão do mais imediato, e não sabemos se do possível e mesmo do racional. A população precisa ser co-partícipe das decisões, e nós, trabalhadores, precisamos estar comprometidos com o envolvimento dos moradores ao se decidir abrir ou fechar um serviço, pois dessa forma haverá mais probabilidade desses irem se apropriando do orçamento, de decidir com base em prioridades, e em outros aspectos que definem a complexidade da gestão da organização dos serviços de saúde.

Outra sugestão dos nossos usuários seria interferir na questão do tempo: tempo de espera para exames, para atendimento, para resolução das demandas. A demora, como já vimos anteriormente, é motivo de grande irritabilidade e insatisfação por parte de quem usa os serviços do Núcleo. Achamos que como o atendimento oferecido é de boas relações, isto até é relevante, pois ao final do processo os usuários se satisfazem pela resolubilidade. O “tempo” deve ser uma preocupação por parte da equipe, no que diz respeito ao atendimento de toda equipe como um todo, pois está muito longe de se ter qualidade neste quesito.

Devemos lembrar aqui que o serviço avaliado é um campo de práticas de ensino e pesquisa. Sabemos então que a presença do aluno às vezes traz uma demora muito maior na assistência, pois envolve discussão de caso para posterior conduta. Mas, devemos lembrar

porém que no Núcleo também temos médicos residentes em medicina de família, e isto faz com que o serviço tenha um número de atendimentos médicos em torno de 500 atendimentos/mês, que é a média de atendimentos de um médico de uma equipe mínima; podemos demonstrar isto analisando os números do SIAB, no que diz respeito aos dados da ficha “D”¹³.

O usuário no entanto pede justamente mais médicos:

“Ah, eu ia falar direto prá ele que precisa de mais médico ali, né? Assistir o número de famílias. Porque tem pouco. Se eles mandasse mais, melhorava mais, né? Melhorava a nossa situação, aí não ia ficar demora de ninguém, fica esperando estressado! Acho que precisaria ter mais médico!” DSC 59

O que devemos refletir aqui é se na verdade o atendimento das equipes ainda não estaria centrada na figura do médico. Devemos voltar novamente a questão do treinamento das equipes para o acolhimento, para ter segurança em tomar condutas, baseadas em evidências e treinamento técnico, sem necessitar de invasões de espaço no campo de atuação de nenhum profissional, mas cada um com a sua importância dentro do trabalho da equipe.

Outro ponto a ser aprofundado neste discurso é quanto ao número de famílias assistidas pelas equipes. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, estávamos como delegada, e a delegação da Amazônia levantava a bandeira de não ser viável naquele território seguir as diretrizes impostas pelo Ministério da Saúde quanto ao número de famílias acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde, pois o tempo que às vezes se gastava de embarcação até a comunidade mais próxima era de dias... Não só isto, no Núcleo não temos populações rurais, lugares longínquos ou de difícil acesso, pelo contrário, mas a ACS que atuava na área somente de favela tinha 182 famílias cadastradas, e saía todos os dias com a programação para as visitas organizada de tal forma a atingir a meta de visitar 100% das casas. Não era raro voltar com apenas uma visita feita, pois as demandas daquele território fugiam a qualquer

¹³Instrumento de registro do Sistema de informação da Atenção Básica para utilização das equipes de saúde da família registrarem as atividades, procedimentos e notificações.

expectativa de atingir as tais metas, isto gerava angústia para o agente, que às vezes dividia com a equipe, que por sinal também se angustiava por não poder dar conta de resolver determinadas questões. Entendemos que os extremos são perigosos, pois fica a preocupação de cumprir a meta numérica em prejuízo da complexidade da situação dessas pessoas e assim contribuir no sentido da manutenção do modelo assistencial. Por outro lado, consideramos que ainda precisamos promover mais articulações entre os diversos equipamentos sociais envolvidos com a atenção das pessoas, para que passem a ter uma resolubilidade maior em relação aos possíveis encaminhamentos das demandas e ainda otimizar ações e recursos, no sentido de ir promovendo a emancipação das famílias.

Outro profissional já inserido nas Equipes de Saúde da Família é o dentista e ele é lembrado pelos nossos entrevistados como uma peça fundamental para a saúde de nossos usuários, mas muito longe de chegar à qualidade do atendimento desejada por eles:

“Lá no núcleo tem dentista e é como se não tivesse, né? Prá falar a verdade, prá tratá de um dente tem que ir pro Cuiabá,...ali ela olha e manda pro Cuiabá! Ah, isso complica né? Complica! Se tivesse um lugar, um posto de odontologia aqui, não seria mais fácil? Era só negócio de dente, era só prum socorro assim, porque aqui não tem, tem que ir lá em baixo e demora!”
DSC 61

A saúde bucal é um ponto muito importante a ser melhorado no atendimento do núcleo estudado nesta pesquisa, mas devemos lembrar que também nas equipes de saúde da família, de forma geral, o dentista ainda está construindo o seu espaço e o seu campo de atuação. Claramente percebemos que este é um ponto muito importante a ser estudado e aprofundado. Consideramos um avanço essa sugestão, até mesmo porque a saúde bucal já começa a ser reconhecida como necessidade pela população, coisa que até bem pouco tempo não era citada no rol das reivindicações.

A estrutura física da Unidade estudada foi outro ponto levantado pelos usuários como um local que necessitaria de melhorias, e foi trazido de forma a mostrar necessidades de novos espaços: consultório do dentista, farmácia; e também de necessidade de manutenção do

espaço já existente; vê-se nitidamente no discurso a seguir a insatisfação quanto ao espaço físico:

“Tem que melhora parte da saúde,... medicamento, eu ia pedi remédio prá não ir no Cuiabá. Devia ter uma farmácia, dentista, um consultório de dentista,...aí acho que melhoraria bem. Eu ia querer que melhorasse tudo, mais uma sala de estar, um prédio mais agradável. Eu gostaria uma manutenção melhor, uma aparência melhor, diz que molha tudo lá dentro, né? Arrumá a estrutura, uma organizaçãozinha ali na frente, colocar mais ventilador aonde a gente fica ali esperando, arrumá aquele bebedouro que tá derramando água,... é o começo, né? Prá eles pode vê o resto, porque a pintura já tá precisando lá no Núcleo, e ar condicionado prá coitada das menina. Acho que precisa de muita coisa ainda prá melhorá ali, fazer diferente, né? A planta era uma casa, né?...que eles desocupô prá fazer o núcleo, tinha que dá uma melhorada, né?” DSC 58

Mas também vemos, no próximo discurso, que tem como idéia central a questão do “bom atendimento”, a percepção de que havendo isto é o bastante:

“Porque isso já é querer demais, né? Não é pega tudo na boca! O que basta já é o bom atendimento quando precisa, né? Ser mais carinhosa com as pessoas que chega ali”. DSC 60

O medicamento também é um fator a ser melhorado na opinião de nossos usuários. Ter o acesso ao serviço, com maior decodificação da simbologia trazida pelos usuários, com um melhor acolhimento, e a resolução final de tudo, que pode estar na aquisição do medicamento, a idéia que nos passa em mente é “nadamos e morremos na praia”. Nossos usuários ainda estão insatisfeitos e com acesso negado, pois: “hoje não tem” ou “tem que descê lá no Cuiabá”. Lendo todo o discurso:

“Deveria ter aqui! Devia ter remédio aqui no Núcleo, né? É difícil,...que não tem parece que farmácia, né? Não tem medicação, aliás eles não fazem medicação. Ah,...que se tivesse aqui era melhor, que se tivesse aqui era bom. Eles passam remédio mas a gente tem que desce lá no Cuiabá! Quando tem ali no Cuiabá a gente pega quando não tem a gente compra, né? Tem um remédio que um mês tem outro não tem,...aí ele fala: “hoje não tem”, mas aí a gente não pode esperá,... “e volta amanhã”,...aí é assim!” DSC 26

Segundo Halal et al. (1994), a satisfação dos usuários estaria relacionada em conseguir o medicamento prescrito e que fosse conseguido no próprio serviço em que foi realizado o atendimento. Ao mesmo tempo Johnston (1998) afirma que a insatisfação dos usuários estava

mais relacionada com o quesito “medicamento na unidade”, porque os usuários não teriam esta facilidade; o que não quer dizer que ter o medicamento na Unidade fosse ter melhor qualidade, estaria apenas querendo dizer satisfação ou insatisfação. Neste aspecto não concordamos com esta questão trazida, pois acreditamos que ter acesso ao medicamento e tê-lo na unidade seria a melhor e mais fácil forma de adquirir o medicamento, portanto o melhor para o usuário: serviço de melhor qualidade. Cabe aqui ponderar o que, no momento, é prioritário, no entanto, consideramos que essa reivindicação fosse registrada e posteriormente trabalhada no próximo plano de trabalho deste Núcleo e assim a decisão de ter ou não a distribuição de medicamentos na estrutura própria do Núcleo fosse compartilhada com os usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos este estudo, muitas dúvidas rondavam nossos pensamentos, algo como estar importunadas com várias questões referentes ao nosso trabalho. Uma compulsão doentia em querer saber se o que acreditamos ser uma estratégia de possíveis resultados teria potência para tudo isto, para o SUS que queremos.

Não achamos com isto que a Estratégia está instituída, será sempre da mesma forma, em estado de inércia, até porque a história não nos mostra isto, e também MORIN (2004) nos encoraja quando nos oferta a afirmação:

Uma estratégia traz em si a consciência da incerteza que vai enfrentar e, por isso mesmo, encerra uma aposta. A aposta é a integração da incerteza à fé ou à esperança. A aposta não está limitada aos jogos de azar ou aos empreendimentos perigosos. Ela diz respeito aos envolvimento de nossas vidas (p. 62)

O paradigma do momento, “a verdade” de agora é tentar fazer saúde resgatando o cuidado, resgatando o que o ser humano de forma geral acabou perdendo pelo caminho: sermos humanos. Por isso falamos tanto no SUS em humanizar, uma pessoa humana é aquela capaz de mostrar compreensão com outras pessoas, mostrar preocupação no sentido de que o outro é um sujeito que tem história e que tem direitos, que precisa ser reconhecido no seu saber e na sua capacidade de decisão.

Nós que trabalhamos com Saúde da Família, **conhecendo** e, principalmente **confiando** no Projeto, sabemos que o modo de se fazer saúde, de produzi-la, é extremamente dinâmico; sabemos que não há um fazer igual, até porque o trabalho em saúde é “*trabalho vivo em ato*”. Somente o produzimos no momento do contato, no momento da troca,...e se não houver esta

troca não estaremos trabalhando com o tão desejado princípio da integralidade, com o processo saúde/doença em mente.

Portanto quando iniciamos a organização do nosso pensamento, para termos uma diretriz lógica com posterior amadurecimento das idéias, o ponto primeiro que nos tocou para avaliarmos em nossa pesquisa foram os relacionamentos, e estes gerando satisfação ou não.

Como era um estudo avaliativo, e estávamos em busca da satisfação/ insatisfação, nos surgiu o outro ponto: avaliar a qualidade, a partir somente das Tecnologias Leves, poderia nos trazer um viés, pois satisfação é uma importante medida da qualidade do serviço de saúde, mas não a única. Para isto buscamos avaliar o serviço em sua estrutura, no processo de trabalho e no resultado Satisfação.

E como avaliar significa emitir um juízo de valor com o intuito de se tomarem decisões, para buscar mudanças nas ações, redefinindo objetivos, e até destinando melhor os recursos; o nosso estudo esteve voltado mais para a avaliação na perspectiva da gestão.

Terminamos a nossa investigação com a evidência de que os nossos usuários dão sim muita importância para o modo do “trato” nos espaços de trabalho em saúde, como mostram outras produções citadas nesta pesquisa. Os usuários já demonstram estranhamento quando deixam de ser cumprimentados, deixam de ser chamados pelo nome, e ao mesmo tempo destacam formas de serem atendidos, nos diversos momentos do processo de trabalho, valorizando atos que os reconhecem como seres humanos tanto quanto os trabalhadores que os atendem e ainda quando esses trabalhadores produzem, no processo de atendimento, o compromisso com a atenção daqueles que demandam o serviço do Núcleo. Nesse sentido reforçamos que nos sentimos autorizadas a afirmar que as Tecnologias Leves são geradoras de satisfação.

Este Núcleo de Saúde em estudo, em nossa investigação, consegue mostrar esta diferença, por outro lado os resultados nos levam a refletirmos então se não estaríamos agora

no momento de investir também em outras tecnologias? Sem querermos ser imediatistas, os achados nos apontam que essa questão é ponto pacífico, pois se continuarmos com a assistência comprometendo o acesso às outras tecnologias: leve-duras e duras, os nossos usuários irão se mostrar insatisfeitos, e os serviços cada vez mais impotentes achando que realmente estão recebendo um cuidado de pobre para pobre, comprometendo os atributos da APS e por conseguinte a consolidação do SUS. Com isso, não estamos deixando de defender que se invista também em instrumentos que desenvolvam e possibilitem a equipe se apropriar cada vez mais das Tecnologias Leves.

Em nossa pesquisa, os usuários demonstraram que o serviço é extremamente carente em Saúde Bucal. Apesar de até existir uma diretriz nacional acerca da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, neste local de estudo ainda se faz necessário estabelecer melhor essa diretriz e dar a visibilidade a estas ações. Esta limitação, também a vemos de diferentes ângulos, pois ao mesmo tempo em que os usuários se queixam da insuficiência do serviço em saúde bucal, a boca passa a ser incorporada e reconhecida como um aspecto da saúde do homem e assim vislumbramos nos aproximar da integralidade da atenção.

Uma outra sugestão dos usuários foi a questão dos medicamentos, o acesso a estes realmente é um problema em nossa sociedade, observamos claramente a exclusão social no momento da aquisição do tratamento medicamentoso. Devemos, no entanto, ser cautelosos, entendendo que este acesso é uma necessidade, mas sem uma política pública clara, no que diz respeito à Assistência Farmacêutica nos municípios, esta questão sai da exclusão e entra na total medicalização, principalmente se o projeto do Saúde da Família não está claro para os trabalhadores da saúde.

A grande motivação deste estudo foi conhecer aspectos que permitam a melhora no atendimento aos nossos usuários, e estando eles satisfeitos, mas também sendo atendidos com

qualidade técnica e com resolubilidade de suas necessidades, nós, trabalhadores, que estamos implicados na saúde deles, estaremos também em um processo de trabalho prazeroso.

Nesta investigação foi se tornando evidente que o serviço de saúde precisa dispor de recursos tecnológicos para resolver problemas de ordem biológica, por outro lado, estes serão insuficientes para a qualidade, se também não houver a preocupação de estabelecer uma forma de relação diferenciada do trabalhador de saúde para com o usuário, relação acolhedora, com aspectos ligados ao vínculo, compromisso, responsabilização pela saúde e autonomia destes usuários. Temos, portanto, um caminho a percorrer, e que este já foi iniciado por muitos, mas que sem dúvida ainda precisamos de muito investimento, sendo inclusive no sentido de incorporar a prática de avaliação do cotidiano visando a instituir mudanças na perspectiva dos princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. **Crise econômica, crise do “Welfare State” e reforma sanitária.** In: Silvia Gerschman e Maria Lucia Werneck (Orgs.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

AQUINO, R. et al. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família.** Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para a Saúde da Família, 2001. 183 p.

ARRETCHE, M.T.S. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas.** In: Barreira, M.C.R.N.; Carvalho, M.C.B.. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.* São Paulo, IEE/PUC – SP, 2001.

BAZ, M.; BARRIGA, A.D.. **Concepción operativa de grupo e investigación.** Su ubicación em el contexto de las ciencias sociales. In: Baz, M. et al. (Orgs.) *Lo grupal* 9. Buenos Aires, Ediciones Busqueda da AYLLU S.R.L., 1991. 115-143.

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOLTANSKI, L.. **Puericultura y Moral de Classe.** Editorial Laia/ Barcelona, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 353 / GM de 9 de março de 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-353.htm>. Acesso em: 05 de julho 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde:** Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Humaniza SUS:** acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004a.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

BRITO, F. F.; MARCELLINO, I. V.; FORSTER, A. C.; SIMÕES, B. J. G. Pronto-atendimento de adultos em serviço de saúde universitário: um estudo de avaliação. **Rev. Administração Pública**, v.32, p. 47-64, mar. 1998.

CAMARGO JR., K. R. As muitas vozes da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A.(Orgs.). **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2001.

CANDEIAS, J. A. N. Assistência e atenção. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p.215-216, agosto 1992.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R.. **A avaliação na área da saúde**: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A.. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132 p.

DALMASO, A. S. W.; SENNA, D. M. Desenvolvimento de alternativas para recepção da demanda espontânea em Unidade Básica de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 49-50, p. 83-87, dez/95-mar/96.

DAMATTA, R.. **A casa e a rua**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DEMO, P. **Participação e conquista**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

DEMO, P.. **Mundo da qualidade**. In: Demo, P.. Pobreza política. São Paulo: Cortez, 1988.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ci. Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Q.**, v. 44, p.166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Méd.**, v. 114, p.1115-1118, Nov. 1990.

FEIX, R. **Atenção Primária à saúde: conceituação e evolução histórica**. /mimeografado/ 13p. s/d.

FORTUNA, C. M. **O Trabalho de equipe numa Unidade Básica de Saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – Em busca do devir e de singularidades. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999..

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. M. **Integralidade na assistência à saúde**: a organização das linhas do cuidado. In: Mehry, E.E.. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade da assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 18, n. 2, p.131-136, 1994.

HARTZ, Z. M. A. **Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde.** In: Hartz, Z.M.A.. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132 p.

HOUAISS. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa.** Versão 1.0 – dez. 2001. Instituto Antonio Houaiss, Editora Objetiva Ltda.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População residente total e taxas anuais de crescimento populacionais municípios do Estado de São Paulo 1991-2005. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/PDF/tabpop.pdf>

JOHNSTON, D. M.. Avaliação empírica da satisfação dos pacientes de serviços de saúde: a experiência da divisão de saúde comunitária. **Mom. & Perspec. Saúde**, v. 11, n.1, , p. 46-52, jan./jun. 1998.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo:** uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M.T.. **Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje.** In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A.(Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro:Hucitec:Abrasco, 2004. 320 p.

MAGNANI, J. G. C. **Festa no pedaço:** cultura popular e lazer na cidade. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.198 p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**, v. 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania)

MALTA, D. et al.. **Acolhimento:** uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Reis, A.T. et al.(Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.121-159.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A.(Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MENDES, E.V. **A avaliação da atenção primária à saúde no SUS.** In: Mendes, E.V.. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. Cap. 5, p. 45-51.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde** – uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis, A.T. et al.(Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MISHIMA, Silvana Martins; PEREIRA, Maria José Bistafa; MATUMOTO, Silvia; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves Do ; FORTUNA, Cinira Magali ; TEIXEIRA, Rafaela Azenha . **O Desafio do Cuidar em Saúde Coletiva**. In: IV Fórum Mineiro de Enfermagem - Diversificando o Cuidar, 2004, Uberlândia. Fórum Mineiro de Enfermagem, 2004. v. 4. p. 22-34.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128 p.

NASCIMENTO, M. A. A.; MISHIMA, Silvana Martins. **Enfermagem e o cuidar - construindo uma prática de relações..** Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 46, n. 2, p. 12-15, 2004.

NUNES, L. G. N. **Qualidade nos serviços de saúde: amplitude e perspectivas**. **Brasília Médica**, v. 36, n. ½, p. 21-25, 1999.

OLIVEIRA, F. J. A. **A contribuição da antropologia nos estudos de satisfação e a avaliação dos serviços de saúde no nível de atenção primária à saúde: vale a pena ouvir o que os usuários têm a nos dizer?** **Mem. & Perspec. Saúde**, v. 11, n. 1, p.18-32, jan./jun. 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma Ata 1978 – Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. OMS/UNICEF. Brasil, 1979.

PAIM, J. S. **A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários**. In: Mendes, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994. p. 187-220.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PESSINI, L. O cuidado em saúde. **O Mundo da Saúde**, ano 24, v. 24, n. 4, p.235-236, jul./ago. 2000.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde**: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

RAGGIO, A.; GIACOMINI, C. H. A permanente construção de um modelo de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.16, p. 9-16, dez. 1996.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **SUS é legal** legislação federal e estadual. Rio Grande do Sul, 2000.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 3, p. 357-372, 1996.

SANTOS, C. N. F.; VOGEL, A. **Quando a rua vira casa**. 3ª ed. São Paulo: Projeto, 1985. 156 p.

SANTOS, S. R.; LACERDA, M. do C.N. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 52, n. 1, p.43-53, jan./mar. 1999.

SILVA JR., A. G. S. Lógicas de programar ações de saúde. In: Barboza, P.R. (Coord.) **Curso de especialização autogestão em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 81-107.

SILVA JR., A. G. S.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

SILVA JR., A. G. S.; MEHRY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

SOUZA, E. M.; PEREIRA, M.G. A satisfação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde. **Brasília Médica**, v. 36, n. ½, p. 33-36, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004. 726 p.

STENZEL, A. C. B.; MISOCZKY, M. C. A.; OLIVEIRA, A. I. Satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde. In: Misoczky, M.C.; Bordin, R. (Orgs.). **Gestão Local em Saúde**: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. v.1, p. 87-102.

STROZZI, J. B. **SUS Pense**: uma reflexão epidemiológica sobre o SUS e outras aplicações acadêmicas. Londrina, CEBES, 1997.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo, EDUSP, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1990.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VAISTMAN, J. et al. Metodologia de elaboração do índice de percepções organizacionais. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 6, p. 1-18, 2003.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. Cap.6, p. 64-65.

VOLICH, R.M.. O cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. **O Mundo da Saúde**, ano 24, v. 24, n. 4, p.237-245, julho/ago. 2000.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 01, p. 17-25, fev. 1991.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Rev. Admin. Pública**, v. 32, n. 5, p.124-147, 1998.

APÊNDICES/ANEXO

APÊNDICE A

PRIMEIRA ENTREVISTA – CARACTERÍSTICAS DA MICROÁREA

1 – Identificação:

Endereço: _____

Microárea: 1 () ; 2 () ; 3 () ; 4 () ; 5 () .

Tempo de residência na área: _____ anos; _____ meses; _____ dias.

Sexo: FEM. () MASC. ()

Idade: _____

Ocupação: _____

Escolaridade: () analfabeto; () 1º grau incompleto; () 1º grau completo;

() 2º grau incompleto; () 2º grau completo; () superior incompleto; () superior completo

Você utiliza os serviços públicos de saúde do município: Sim () ; Não ()

Se sim, qual(is)? _____

Se não, por que? _____

Desde que o NSF abriu você já utilizou os seus serviços quantas vezes ?

Nunca () ; 1 vez () ; 2 vezes () ; 3 ou + vezes ()

*** Por que? _____

O que o Sr(a). acha que qualquer serviço de saúde (o núcleo, o público, o particular e de convênio) tem que oferecer para a população? _____

O que o leva a procurar o NSF? _____

O que **não** o leva a procurar o NSF? _____

Quais sugestões o Sr(a). aponta para melhorar o serviço no NSF? _____

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA QUALITATIVA

1- O que é saúde para você?

Foco - tentar identificar nos entrevistados qual concepção de saúde eles têm. Como definem saúde.

2- O que você espera encontrar em um serviço de saúde?

Foco – tentar identificar o que o usuário vai procurar no serviço? Qual a sua expectativa com o serviço? Se você vai ao supermercado, você encontra alimentos, se você vai ao serviço de saúde, o que espera encontrar?

3 - Poderia me falar como tem sido o seu atendimento no NSF?

Foco - procurar identificar se o usuário sente que os profissionais se importam com o problema dele. Que tipo de ação que o usuário identifica que os profissionais realizam que pode ser tomado como um indicador que está havendo solidariedade, responsabilidade. Fale como tem sido conduzido os problemas que você tem apresentado/exposto lá no Núcleo? Já precisou de algum exame? Como foi para ser realizado este exame? Que tipo de exame? Quem agendou? Demorou? Quanto tempo? Medicação? Como está a resolução dos problemas de saúde que você apresenta aqui no Núcleo?

4 - Poderia me falar como tem sido o seu atendimento no NSF quando o senhor vem fora do dia da consulta agendada?

Foco – Ver como se processa o atendimento no núcleo: tempo de espera, se resolve, sai com mais dificuldades?

5 - Poderia me falar como tem sido seu atendimento quando procura o NSF no dia que o senhor tem um problema e não tem consulta agendada?

Foco – ver como se processa o atendimento do núcleo quando ocorre a demanda eventual: tempo de espera, se resolve, como resolve, sai com mais dificuldades?

6 - Poderia me falar a respeito do tempo de espera para marcar consulta ou realizar exames?

Foco - O que é muito tempo para você? O que seria bom para você poder esperar?

A partir de quanto tempo você acha que é ruim, que extrapola, que é irritante? Desrespeitoso?

7 - Você tem algum comentário a fazer sobre o tempo de espera para ser atendido, e o resultado do seu atendimento? Demora, resolve, como você se sentiu? Não demora, não resolve. Demora e não resolve? Não demora e resolve? Por quais experiências o senhor já passou lá no NSF.

8 - Poderia nos falar sobre o horário de funcionamento do Núcleo da Saúde da Família. Tem alguma sugestão?

9 – E quanto ao local de acesso onde o núcleo está instalado? (local geográfico para o acesso). Tem alguma sugestão?

10 - Como você considera as instalações do NSF ? (todo tipo de instalação) Planta física e móveis

11 - O que o Sr(a). acha que tem no atendimento do NSF, que não tem nos outros lugares?

Foco – tentar identificar se o usuário percebe qualquer diferença.

12 - O que o Sr(a). acha que precisará ter no NSF para melhorar o seu atendimento?

Foco – quais são as suas sugestões, se você tivesse que melhorar o serviço do núcleo.

APÊNDICE C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa *As Tecnologias Leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família – Elemento analisador da qualidade do cuidado prestado?* O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar fatores/aspectos relacionados à satisfação/insatisfação dos usuários, ao ser atendido na Unidade de Saúde da Família, e mesmo daqueles que não procuram este serviço; e também, tentar construir indicadores de avaliação de resultado, ou melhor, termos algo que nos indique e que nos possam auxiliar a melhorar, e também avaliar, a assistência prestada da equipe que atende estes sujeitos, a partir da percepção dos mesmos.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação respondendo a algumas perguntas dirigidas aos usuários e não-usuários deste serviço.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste estudo. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Ainda, a qualquer momento da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento. Caso necessite pode se comunicar no telefone: (16) 3623-6136 e chamar por Sonia Mara Neves Ferri.

Agradecendo a sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa.

Atenciosamente,

Dr^a Maria José Bistafa Pereira

Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo – Orientadora

Sônia Mara Neves Ferri

Aluna de mestrado em Enfermagem em Saúde
Pública do Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Eu, _____, aceito participar da pesquisa *As Tecnologias Leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família – Elemento analisador da qualidade do cuidado prestado?* Em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que o questionário terá seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2005.

Assinatura

ANEXO A

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA

PAG: 1
VERSÃO: 4.3
DATA: 26/10/2005

RELACAO DE FAMILIAS POR MICROAREA 2005 DO MODELO PSF

MUNICIPIO: RIBEIRAO PRETO
SEGMENTO : 02 - UBS SUMARÉZINHO - (ZONA URBANA)
EQUIPE : 004 - EQUIPE NUCLEO 004

MICROAREA: 01 - RESPONSÁVEL : CALISA PEREIRA COLETO PENA

FAMILIAS :	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028	029	030
	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042	043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056	057	058	059	060
	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070	071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084	085	086	087	088	089	090
	091	092	093	094	095	096	097	098	099	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
Total: 179	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184

MICROAREA: 02 - RESPONSÁVEL : MARILENE GODOV M. DA SILVA

FAMILIAS :	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028	029	030
	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042	043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056	057	058	059	060
	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070	071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084	085	086	087	088	089	090
	091	092	093	094	095	096	097	098	099	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
Total: 181	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184

MICROAREA: 03 - RESPONSÁVEL : CRISTINA PEDROSO R. TEIXEIRA

FAMILIAS :	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028	029	030
	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042	043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056	057	058	059	060
	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070	071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084	085	086	087	088	089	090
	091	092	093	094	095	096	097	098	099	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
Total: 155	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184

MICROAREA: 04 - RESPONSÁVEL : KARINA BUENO DE GODOV

FAMILIAS :	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028	029	030
	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042	043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056	057	058	059	060
	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070	071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084	085	086	087	088	089	090
	091	092	093	094	095	096	097	098	099	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
Total: 166	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184

MICROAREA: 05 - RESPONSÁVEL : ALEXANDER DE OLIVEIRA SOUZA

FAMILIAS :	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028	029	030
	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042	043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056	057	058	059	060
	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070	071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084	085	086	087	088	089	090
	091	092	093	094	095	096	097	098	099	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
Total: 160	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184

Total da Area: 841