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

Patricia Abrahão Curvo

Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção

**RIBEIRÃO PRETO
2010**

PATRICIA ABRAHÃO CURVO

Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Abrahão-Curvo, Patricia

Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção. Ribeirão Preto, 2010.

153p. : il. ; 30cm

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. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde
3. Satisfação do usuário. 4. Serviços básicos de saúde.

Abrahão-Curvo, Patricia

Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

*A Deus, pelas oportunidades e portas que
se abrem durante meu caminhar no
momento exato de minha vida...*

*Aos meus pais, Marco e Helenice, razão de
ser maior de tudo que hoje eu faço...*

Dedicatórias

Dedico este trabalho à minha filha **Maria Vitória:**

...tão sonhada e desejada filha que o Senhor permitiu-me conhecer no melhor momento de minha vida... Filha, obrigada por cada sinal que me fez acreditar que para Deus nada é impossível, que sou capaz de tudo naquele que me fortalece. Você me fez entender que a espera foi devido à grande obra que o Senhor queria fazer em nossas vidas. Não foi uma obra qualquer, mas uma obra-prima!

À minha orientadora e amiga **Zezé Bistafa**, que me acolheu como orientanda e me conduziu com carinho e confiança tornando essa jornada agradável e consistente. É preciso deixar registrado Zezé o quanto você foi (e é) significativa em minha vida, então como não sou poeta, acho que posso começar tentando fazer uma das primeiras grandes coisas que você me ensinou nesses seis anos de trabalho conjunto, CONSTRUIR-SE NAS RELAÇÕES. Assim vou tentar caracterizá-la utilizando como metodologia, outra ferramenta que você me apresentou: TEMPESTADE DE IDEIAS...

Amiga, Conselheira,	Grandeza, Sabedoria	Dimensão,
Competente, Consistente	Pluralidade, Singularidade	Profundidade
Honesta, Ética	Diversidade, Unicidade	Atitude, Voz

Disponível, sempre, o tempo todo, a qualquer momento e a qualquer um que necessitar! Como pode alguém ser assim?

O que eu quero dizer com tudo isso?

Zezé me ajudou a construir minha vida profissional e muito contribuiu também com minha vida pessoal, passo a passo, tijolo por tijolo, atribuindo sentido e significado a todas as coisas que vivenciamos. Sempre viabilizando propostas, fazendo enfrentamentos, sim, quando estes se fazem necessários em determinados momentos de nossa vida para emplacar mudanças.

Agora percorro alguns caminhos que podem me levar a algum lugar...

Muito obrigada Doutora **Maria José Bistafa Pereira** por ser a minha grande mentora e responsável pela imensa ampliação do meu olhar sobre a ciência da Saúde Coletiva!

Agradecimentos

À meu esposo, Alexandre, pela compreensão, paciência e apoio que permitiu dar continuidade a todos os meus projetos de vida. Lindo, obrigada por todos os dias em que se preocupou levantar mais cedo e preparar o meu café da manhã, possibilitando-me descansar um pouco mais. Obrigada por não descurar de minhas plantinhas que a rotina tantas vezes me fez esquecer. Obrigada por todas as tarefas que dividiu comigo, sempre pensando em me poupar. Enfim, obrigada por cuidar de nós!

À minha querida orientadora, Zézé pelas frequentes e profícuas reuniões que tanto enriqueceram a nós e a este trabalho.

À Professora Maria Cecília Puntel de Almeida (*in memoriam*), pela valiosa contribuição no início deste percurso e com quem pude aprender, em tão pouco tempo, valiosas lições de vida.

À minha querida família (Mamy, Papi, Mima, Udhi, Gui, Nô, Fã, Gabi, Lindo, Júlio, Ester, Dani, Julinho, vó Dercy, vó Zé) pelas tantas vezes que estive ausente me debruçando na conclusão deste trabalho.

Àos verdadeiros amigos que compartilharam comigo seus conhecimentos e experiência e pela compreensão de minhas necessidades neste momento tão complexo de minha vida, onde tantas coisas aconteceram ao mesmo tempo. Obrigada pelo apoio daqueles que souberam colaborar, pelas demonstrações de carinho e bem querer que foram também incentivo e estímulo nesta trajetória.

Aos funcionários do DEMLSP, Augusto, Rosana, Olânia, Luiz, Shirley pelo apoio e disponibilidade em auxiliar sempre que precisei, em especial Andréia que com muita dedicação e capricho, cuidou das formatações finais.

A Cristiane, assistente de pesquisa do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO) pelo carinho, atenção e disponibilidade, sempre muito cuidadosa e competente em suas contribuições.

As professoras Silvana M. Mishima e Maria do Carmo C. Bava pela contribuição substancial oferecida na qualificação que nos permitiu aprender e aprimorar ainda mais as produções deste estudo

Enfim, a todos aqueles que, de alguma forma, estiveram envolvidos na conclusão da minha pós-graduação e elaboração deste trabalho e que acreditam que um futuro melhor para a profissão é possível e não se acomodam ante os obstáculos. Que juntos possamos buscar a transformação das práticas em saúde no SUS e o fortalecimento da Atenção Básica em defesa da vida e dignidade dos homens.

RESUMO

ABRAHAO-CURVO, P. **Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção.** 2010. 153f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Esta investigação de caráter avaliativo da Atenção Básica à Saúde - ABS pretende produzir subsídios para decisões que fortaleçam a ABS, pautados na integralidade da atenção. Pesquisas de avaliação permitem verificar o modo como os direitos individuais e de cidadania são observados no acesso e utilização do sistema de saúde, considerando a assertiva das percepções dos usuários em relação às suas expectativas, valores e desejos. Na literatura, identificamos que a avaliação para decisão deve considerar metodologias de apreensão da realidade que possam ressignificar as práticas, envolvendo a participação de todos os atores responsáveis pela produção da saúde e impactando na qualidade dos serviços. Indagamos: sob o ponto de vista do usuário, o processo de implantação da ABS tem favorecido a produção de ações na perspectiva da integralidade? Partimos do pressuposto de que a integralidade agrega e articula diversos princípios da ABS, tendo maior potencialidade de revelar a expectativa do usuário e assim assinalar aspectos da satisfação e da insatisfação. Objetivamos avaliar a satisfação e a insatisfação manifestadas por usuários de unidades da rede de ABS do Distrito Oeste de Saúde, do município de Ribeirão Preto-SP, com relação à assistência prestada e ações desenvolvidas, na perspectiva da integralidade. Partimos da ideia que a integralidade, como princípio central da atenção à saúde das pessoas, é um elemento que deve ser investigado como parte inerente do processo de avaliação da satisfação e insatisfação dos usuários, na avaliação dos serviços de ABS. O percurso metodológico de natureza descritiva e abordagem qualitativa contou com 39 usuários participando de quatro grupos focais. Para análise, recorreremos à análise de conteúdo em sua modalidade temática. Foram identificadas duas categorias empíricas, o acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde e as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, nos diversos cenários dos serviços de saúde. Na categoria das relações, constatamos que a presença do cuidado nos encontros entre profissional e usuário, permeado pela conversa, vínculo e acolhimento, satisfaz e se constitui em aspectos facilitadores da prestação da assistência de forma integral. A não rotatividade médica foi aspecto relevante para se construir e manter os vínculos. Na categoria do acesso, a prática e o conhecimento dos trabalhadores na conformação dos serviços, possibilidades de atendimento às demandas e rotinas que podem obstaculizar ou facilitar o acesso ao elenco de serviços, foram responsáveis por uma mescla de expressões de satisfação e insatisfação. Já a localização da unidade de saúde, equipamentos, serviços e materiais disponíveis em sua estrutura física foram avaliados muitas vezes pelas expressões negativas dos usuários por se afastar do princípio da integralidade da atenção. Dentre o conjunto dos atributos da ABS emanados do discurso dos usuários, a integralidade, além do elenco de serviços ofertados, também comportou a dimensão da relação entre os trabalhadores e usuários, a subjetividade produzida nos diversos espaços dos serviços de saúde e os aspectos relacionados à responsabilidade do serviço frente às necessidades demandadas. Assim, constatamos que o comprometimento de um dos atributos da ABS foi responsável por fragilizar a integralidade da atenção.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Avaliação de serviços de saúde; Serviços Básicos de Saúde; Integralidade; Satisfação do usuário; Insatisfação do usuário.

ABSTRACT

ABRAHAO-CURVO, P. **Assessment of primary healthcare from a user satisfaction and dissatisfaction perspective, with emphasis on care comprehensiveness**. 2010. 153p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

This Primary Health Care – PHC assessment research intends to produce support for decision making to strengthen PHC, based on care comprehensiveness. Assessment studies permit checking how individual and civil rights are observed in the access to and use of the health system, in view of the assertion of users' perceptions on their expectations, values and desires. In literature, it is identified that assessment for decision-making should consider methods to apprehend reality that can re-signify practices, involving the participation of all stakeholders in health production and affecting service quality. It is questioned whether, from a user perspective, the implantation process of PHC has favored the production of health actions from a care comprehensiveness perspective? We depart from the premise that comprehensiveness adds up and articulates different PHC principles, with greater potential to reveal user expectations and, thus, indicate satisfaction and dissatisfaction aspects. The goal was to assess satisfaction and dissatisfaction as manifested by users of PHC network units in the Western Health District of Ribeirão Preto-SP, Brazil, regarding the care delivered and actions developed from a comprehensiveness perspective. The research is based on the idea that comprehensiveness as a central principle of people's health care is an element that should be investigated as an inherent part of the user satisfaction and dissatisfaction evaluation process in the assessment of PHC services. The descriptive method and qualitative approach involved 39 users, participating in 04 focus groups. Thematic content analysis was used for analysis purposes. Two empirical categories were identified: access to different types of actions and health services, and relations established between workers and users in different health service scenarios. In the relations category, we verified that the presence of care in the encounters between professional and user, permeated by conversation, bonding and welcoming, satisfy and constitute facilitators of comprehensive care delivery. The absence of medical turnover was a relevant aspect to construct and maintain bonds. In the access category, workers' practice and knowledge in the establishment of services, possibilities to respond to demands and routines that can hinder or facilitate access to the list of services were responsible for a mixture of expressions of satisfaction and dissatisfaction. The location of the health unit, equipment, services and materials available in its physical structure were often assessed with users' negative expressions, due to their distance from the principle of care comprehensiveness. In the set of PHC attributes produced in users' discourse, care comprehensiveness, besides the list of services offered, also included the dimension of the relation between workers and users, the subjectivity produced in the different spaces of health services and the aspects related to the service's accountability towards the demanded needs. Hence, we verified that the compromised status of one of the PHC attributes was responsible for weakening care comprehensiveness.

Key words: Primary Health Care; Health service assessment; Basic Health Services; Integrality, User satisfaction; User dissatisfaction.

RESUMEN

ABRAHAO-CURVO, P. **Evaluación de la atención básica en salud, destacando satisfacción e insatisfacción en la perspectiva de los usuarios, con énfasis en la integralidad de la atención.** 2010. 153h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Esta es una investigación evaluativa de la Atención Básica a la Salud - ABS, que pretende producir soporte para decisiones que fortalezcan la ABS, pautados en la integralidad de la atención. Investigaciones de evaluación permiten verificar la manera en que los derechos individuales y de ciudadanía son observados en el acceso y la utilización del sistema de salud, considerando la asertiva de las percepciones de los usuarios respecto a sus expectativas, valores y deseos. En la literatura, identificamos que la evaluación para fines de decisión debe considerar metodologías de aprehensión de la realidad que puedan resignificar las prácticas, involucrando la participación de todos los actores responsables por la producción de la salud, impactando en la calidad de los servicios. Se pregunta: bajo el punto de vista del usuario, el proceso de implantación de la ABS ha favorecido la producción de acciones en la perspectiva de la integralidad? Partimos del presupuesto que la integralidad agrega y articula varios principios de la ABS, con mayor potencialidad de revelar la expectativa del usuario y, así, señalar aspectos de la satisfacción y de la insatisfacción. La finalidad fue evaluar la satisfacción e insatisfacción manifestadas por usuarios de unidades de la red de ABS del Distrito Oeste de Salud, en el municipio de Ribeirão Preto-SP, Brasil, respecto a la atención prestada y acciones desarrolladas, bajo la perspectiva de la integralidad. Se parte de la idea que la integralidad como principio central de la atención a la salud de las personas es un elemento que debe ser investigado como parte inherente del proceso de evaluación de la satisfacción e insatisfacción de los usuarios en la evaluación de los servicios de ABS. El método descriptivo con aproximación cualitativa involucró a 39 usuarios, participando de 04 grupos focales. Para análisis, usamos el análisis temático de contenido. Fueron identificadas dos categorías empíricas, acceso a diferentes tipos de acciones y de servicios de salud y relaciones establecidas entre trabajadores y usuarios en los diversos escenarios de los servicios de salud. En la categoría de las relaciones, constatamos que la presencia del cuidado en los encuentros entre profesional y usuario, permeado por la conversación, vínculo y acogimiento, satisfacen y constituyen aspectos facilitadores de la prestación de la atención de manera integral. La no rotatividad médica fue aspecto relevante para construir y mantener los vínculos. En la categoría del acceso, la práctica y el conocimiento de los trabajadores en la conformación de los servicios, posibilidades de atención a las demandas y rutinas que pueden obstaculizar o facilitar el acceso al rol de servicios, fueron responsables por una mezcla de expresiones de satisfacción e insatisfacción. La localización de la unidad de salud, equipos, servicios y materiales disponibles en su estructura física fueron evaluados muchos veces por las expresiones negativas de los usuarios, por alejar del principio de la integralidad de la atención. En el conjunto de los atributos de la ABS emanados del discurso de los usuarios, la integralidad de la atención, además del rol de servicios ofertados, también abarcó la dimensión de la relación entre los trabajadores y usuarios, la subjetividad producida en los diversos espacios de los servicios de salud y los aspectos relacionados a la responsabilidad del servicio ante las necesidades demandadas. Así, constatamos que el comprometimiento de uno de los atributos de la ABS fue responsable por fragilizar la integralidad de la atención.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud; Evaluación de servicios de salud; Servicios Básicos de Salud; Integralidad; Satisfacción del usuario; Insatisfacción del usuario.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Identificação da composição dos grupos focais em número e sexo, por Unidade de Saúde de referência, segundo o tipo de assistência. Ribeirão Preto-SP. Jul-2009.....	67
Quadro 2 - Consolidado das transcrições dos grupos focais segundo o núcleo de sentido da satisfação. Ribeirão Preto-SP. Fev/Jul-2010.	74
Quadro 3 - Consolidado das transcrições dos grupos focais segundo o núcleo de sentido da insatisfação. Ribeirão Preto-SP. Fev/Jul-2010.....	75
Quadro 4 - Síntese dos aspectos de análise destacando a satisfação dos usuários da rede básica, segundo as categorias empíricas. Ribeirão Preto-SP. Fev/Jul-2010.	76
Quadro 5 - Síntese dos aspectos de análise destacando a insatisfação dos usuários da rede básica, segundo as categorias empíricas. Ribeirão Preto-SP. Fev/Jul-2010.	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Ribeirão Preto
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS- AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CECEN	Comissão de Educação Continuada
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CMSC	Centro Médico Social e Comunitário
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
EACS	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
hCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
NADEF	Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NGA - 59	Ambulatório Regional de Especialidades
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NUPESCO	Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM II	Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 Apresentação.....	15
2 Introdução.....	23
3 Objetivos.....	35
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 Quadro Teórico.....	36
4.1 Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde	37
4.2 Avaliação em saúde e avaliação na perspectiva da satisfação do usuário	42
4.3 Dialogando sobre a integralidade.....	52
5 Percurso Metodológico.....	61
5.1 Natureza da pesquisa	62
5.2 Campo e local da pesquisa	64
5.3 Sujeitos da pesquisa	66
5.4 Procedimentos de coleta de dados: a técnica e o instrumento de coleta.....	67
5.5 Considerações éticas	69
5.6 Análise e tratamento dos dados	70
6 Resultados e Discussões	78
6.1 Categoria Empírica 1: relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários nos diversos cenários dos serviços de saúde	79
6.2 Categoria Empírica 2: Acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde	97
6.2.1 Dimensão geográfica.....	98
6.2.2 Dimensão organizacional	102
7 Considerações Finais	129
Referências.....	137
Apêndices	149
Anexo	152

1 Apresentação¹

"O maior chamado de minha vida foi a enfermagem. Percebi isso porque ao final de cada novo dia de trabalho foi possível pensar: 'que dia glorioso tive hoje, cheio de desafios, entraves, mas também cheio de conquistas no qual com muito amor e dedicação consegui levar às pessoas o cuidado humano, o consolo, o alívio da dor, porque fiz tudo o que podia, cada instante me doei completamente sem pensar onde aquilo tudo podia me levar". Obrigada Pai por me capacitar, acreditar em minha competência e me conceder tudo aquilo que sou capaz de suportar.

Patrícia Abrahão, 2010

¹ "Esta dissertação foi revisada seguindo as normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil."

O presente trabalho insere-se no Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, do qual as pesquisadoras deste projeto fazem parte. O NUPESCO desenvolve estudos que focalizam a enfermagem na Atenção Primária em Saúde - APS no nível local e o processo de trabalho em saúde e em enfermagem (ALMEIDA; YAZLLE ROCHA, 1989; ALMEIDA; ROCHA, 1997; MISHIMA, 2003; PEREIRA, 2008). Entre os projetos realizados com enfoque na APS, este grupo de estudos vem desenvolvendo o Projeto *“Avaliação da atenção básica em saúde na perspectiva da satisfação dos usuários”*, então coordenado pela Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida, aprovado na modalidade Edital Universal/Edital CNPq 19/2004, processo nº. 479679/2004-5, que denominaremos de Projeto Matriz.

O cenário deste projeto é o Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto - SP, considerado de responsabilidade da Universidade de São Paulo (USP) em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Com essa investigação, de caráter avaliativo da Atenção Básica à Saúde - ABS², pretende-se produzir subsídios que possam contribuir com o gestor local para futuras decisões acerca do investimento da rede municipal visando ao fortalecimento da ABS.

Destacamos que dos subprojetos componentes do Projeto Matriz, encontra-se a pesquisa concluída por Pereira (2008), intitulada *“Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto”*, desenvolvida em bases metodológicas com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

Tanaka e Melo (2004) recomendam, para as pesquisas de avaliação, a utilização da abordagem quanti-qualitativa, tendo em vista a complexidade dos fatos constituintes da realidade. Dessa forma, pela abordagem quantitativa, buscam-se uma aproximação e uma explicação parcial desses fatos e pela abordagem qualitativa almeja-se avançar no significado e na interpretação (TANAKA; MELO, 2004).

² No Brasil, segundo as diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), a denominação adotada para organizar o modelo de atenção à saúde, incorporando os atributos da atenção primária à saúde foi Atenção Básica à Saúde. Esta denominação ultrapassa seu sentido semântico, pois tem o intuito de *“construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção”* (BRASIL, 2003, p.7). Nesta investigação, quando fizermos referência aos serviços brasileiros de Atenção Básica de Saúde, utilizaremos o termo ABS.

Nessa mesma linha de pensamento, o Projeto Matriz também delineou subprojetos que abordassem a dimensão qualitativa para avaliação da satisfação dos usuários em relação aos serviços de ABS, do distrito em estudo.

Este estudo aqui apresentado tem o compromisso de dar continuidade à investigação de abordagem quantitativa realizado por Pereira (2008) que se propôs a avaliar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de ABS que compõem o Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto, a partir dos usuários, comparando os atributos essenciais da ABS, adotado por Almeida e Macinko (2006), entre as Unidades da Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde que compõem o citado distrito, no ano de 2007. Essa pesquisa mostrou que a rede da ABS do Distrito Oeste tem o atributo acesso como um dos pontos críticos do sistema. A prática de atenção ainda não tem a família como foco de cuidado e nem a comunidade em seu processo de trabalho. Quanto ao elenco de serviços, as unidades investigadas oferecem uma diversidade de serviços e conseguem estabelecer-se como porta de entrada para o sistema de saúde, estabelecem vínculo com os usuários e incorporam ações de coordenação dos serviços na prestação da ABS. Na avaliação dos usuários, participantes da pesquisa, as unidades da ESF apresentaram melhores características organizacionais e de desempenho em sete dos oito atributos avaliados. O único atributo sem diferença estatisticamente significativa entre as unidades da ESF e UBS foi coordenação da atenção, revelando ter potência para atingir desempenhos mais condizentes com os atributos da ABS, as Unidades da Saúde da Família.

Dentre o conjunto dos atributos da ABS estudados, a integralidade da atenção, além do elenco de serviços ofertados, também comporta a dimensão da relação entre os trabalhadores e usuários, a subjetividade produzida nos diversos espaços dos serviços de saúde e os aspectos relacionados à responsabilidade do serviço frente ao sofrimento apresentado pelo usuário, que muitas vezes se sente inseguro, desinformado, desrespeitado e desprezado. Assim, especificando, a pesquisa ora apresentada, trata-se de outro subprojeto que pretende investigar a avaliação da ABS na perspectiva da satisfação e insatisfação dos usuários, com abordagem qualitativa, tendo enfoque no atributo “Elenco de Serviços (comprehensiveness)”, adotado por Bárbara Starfield (2004) e validado por Almeida e Macinko (2006) complementado pela concepção adotada pelos estudiosos nesta temática, Cecílio (2001) e Mattos (2001).

É possível acrescentar, a estas considerações, a inserção da pesquisadora do presente estudo tanto no campo da educação como no campo das práticas em rede de serviços de ABS, como mais um dos aspectos motivadores à sua realização, na perspectiva de contribuir com a revisão das práticas em saúde no ensino e no próprio mundo do trabalho.

No processo de investigação, foi possível recuperar que, durante a graduação em cada espaço de atendimento e prestação de serviços de saúde e, nas sucessivas aproximações com espaços coletivos pelos quais caminham os usuários, emanava um desejo cada vez maior de estar perto para reconhecer como eram satisfeitas as necessidades demandadas pelos usuários aos serviços de saúde. Assim, nesse movimento fui me aproximando progressivamente da saúde coletiva³, optando por exercer minhas atividades profissionais neste campo. Logo após a minha formação, atuei na coordenação de uma Equipe de Saúde da Família e de Vigilância Epidemiológica, integrei uma Equipe de Vigilância Sanitária, de um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo. Em outro município de características semelhantes ao anterior, atuei na assistência de uma Unidade de Pronto-Atendimento e assumi a responsabilidade técnica pelos serviços prestados em uma Unidade Básica de Saúde.

Posteriormente a oportunidade de exercer minhas atividades profissionais na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Ribeirão Preto -SP (APAE) permitiu-me aproximar de mais uma área na qual o reconhecimento dos contextos e das situações de vida das pessoas juntamente com o reconhecimento dos serviços disponíveis na rede básica de saúde do município articulados à intersectorialidade perfazem os principais fundamentos para uma assistência digna, integral e contínua às crianças e às pessoas dependentes de tecnologias. Pude percorrer, tanto na assistência como na gerência, nesses oito anos de profissão, os diversos ramos de um rizoma de serviços de saúde que se encontra ainda muito fragmentado em níveis de complexidade de atenção.

Essa conformação foi sendo construída no processo de trabalho que experienciei como enfermeira da Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e, posteriormente, de uma Unidade Especializada em Transplante de Fígado. Neste

³ Saúde coletiva definida como ciência no campo da saúde com orientação teórica, metodológica e política que privilegia o social como categoria analítica (CAMPOS, 2000).

âmbito, procurei estender minha atuação para outros grupos de trabalho da Unidade Hospitalar, integrando o Grupo de Estudos de Lesões de Pele e a Comissão de Educação Continuada - CECEN, da Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas.

Nos hospitais, centros ou postos de saúde, pronto-atendimentos ou ambulatorios de especialidades para reabilitação, vivenciei “encontros” com usuários carregados de suas necessidades de saúde, expectativas e anseios e, do outro lado, foi possível deparar-me com profissionais desenvolvendo um trabalho mecanizado que sequer possibilitava-os “querer” perceber como se sente o usuário em busca de suas chances de vida nestes caminhos. Encontros estes produzidos por uma prática reduzida à identificação de demandas focalizadas na dimensão objetiva do problema.

Algo que para mim sempre instigou muitos questionamentos. Será que este encontro poderia estabelecer-se de outra forma? Seria possível promover um diálogo com incursões de forma a convidar o usuário a trazer outras descrições do problema na busca de conhecer as necessidades não somente verbalizadas? Mostrar que ele está sendo escutado, produzindo um encontro de acolhimento e construção de confiança?

Como profissional, procurei ir tecendo, nos cenários dos serviços de saúde por onde andei, práticas mais saudáveis e condizentes com projetos terapêuticos demarcados pela preocupação de olhar para os usuários com uma visão mais ampliada, por uma dimensão mais integradora e integral do ser humano e, ainda, pelo compromisso de me preocupar com a mobilização e articulação dos diversos serviços que fossem necessários para proporcionar ou mesmo assegurar o prosseguimento de ações na produção de saúde. Outra inquietação que me acompanhou nessa trajetória foi procurar estabelecer uma relação de horizontalidade com os usuários e, desta forma, ampliar a possibilidade de conhecer outras necessidades e situações vivenciadas por eles que pudessem estar implicadas no processo saúde-doença.

Esse turbilhão de possibilidades suscitou uma busca constante por integrar grupos de estudos e cursos de pós-graduação *lato sensu*, por meio dos quais foi possível realizar uma aproximação com a Saúde da Família, caminhando para a conclusão no curso de especialização na área da Saúde Pública; e, posteriormente, como facilitadora do polo de Educação Permanente em Saúde do nordeste Paulista

tive a oportunidade de integrar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica oferecido pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Além disso, foi possível participar de diversos eventos sobre as temáticas relacionadas e específicas às diversas áreas em que atuei.

Ao integrar o grupo de técnicos de nível superior: Enfermeiros Especialistas de Laboratório do Departamento Materno-Infantil e de Saúde Pública da EERP-USP, atuei no apoio ao ensino e à pesquisa, ministrando aulas teóricas, monitoria em laboratórios de prática profissional e supervisão de estágio para estudantes do curso de Bacharel e, eventualmente, no curso de Licenciatura em Enfermagem; nas disciplinas de Seminário Integrado, Fundamentos de Enfermagem II, Cuidado Integral à Saúde da Mulher, Cuidado Integral à Saúde da Criança, Integralidade no Cuidado em Saúde II e III, Semiologia e Semiotécnica, Enfermagem em Saúde Pública II e, atualmente, na disciplina denominada Organização e Gestão em Saúde e Enfermagem na Atenção Básica. Foi possível apreender que os princípios e as diretrizes da Atenção Primária à Saúde estabelecem estreita relação com os atributos que desejei e desejo que conformem as práticas e a organização dos serviços de saúde. Este encontro foi e tem sido desafiador e muito gratificante.

As inquietações continuaram e o caminho que busquei foi a pós-graduação *stricto sensu*, (pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde), no qual, além do intuito de ampliar minha rede de subsídios teóricos, também me comprometi a produzir conhecimentos que pudessem contribuir para a transformação das práticas em saúde e para a construção de uma sociedade mais solidária.

Nos grupos de pesquisa e nas atividades ligadas ao ensino, com muitos estudos e reflexões, fui buscando desenvolver um trabalho nestas bases, quando me deparei com a indagação de querer ouvir os usuários para saber como eles avaliam os serviços de saúde e, com isso, buscar novos caminhos para fortalecer a construção do Sistema Único de Saúde.

Particularmente, durante o processo de construção deste trabalho, tive a oportunidade de participar do grupo do NUPESCO que investiu na produção de artigos científicos com o banco de dados elaborado no Projeto Matriz. Participamos de eventos técnico-científicos, com uma produção científica por nós elaborada e apresentada, o que pode se constituir em recurso com potência para facilitar ou agilizar o processo de revisão das práticas em saúde.

Listamos abaixo alguns trabalhos que foram construídos a partir do referencial proposto no Projeto Matriz que norteou e compôs este e outros trabalhos, no decorrer do desenvolvimento desta pesquisa:

- Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto – Apresentado no XI Congresso Paulista de Saúde Pública de 22 a 26 de agosto de 2009, publicado em anais e enviado para publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem no ano de 2010.
- Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de saúde da família do distrito oeste do município de Ribeirão Preto - Apresentado no XI Congresso Paulista de Saúde Pública no período de 22 a 26 de agosto de 2009, publicado em anais e em fase final de elaboração para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem.
- Avaliação da atenção básica na perspectiva da satisfação dos usuários com ênfase na integralidade da atenção – Apresentado na VIII Conferência da Rede Global de Centros Colaboradores da OMS para a enfermagem e a obstetrícia, de 28 a 30 de julho de 2010, publicado em anais.

Nesse sentido, venho reforçar as assertivas anteriores ao escolher trabalhar um tema com o qual me identifico, e mesmo o objeto desta investigação constitui parte da minha prática profissional, é fruto da vivência e da problematização do cotidiano do trabalho da enfermeira nos serviços da rede de atenção básica em saúde.

No desenvolver desta fase de inúmeras trajetórias, a produção que se segue foi organizada em seis capítulos. Cada capítulo discorrerá sobre um momento do processo de construção desta pesquisa. Iniciaremos, no capítulo primeiro, trazendo uma introdução ao assunto, buscando apresentar e problematizar as temáticas abordadas nesta investigação, bem como as justificativas de realização do estudo. Em seguida, traremos os objetivos de forma geral e mais especificamente ao que se propõe a pesquisa, conformando o segundo capítulo. No capítulo terceiro, uma vasta revisão da literatura que auxilia compor o quadro teórico deste estudo nas três temáticas abordadas: Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde, avaliação em saúde e avaliação na perspectiva da satisfação dos usuários e um diálogo sobre a polissemia da integralidade que nos permitiu definir a abordagem

adotada nesta pesquisa. No quarto capítulo, descrevemos todo o percurso metodológico desenvolvido, incluindo especificações sobre a natureza do estudo; o campo e local de realização; os sujeitos envolvidos bem como a técnica de coleta de dados e o instrumento utilizado para esta coleta; a forma de análise empreendida, o tratamento dos dados e as considerações éticas de relevância. Na sequência, compondo o quinto capítulo, serão apresentados os resultados e as discussões desta investigação, organizados em duas categorias empíricas: acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde; relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários nos diversos cenários dos serviços de saúde.

Enfim, considerações finais estarão presentes no último capítulo, não encerrando esta discussão, mas propondo olharmos para o cotidiano dos serviços de saúde, no sentido de avaliar nossas ações buscando reflexões que possam ressignificar o processo de trabalho com enfoque na integralidade da atenção na rede básica de saúde e qualificar a prestação de assistência de forma a satisfazer os usuários destes serviços, especialmente por considerar a integralidade como parte inerente de serviços de saúde com qualidade.

2 Introdução

"A recompensa vem automaticamente, porque ela está presente no amor que temos por Deus, pela natureza, pelas pessoas, pelas coisas, enfim, pela nossa vida, nossa existência. Assim se torna mais fácil ultrapassar os obstáculos e se livrar do peso, do fardo e da alienação, porque a força que conduz as nossas ações é a paixão que temos por aquilo que fazemos." Obrigada Pai, porque de todas as coisas que eu uso, a minha expressão é a mais importante e o senhor me ensinou que eu sou responsável por isso!

Patrícia Abrahão, 2010

No Brasil, a Atenção Básica em Saúde tornou-se uma das prioridades nas diretrizes da Política Nacional de Saúde. Neste processo, a Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e propõe uma revisão de diretrizes e normas para sua organização, para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Essa Portaria também conceitua a ABS, caracterizando-a por um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, abrangendo ações de promoção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006a, p.10). Destaca ainda que a atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde com redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

Ainda, nesta Portaria, o PSF é renomeado como Estratégia da Saúde da Família (ESF) e tem seu alicerce definido pela ABS centralizada em alguns fundamentos, que serão explicitados abaixo:

1. Pressupõe possibilitar o acesso universal e contínuo à rede funcionando como porta de entrada do sistema de saúde, porém de forma integrada aos diferentes níveis de atenção, com qualidade no atendimento e na resolubilidade. Procura trabalhar com território adscrito para fins de planejamento e programação descentralizada, pautada no princípio da equidade.
2. Efetivar o princípio da integralidade, integrando ações programáticas e demanda espontânea; articulando ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos e reabilitação; desenvolvendo o trabalho em equipe interdisciplinar e realizando a coordenação do cuidado na rede de serviços;
3. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre os integrantes da equipe e população, possibilitando a continuidade e a longitudinalidade na atenção;
4. Incentivar a formação e a capacitação constantes dos profissionais;

5. Realizar avaliação e acompanhamento sistemáticos dos resultados alcançados; e
6. Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a).

Nesse processo de (re)organização dos serviços de ABS, onde várias iniciativas por parte das instituições governamentais vêm ocorrendo, rearranjos foram necessários e, como pôde ser percebido na aludida Portaria, novas orientações que perpassam pelos diversos cenários da saúde coletiva vêm (re)direcionar a atuação dos trabalhadores de saúde. Assim, se atentarmos para os preceitos que fundamentam esta atuação, dois deles nos chamam a atenção: o princípio da integralidade e outro que faz referência especificamente à avaliação e ao acompanhamento dos serviços de saúde, e, ainda, um terceiro, o estímulo da participação e do controle social (BRASIL, 2006a).

Reconhecemos os avanços do setor saúde no Brasil sendo, em sua maioria, conquistados no e a partir do movimento da Reforma Sanitária. No entanto, ainda encontramos fragilizações em relação à implementação de seus princípios e, entre estes, destacamos o princípio da integralidade da assistência (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005b; MATTOS, 2003).

No cotidiano, nossa experiência permite confirmar o que outros autores também assinalam: que há predominância de práticas multiprofissionais, em ações programáticas, à medida que centralizam cuidados em intervenções focalizadas na medicalização de doenças e numa concepção de saúde-doença pautada no saber exclusivamente biológico. Ao destacar a predominância da conformação da prática da atenção com características multiprofissionais e em ações programáticas, não estamos negando a importância desta forma de atendimento. Nossa inquietação com essas características se fundamenta no sentido de que o processo de trabalho se pautando unicamente nesta conformação tem muita potência para obstaculizar a construção de uma prática de atenção integrada e integral à saúde (BRASIL, 2004a; MATTOS, 2003).

Além disso, predomina a dicotômica relação entre ações preventivas de saúde pública e ações assistenciais curativas que competem contra a integração entre os diferentes serviços que compõem a rede de saúde. Estes aspectos são responsáveis por contribuir, cada vez mais, tanto para a valorização de uma organização de serviços hospitalocêntricos, como também para a produção de relações de poder, pautadas na onipotência, com raras exceções, dos trabalhadores

de saúde promovendo cisão no trabalho em equipe e distanciamento da interseção entre os profissionais e destes com os usuários (BRASIL, 2004a; MATTOS, 2003).

Estudiosos sobre o assunto assinalam as lacunas existentes neste processo e o desafio que persiste em operar ações de saúde pautadas na perspectiva da integralidade da atenção (BRASIL, 2005b; MATTOS, 2003).

Os pesquisadores avigoram a escassez de investigações voltadas para avaliações que abordem o *desempenho* dos serviços de ABS como um todo, constituindo um universo ainda mais restrito, o dos processos avaliativos que partem dos usuários (ALMEIDA; MACINKO, 2006; IBAÑEZ et al., 2006), tendo em foco a integralidade da atenção (BRASIL, 2005b; MATTOS, 2003). Abrimos parênteses aqui para explicitar o conceito de *desempenho* que estamos adotando neste estudo, visto que há discordância conceitual (HURST; HUGHES, 2001⁴ apud VIACAVA et al., 2004) entre os autores. Assim, quando fizermos referência ao desempenho no contexto desta investigação, entenderemos como *resultado*, conforme definição utilizada por Stenzel, Misoczky e Oliveira (2005).

Os serviços de ABS, tendo um papel estratégico na implementação do SUS, merecem ser alvo de investigações que possam revelar e fornecer subsídios comprometidos com a integralidade da atenção, nestes espaços, pois os estudos têm nos mostrado, conforme nos lembra Pinheiro (2005), que ainda necessitamos de modelos que nos auxiliem a concretizar este preceito, considerado o verdadeiro amálgama dos demais princípios norteadores do SUS.

Na PNAB, um dos fundamentos que se encontra pautado para a organização da ABS, tendo como eixo os preceitos do SUS, é a realização da “avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados” (BRASIL, 2006a). Pesquisadores que investem nesta temática têm dedicado também estudos sobre a ABS e afirmam que enfoque maior está presente em diagnósticos de situação e muito poucos são os estudos que tratam de resultados (ALMEIDA; MACINKO, 2006; IBAÑEZ et al., 2006).

Apoiaremos-nos em dois estudos que ofertam uma extensa revisão da literatura nacional (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e internacional (SERAPIONI, 2009),

⁴ HURST, J.; HUGHES, M. J. **Performance measurement and improvement in OECD health systems**. OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers, n . 47, p. 1-60. 2001. Disponível em: <www1.oecd.org.br>.

contemplando as produções desta revisão, na classificação citada no parágrafo acima e que, portanto, corrobora entre si seus achados.

Daqueles que se dedicam a escrever sobre os aspectos gerais da ABS, há uma proporção menor de autores que avaliam estes serviços, havendo, a exemplo de Almeida e Macinko (2006), afirmações que comprovam termos poucas evidências sobre o impacto da reforma da ABS na saúde da população. Os autores deixam claro que as avaliações que integram este conjunto se restringem a investigar grupos populacionais específicos, principalmente mulheres e crianças em áreas delimitadas geograficamente (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Daí a crítica realizada também por Serapioni (2009), ao se analisarem as experiências e práticas de avaliação em saúde, em andamento em nível internacional, que abordam metodologias que nos afastam cada vez mais do desenvolvimento de estratégias de integração por se focarem em estudos da qualidade muito especializados e setoriais. Esses autores assinalam praticamente a inexistência de estudos e metodologias que analisam o sistema de ABS como um todo (ALMEIDA; MACINKO, 2006; SERAPIONI, 2009).

Almeida e Macinko (2006) chamam a atenção para as investigações que, dentre as que avaliam o impacto da ABS, recorrem a indicadores sensíveis a muitos fatores externos, como, por exemplo, taxa de mortalidade infantil que sofre influência de diversos fatores socioeconômicos. Estes aspectos reforçam a escassez das pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou de desempenho de serviços de ABS como um todo. Por isso nos lembra Serapioni (2009) que é preciso desenvolver um sistema de indicadores que valorizem as dimensões do processo de produção da saúde em sua completude, abordando a eficácia clínica, a capacidade organizacional relacionada especialmente ao acesso e à equidade no atendimento das necessidades de saúde das pessoas, a própria dimensão das necessidades, dos valores e das prioridades de cada usuário, as relações de encontro com os profissionais e o trabalho interdisciplinar.

Por outro lado, estudos mais abrangentes sobre a avaliação da ABS que envolva reformas no setor saúde se responsabilizando pela transformação nos modelos de gestão e de atenção, na perspectiva de promover saúde em seu sentido mais amplo, também se restringem a determinados aspectos da assistência, impedindo a avaliação da coerência das atividades da atenção básica com os princípios do SUS (PIMENTA et al., 2008). Esses autores comentam que os

instrumentos elaborados e instituídos pelas três esferas de governo, desde 2001, como o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, direcionam-se ao SUS como um todo, e não especificamente à ABS.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) ainda reforça que, no Brasil, a avaliação dos serviços de atenção à saúde apresenta-se em um contexto no qual os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário ao planejamento e à gestão. Do mesmo modo, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte, na prática cotidiana do processo decisório dos serviços e nem mesmo de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2003).

Não podemos desconsiderar que, atualmente (2003-2005), vêm sendo implementadas múltiplas atividades relacionadas com a avaliação da atenção básica, porém mais diretamente vinculadas com a visão dos gestores, técnicos de diversos setores do Ministério da Saúde, profissionais da saúde e trabalhadores ligados às Universidades visando a discutir e a (re)pensar a criação de condições técnicas e organizacionais necessárias à uma assistência à saúde de qualidade (BRASIL, 2005a). Todavia, nos processos de avaliação a serem desenvolvidos, é preciso imbricar e fortalecer maior organicidade institucional e, desse modo, pautar-se nas linhas norteadoras vinculadas aos princípios do SUS e às diretrizes das estratégias prioritárias para (re)organização da atenção básica (BRASIL, 2005a).

Pesquisadores da área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde lembram ainda que este processo encontra-se em expansão e diversificação conceitual e metodológica, atrelado à crescente demanda por se constituírem instrumentos de apoio às decisões necessárias às dinâmicas dos sistemas e serviços de saúde, na implementação de políticas de saúde mais condizentes com as condições concretas dos serviços. Para estes pesquisadores, a avaliação para decisão deve considerar metodologias de apreensão da realidade que possam reinterpretar e ressignificar as práticas de avaliação à saúde, situando-as em seus contextos mais diversos que envolvam também a participação dos mais diversos atores responsáveis pela produção da saúde (NOVAES, 2000; SERAPIONI, 2009; STENZEL; MISOCZKY; OLIVEIRA, 2005;).

Tanaka e Melo (2004) enfatizam que a avaliação nos serviços de saúde deveria ser um processo habitual e cotidiano na gestão, articulando ações técnicas, administrativas e políticas. Consideram que o produto dos serviços de saúde, uma

vez que é consumido pelos usuários, requer incluí-los neste processo de avaliação, possibilitando reconhecer o que eles revelam sobre os serviços de saúde e, conseqüentemente, possibilitando identificar subsídios que permitam tomar decisões acerca do processo de trabalho do serviço de saúde avaliado (TANAKA; MELO, 2004).

O Ministério da Saúde compreende, também, que a institucionalização da avaliação deve ser componente integrante e ser desenvolvida concomitantemente às políticas e aos programas de saúde no âmbito do SUS e, nesse caso a própria política de avaliação e monitoramento da atenção básica deve fazer parte, sendo muito importante o envolvimento dos diversos atores em sua formulação e na definição de responsabilidades (BRASIL, 2005a). Dizendo de outra forma, a elaboração das políticas de avaliação deve estar vinculada e integrada ao processo de desenvolvimento e implementação das políticas e dos programas de saúde pública.

Desse modo, indaga-se: sob o ponto de vista do usuário, o processo de implantação da ABS tem favorecido a produção de ações de saúde na perspectiva da integralidade? Esta é a questão central a ser discutida e desenvolvida no decorrer da presente pesquisa, razão pela qual a mesma se propõe a ouvir e a considerar a voz dos usuários em relação aos aspectos que constituem a ABS, na perspectiva da integralidade da atenção.

Assim adotamos como pressupostos:

- A integralidade agrega e articula diversos princípios da atenção primária, tendo maior potencialidade de revelar a expectativa do usuário e, desta forma, assinalar aspectos da satisfação e da insatisfação. Sintetizando, a ausência ou o comprometimento de um dos princípios da ABS afeta, podendo fragilizar a integralidade da atenção e; como princípio central da atenção à saúde das pessoas, é um elemento que deve ser considerado como parte inerente do processo de avaliação da satisfação e insatisfação dos usuários.
- Os usuários dos serviços da ABS podem não ter se apropriado teoricamente do princípio da integralidade da atenção, inscrito no SUS; mas na possibilidade de espaços reservados para expressarem suas manifestações, considerando os diversos aspectos que compõem a atenção produzida nestes serviços, ou seja,

tanto aqueles referentes às tecnologias duras, como às leve-duras e leves⁵, estes (os usuários) manifestam aspectos de satisfação e insatisfação que conformam ou não as dimensões da integralidade.

Starfield (2004), estudiosa da APS, ao tratar da avaliação de serviços de saúde, alerta que a qualidade do serviço pode ser um recurso para este propósito e chama a atenção que este termo também tem sido empregado em um sentido mais amplo. A autora busca refletir não só a qualidade da atenção, definida como atendimento das necessidades de saúde existentes ou potenciais, mas também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e a aparência das instituições nas quais os serviços são fornecidos, bem como a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação da assistência.

Nessa perspectiva, para conhecer a avaliação dos usuários sobre os serviços de saúde, a satisfação e a insatisfação com a produção ofertada se constituem em uma ferramenta para este propósito.

Revisitando a literatura, encontramos Donabedian (1984) e Vuori (1988) identificando a qualidade como o aspecto central a ser considerado e que sustenta o processo de avaliação nos serviços de saúde, por estar intimamente relacionado com a noção de satisfação dos usuários.

O conceito de qualidade em saúde, segundo Zaicaner (2001), traduz um julgamento de quão bons são o cuidado técnico, as relações interpessoais e as condições sob as quais este cuidado foi prestado. Caracteriza também a produção de saúde que vai ao encontro das necessidades dos usuários, sendo a satisfação a principal meta do desenvolvimento de um plano de qualidade (ZAICANER, 2001).

Desse modo, os autores supracitados nos remetem a pensar que a satisfação pode ser pensada como um indicador de qualidade das instituições que a utilizam e incluem o usuário como o seu principal avaliador. Vaitsman e Andrade (2005) corroboram que, a despeito das pesquisas de satisfação dos usuários, cada

⁵ As tecnologias **leves** se constituem nas relações de interação e subjetividade, possibilitam produzir vínculo, autonomização, acolhimento, responsabilização e gestão como uma forma de governar processos de trabalho. As **leve-duras** se referem ao conhecimento técnico e aos saberes bem estruturados. Caracterizam-se por conter uma parte dura que é a técnica, definida *a priori* e uma leve que é o modo próprio como o trabalhador a aplica em sua relação de cuidado ao usuário. Já as tecnologias **duras** estão inscritas nas ferramentas do trabalho, portanto se constituem em saberes e fazeres estruturados, prontos e acabados e se expressam no trabalho em saúde pelos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

vez mais estas são responsáveis pela construção de indicadores de qualidade dos serviços de saúde.

Vuori (1988) sinaliza que, ao abordar a dimensão da qualidade, seria necessário especificar duas vertentes da qualidade: uma relacionada a quem define qualidade e a outra a quem seria o beneficiário desta qualidade. Complementando esta assertiva, Akerman e Nadavosky (1992) exemplificam que, na perspectiva dos usuários, importância maior seria atribuída aos aspectos ligados ao acesso, ao cuidado e ao tratamento por parte dos profissionais de saúde, aspectos estes, pertinentes às preocupações desta investigação, motivo pelo qual nos propomos a ouvir os usuários, a fim de analisar a satisfação e/ou a insatisfação na perspectiva da integralidade da atenção.

As pesquisas nesta direção vêm apontando e reforçando a relação existente entre a satisfação e/ou a insatisfação e a qualidade dos serviços prestados.

A insatisfação com a qualidade da assistência médica tem sua origem na forma como o usuário percebe os serviços que lhe são ofertados. Ortega, Infante e Palácios (2004) estudaram especificamente a duplicação⁶ da utilização dos serviços como expressão da insatisfação dos usuários. Com esta análise, os autores identificaram alguns mecanismos por meio dos quais as deficiências de qualidade dos serviços geram insatisfação dos usuários propiciando a busca de outras vias. Acrescentam ainda que a percepção e os juízos do usuário sobre a qualidade da atenção que recebe é o que determinam se busca ou não outras fontes de atenção para a resolução de seus problemas e enfermidades (ORTEGA; INFANTE; PALÁCIOS, 2004).

A duplicidade do uso de serviços de saúde se constitui em uma referência para analisar a insatisfação do usuário em relação à atenção à saúde. No entanto, outros recursos podem e precisam ser indicados para identificar a insatisfação, uma vez que a dificuldade de acesso geográfico, cultural, organizacional a outros serviços da rede de saúde pode se estabelecer em dificuldades para os usuários, tornando a duplicidade do serviço de saúde uma identificação restritiva na análise da insatisfação. No quadro teórico, apresentaremos a concepção de insatisfação adotada neste estudo. Porém da mesma forma que alguns autores abordam a

⁶ Ortega, Infante e Palacios (2004) definem duplicação como a resposta apresentada a um processo de atenção à saúde ineficiente e incapaz de responder às expectativas dos usuários, assim, refere-se à insatisfação do usuário com a assistência médica, bem como com alguns elementos e processos ineficientes dos sistemas de serviços de saúde.

satisfação, e entre estes citaremos neste momento, Linder-Pelz (1982) que utiliza como definição avaliações individuais positivas relativas às distintas dimensões do cuidado em saúde, poderemos retratar também a insatisfação, nas avaliações individuais percebidas de forma negativa pelos usuários quando se remetem a olhar e analisar as diversas dimensões da atenção em saúde.

Lembramos que as pesquisas de avaliação permitem verificar o modo como os direitos individuais e de cidadania são observados no acesso e na utilização dos serviços e sistemas de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Neste processo, encontramos vários modelos que medem a satisfação (DE SILVA, 1999; LINDER-PELZ, 1982; WILLIAMS, 1994), porém todos partindo da assertiva das percepções dos usuários em relação às suas expectativas, e aos valores e desejos.

Contribuindo com essa temática, Sitizia e Wood (1997) complementam defendendo que essas avaliações denominadas de satisfação por Linder- Pelz (1982) expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados por meio da visão e da experiência de quem consome estes cuidados. Com Donabedian (1984), a noção de satisfação dos usuários tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação dos profissionais da saúde e da comunidade em si.

A relevância dessa investigação justifica-se também pelo reconhecimento do papel social inegável que os usuários representam nas mudanças permanentes como consequências do seu engajamento na discussão, formulação e execução de políticas públicas, particularmente as diretrizes políticas do SUS.

Reafirmamos que iniciativas dessa natureza permitem evidenciar subsídios com fundamentos e potência para operar mudanças técnicas, organizacionais e políticas nos serviços de saúde, além de possibilitar transformar os usuários em agentes ativos no processo de reorganização dos serviços.

Destacamos aqui que, na proposta da Atenção Básica, as ações de saúde devem ser desenvolvidas por práticas democráticas e participativas, e, além disso, orientadas pelo princípio da participação social (BRASIL, 2006a). Daí surge a relevância de envolvermos os usuários nos processos de reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva de “dar ouvidos”, pois acreditamos que assim teremos mais chances de oferecer um produto de qualidade e que atenda às necessidades dos usuários, podendo gerar mais satisfação, diminuindo as insatisfações e, conseqüentemente, com maior adesão aos serviços prestados na

rede básica. Vale lembrar Hartz (1997) que pressupõe a melhoria do atendimento como a principal motivação para se realizar uma avaliação.

Acreditamos que ao propor estratégias para discutir essas questões com os usuários, como ocorre na trajetória metodológica desta pesquisa, estaremos construindo mais um espaço que favorece aos usuários adquirir expressão na (re) definição do processo de trabalho dos serviços de saúde.

3 Objetivos

“Aprendendo a ser humilde em todo percurso de minha caminhada foi possível vivenciar uma longa jornada em busca da realização, mas que hoje se consolida no aleançar dos objetivos traçados. Tanto na carreira profissional como pessoal, posso dizer que fácil não foi, porém a cada novo obstáculo, a cada provação, resisti e me tornei mais forte e preparada para viver com amadurecimento e reflexão, os resultados destas conquistas”. Obrigada Pai por me ensinar a humildade sem deixar-me perder a dignidade.

Patricia Abrahão, 2010

3.1 Objetivo geral

Avaliar a satisfação e a insatisfação manifestadas pelos usuários cadastrados e atendidos nas Unidades de Saúde da rede de atenção básica do Distrito Oeste de Saúde, do município de Ribeirão Preto – SP, com relação à assistência prestada e a ações desenvolvidas, na perspectiva da integralidade.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a percepção da satisfação e da insatisfação dos usuários da rede de atenção básica do Distrito Oeste de Saúde, em relação às dimensões da integralidade, que enfocam a organização dos serviços de saúde e as práticas dos trabalhadores da atenção em saúde.
- Identificar os aspectos facilitadores e os obstáculos que se sobrepõem à prestação da assistência com enfoque na integralidade.

4 Quadro Teórico

“No mundo do trabalho, seja na academia ou no espaço por onde transitam os usuários, vivenciei encontros que me fizeram sofrer, chorar, sorrir, crescer, aprender... Encontrei pessoas das mais diversas, algumas muito preciosas que me auxiliaram na construção do conhecimento mesmo nas realidades mais opressoras”. Obrigada Pai, por cada um que o Senhor colocou em meu caminho porque tinha uma finalidade para o meu ser.

Patrícia Abrahão, 2010

4.1 Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde

Ao investir em avaliação de serviços de saúde e, no caso específico, em serviços de ABS, não podemos deixar de fazer referência à Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão (antiga URSS), em setembro de 1978, um marco histórico na organização dos sistemas de saúde ao introduzir conceitos, formulações e recomendações de Atenção Primária à Saúde, na conformação de uma rede de sistemas de saúde nestas bases.

A Atenção Primária em Saúde pode ser entendida como foi estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978), pela pesquisadora americana Starfield (2004), pela *Organización Panamericana de la Salud* (OPAS, 2007) e como assinalam também Schraiber e Mendes Gonçalves (1996).

Bárbara Starfield é uma estudiosa e pesquisadora deste campo nos Estados Unidos. No contexto histórico da atenção primária, a pesquisadora relata que nos anos mais recentes, as concepções básicas são buscadas desde 1977, na 30ª reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, quando foi declarada a conhecida frase de ordem “Saúde para todos no ano 2000”. Isto desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da APS. Assim os seus princípios foram enunciados em 1978, na Conferência de Alma-Ata. A OMS (1978) definiu como:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo e atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p.13).

Nesse contexto, os Cuidados Primários em Saúde abrangiam atividades como educação em saúde voltada para os problemas prevalentes de saúde pública e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão de água de boa qualidade, saneamento

básico, cuidado de saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978).

A proposta da medicina comunitária que se desenvolveu nos Estados Unidos nos anos de 1960 baseava-se na epidemiologia e na vigilância à saúde, estruturando-se a partir de ações coletivas de promoção e proteção da saúde, num determinado território (FRANCO; MERHY, 2003).

Em território brasileiro, o setor de saúde enfrenta um grande desafio a partir do final da década de 1970, para romper com a dinâmica de serviços prestados pelas três esferas de governo (nacional, estadual e municipal) que operavam de forma fragmentada, onerosa e com pouca eficiência, comprometendo a integralidade das ações políticas e refletindo um processo de mercantilização da saúde e privatização dos serviços assistenciais (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

No último quarto do século XX, as concepções de saúde-doença, advindas concomitantemente do reconhecimento dos limites de atuação da área médica, mesmo quando esta se faz em atividades predominantemente preventivas, somadas ao baixo impacto sobre os determinantes de morbimortalidade da população, estimularam a estruturação de programas com ênfase em grupos específicos, evitando-se a medicalização efetiva e ineficaz. Tudo isso, aliado à compreensão de que as condições de saúde da população guardam estreita relação com as condições de vida em geral e seus fatores condicionantes (SILVA et al., 2001).

Porém, alguns autores (FRANCO; MERHY, 2003) colocam que tanto os projetos da medicina comunitária como os surgidos na Conferência de Alma-Ata seguem uma lógica racionalizadora dos serviços de saúde, procurando investir os menores custos possíveis na assistência à saúde. Acrescentam que as propostas dos Cuidados Primários de Saúde se mostram insuficientes para responder à complexidade das situações de saúde demandadas pelas comunidades, pois não propõem a alteração dos modelos assistenciais e de suas micropolíticas instituintes (FRANCO; MERHY, 2003). Neste sentido incluíram a iniciativa do Brasil, no caso o Programa da Saúde da Família.

Outros programas que também se destacaram e ilustram este cenário se referem ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), criado em 1975 em ação conjunta do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e

Cultura e Organização Pan-Americana da Saúde; e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

Além disso, no final da década de 1990, o processo de descentralização do setor saúde no país, advindo com a estratégia da municipalização, implica transferência de poder decisório, recursos necessários para garantir seu exercício concreto associado ao aparecimento na cena política de inúmeros atores sociais e representantes de distintos interesses, evidenciando projetos que tornam a saúde como direito de cidadão e dever do Estado e aqueles que a tem como um bem de mercado (ASSIS, 1994).

Entendemos que as conquistas no campo da saúde são um avanço, no entanto, por si só, não fornecem a sustentação devida diante dos diversos e diferentes determinantes políticos, ideológicos, socioeconômicos e culturais do setor saúde.

O processo de transição gerou amplas exigências por melhores resultados organizacionais e capacidade administrativa dos municípios, resultando em um expressivo aumento da cobertura dos serviços ofertados, buscando atendimentos integrais, contínuos e de qualidade, a fim de conferir maior resolubilidade ao setor saúde para atender às demandas da população (ASSIS, 1994).

Em suma, em vários países, diversas iniciativas foram sendo arquitetadas, no transcorrer desses 25 anos, desde antes de 1978 e, especialmente, a partir do legado de Alma-Ata, o mundo e a APS com ele mudaram drasticamente. Assim a OMS, no início do século, desencadeou um processo objetivando analisar o desenvolvimento da APS, culminando com a renovação da APS, considerando a capacidade dos países em elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde emergentes e melhorar a equidade (OPAS, 2007).

A abordagem renovada da APS justifica-se por diversos motivos, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos; necessidade de correção dos pontos fracos e inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimentos práticos mais eficazes; capacidade da APS em fortalecer a sociedade, reduzir iniquidades na saúde e combater as causas geradoras de precariedades na saúde (OPAS, 2007).

Assim, aproveitando as melhores práticas resultantes desse processo e considerando a necessidade de renovar e reinterpretar a abordagem e a prática da APS para enfrentar os desafios do século XXI, a Organização Mundial da Saúde, em 2004,

identificou quatro correntes interpretativas que englobam os arranjos para implantação da APS (OPAS, 2007):

APS como atenção primária seletiva:

Definida como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres e, portanto, caracterizado por um número limitado de serviços de alto impacto, sem compromisso de integração com um sistema de referência para níveis de serviços com maior densidade tecnológica. Oferece ações e tecnologias simples e de baixo custo com escassa qualificação de pessoal para resolver problemas muito prevalentes em populações pobres (exemplo: vacinação, aleitamento materno, reidratação oral).

APS como nível primário do sistema de serviços de saúde:

Compreende, então, o primeiro nível de atenção do sistema de serviços, sendo concebida como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema de saúde. Propõe-se a resolver os problemas mais comuns de saúde, pautando-se em racionalizar custos econômicos e, portanto, se compromete a ofertar ações simplificadas para satisfazer as demandas da população.

APS como estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde:

Nesta corrente, a APS é identificada como estratégia para reorganizar todo o sistema de serviços de saúde, recorrendo de forma singular na apropriação, recombinação, reorganização e reordenação de todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. Nesta perspectiva, adota-se que, na APS, a densidade tecnológica é reduzida, mas reconhece alta complexidade presente na produção do cuidado em saúde.

APS como enfoque de saúde e direitos humanos:

Concebe a saúde como um direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão social e busca da equidade.

Como podemos perceber, as duas últimas correntes estabelecem relação estreita com a Portaria nº. 648, citada no início deste projeto, que aprova a PNAB, sendo a corrente que considera a APS ampla: adotada como estratégia para organizar

os sistemas de atenção à saúde e à sociedade para promover saúde, e aquela que adota APS com enfoque nos direitos humanos, concebendo a saúde como um direito humano com necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos, buscando inclusão e equidade (OPAS, 2007).

Schraiber e Mendes Gonçalves (1996) fazem também uma discussão importante apontando que, muitas vezes, a APS é tomada como de menor complexidade por utilizar tecnologias de menor densidade. Mas advertem que a tecnologia é de alta complexidade, quando envolve os saberes e as diversas áreas do conhecimento humano e tomamos a questão da integralidade da assistência que é o princípio central da atenção em saúde.

Os princípios da APS foram retomados nas reformas do setor saúde em vários países e, no Brasil, isto ocorreu de forma intensa, com a adesão e participação de vários segmentos da sociedade brasileira.

A Reforma Sanitária Brasileira, impulsionada a partir da década de 1970 e formalizada na VIII Conferência Nacional de Saúde, possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido em 1988, na Constituição Brasileira, e regulamentado em 1990. Priorizava a reorganização do setor saúde por meio de políticas que estabeleceram gradativamente novas formas de gestão com enfoque na descentralização e no controle social, conferindo maior autonomia aos municípios, de acordo com as necessidades impostas pelas realidades locais e, ainda, considerando os demais princípios do SUS (integralidade, equidade, regionalização, descentralização, hierarquização, universalidade e controle social).

Na atual conjuntura, as diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde apontam para um caminhar direcionado à construção de um modelo que dê respostas sociais aos problemas e às necessidades de saúde da população, considerando a heterogeneidade e a diversidade política, econômica e cultural do Brasil e adotando saúde como direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2006a).

Porém, em se tratando de um cenário de projetos em disputa, o momento em que surgem políticas e estratégias como a da saúde da família, assim como a de reorientação da ABS, encontram-se neste movimento, mais atual, adversidades e esforços para a efetiva implantação e implementação do SUS. Ainda hoje se enfrentam muitas dificuldades em proceder a esta reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de

assistência, sendo necessário introduzir mecanismos de avaliação que subsidiem decisões acerca das políticas de saúde locais (PEREIRA, 2008).

4.2 Avaliação em saúde e avaliação na perspectiva da satisfação do usuário

Levantamentos bibliográficos permitem-nos dizer que vários autores têm chamado atenção aos aspectos que permeiam estudos de natureza avaliativa, passando por dimensões de ordem objetiva, subjetiva, política e ética (HALAL et al., 1994; OLIVEIRA, 1998; UCHIMURA; BOSI, 2002). Assim o faz Contandriopoulos et al. (1997), quando afirmam que a revisão do estado de conhecimentos mostra a vaidade que seria propor uma definição universal e absoluta da avaliação.

Dentre os vários movimentos avaliativos na área da saúde que se iniciaram a partir da década de 1970, inicialmente nos EUA, maior destaque tem sido atribuído aos estudos que dão lugar aos usuários na avaliação dos serviços e sistemas de saúde, sendo esta prática mais desenvolvida no Brasil, somente após a redemocratização, na segunda metade da década de 1990 (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Conforme citado na introdução deste trabalho, modelos que medem a satisfação (LINDER-PELZ, 1982; WILLIAMS, 1994) partem da assertiva de que satisfação expressa as percepções dos usuários em relação às suas expectativas, aos seus valores e desejos. Linder-Pelz (1982) já definia, em seus estudos, satisfação como avaliações individuais positivas relativas às distintas dimensões do cuidado em saúde. Stizia e Wood (1997) vieram complementar que estas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados por meio da visão e da experiência de quem consome estes cuidados.

Dessa forma, apoiado na corrente da psicologia social, é possível diferenciar claramente o conceito de satisfação do seu uso de senso comum. Os autores compreendem a satisfação enquanto uma atitude, diferente da referência genérica do senso comum, pois nesta corrente as pessoas não “tomam atitudes” (comportamento, ação), mas desenvolvem atitudes (crenças, valores e opiniões) em relação aos objetos ou pessoas. Acrescentam que satisfação como atitude são bons preditores de comportamento (BRASIL, 2006c).

Assim, satisfação, enquanto atitude e percepção do usuário sobre determinadas dimensões dos serviços de saúde que se quer analisar, pode ser compreendida como um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços do SUS (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Outro diferencial que consideramos entre pesquisa de avaliação de satisfação e a satisfação do senso comum é o rigor adotado em todo o processo metodológico da investigação.

Como já vimos na introdução deste trabalho, Donabedian (1984) faz referência à satisfação dos usuários como um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação dos profissionais da saúde e da comunidade em si.

A qualidade pode ser compreendida como tudo aquilo que representa as necessidades futuras do usuário, em características mensuráveis e, portanto, podendo somente ser decidida em termos de quem avalia (DEMING, 1990).

Nos modelos avaliativos tradicionais, determinadas dimensões da qualidade como as mais objetiváveis sobrelevam de maneira acentuada, se não exclusiva, as dimensões subjetivas, focalizando na avaliação da qualidade de programas, aspectos passíveis de quantificação em detrimento do aspecto intersubjetivo propriamente humano (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Donabedian (1966) foi o primeiro autor a propor uma tríade de componentes a serem abordados para a avaliação da qualidade em serviços de saúde, introduzindo parâmetros não estatísticos de avaliação. Este quadro conceitual que compõe a tríade: estrutura, processo e resultado apresenta-se na avaliação qualitativa dos serviços que comportam sempre duas dimensões: a dimensão do desempenho técnico, ou seja, aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos; e a dimensão relacional que envolve as questões relativas ao relacionamento com o paciente (DONABEDIAN, 1966).

O citado autor argumenta que o componente denominado estrutura corresponde aos recursos necessários ao processo assistencial, abrangendo área física, pessoal (em quantidade e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos. Pressupõe que a presença de uma boa estrutura oferece pré-condições para um desempenho proporcionalmente adequado nas áreas de processo e resultado. Avaliando o processo, é possível perceber o desempenho das ações no campo das práticas de saúde, pois abrange

todas as atividades relacionadas à utilização dos recursos nos seus aspectos quantitativos e inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados, abrangendo intervenção técnica, protocolos e fluxogramas. Já no aspecto dos resultados, este mesmo autor referencia a uma combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos, consequentes das atividades dos serviços de saúde, em termos de transformações do estado de saúde, da capacidade funcional restaurada ou alívio do sofrimento, incluindo também a satisfação de padrões, expectativas e necessidades dos usuários (DONABEDIAN, 1966).

Donabedian (1966) alerta que as dimensões consideradas mais técnicas condicionam as dimensões interpessoais, mas ao mesmo tempo dependem uma da outra para realizarem seu potencial, além de requererem especificações para cada contexto em que se apresentarem e identificação dos critérios mais adequados para cada instituição, considerando suas particularidades e, ao mesmo tempo, mantendo certa coerência entre si. Donabedian (1966) ainda alerta que os critérios e padrões de avaliação podem adquirir níveis mínimos ou máximos de qualidade, a depender dos “olhos” de quem avalia, ou seja, a se orientar segundo as prioridades dos prestadores de serviços, por meio da visão dos usuários ou sob as prioridades definidas pela sociedade. Assim, na mesma direção de Vuori (1988), conforme já citado, acrescenta a necessidade de explicitar quem define a qualidade e quem é o beneficiário desta qualidade.

Dada a variedade de definições que se podem encontrar nos enfoques teóricos sobre a qualidade do cuidado, destacamos as categorias adotadas por Donabedian (1990) para avaliar as práticas em saúde, por meio dos chamados: “Sete Pilares da Qualidade”, a saber: **eficácia** - capacidade de melhorias na saúde e no bem-estar, ou seja, o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, considerando o estado de saúde do usuário; **efetividade** - considera a dimensão com que se alcança o resultado para melhorar a saúde; **eficiência** - o máximo de cuidado efetivo obtido por um menor custo monetário; **otimização** - melhor cuidado efetivo que pode ser obtido no emprego da relação custo/benefício na assistência à saúde; **aceitabilidade** - adaptação dos cuidados às expectativas, desejos e valores do paciente e de seus familiares; **legitimidade** - conformidade das preferências quanto à aceitabilidade; **equidade** – igualdade na distribuição dos cuidados e seus efeitos na saúde.

Dentre essas categorias apresentadas por Donabedian (1990), a *aceitabilidade* é que está diretamente relacionada com as expectativas e satisfações dos usuários, pois se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às aspirações dos usuários e de seus familiares. O autor define esta categoria como um composto de fatores da relação médico-usuário-sistema de saúde, compreendendo a acessibilidade, a própria relação de encontro do médico com o usuário, incluindo também a relação deste com a equipe de saúde, as dependências e instalações⁷, as preferências do usuário em relação ao tratamento e tudo aquilo que ele julgar necessário à sua saúde.

A partir da utilização dos serviços que só poderá ser dada segundo a lógica da acessibilidade, o usuário poderá avaliar o serviço no atendimento de suas necessidades, segundo a percepção de suas expectativas e satisfações, inferindo determinado nível de qualidade ao serviço prestado. Nesta acepção, a definição de indicadores⁸ de qualidade deveria também passar pela utilização de medidas que consideram a satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Uchimura e Bosi (2002) sinalizam vários fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde e que se sustentam pelos pontos assinalados acima por Donabedian (1990). No estudo aqui apresentado, ressaltamos a acessibilidade em suas dimensões que podem ser de natureza geográfica, organizacional, sociocultural e econômica, conforme classificação utilizada por Fekete (1997).

Oliveira (1998) acrescenta que conhecer a percepção dos usuários sobre os serviços prestados é uma forma de conhecer resultado, pois um dos objetivos que se almeja com o processo de produção dos serviços de saúde é ofertar serviços que satisfaçam os usuários.

Assim também o faz Donabedian (1990), quando reforça que a satisfação proveniente do cuidado prestado se enquadra em um dos pilares da qualidade, mais especificamente, no dos resultados, pela justificativa de que a satisfação dos usuários se apresenta como um dos resultados desejados no processo de atenção à saúde, juntamente com o impacto nas condições de saúde.

⁷ Tomaremos como referência o conceito de instalações/ambiência adotado na Política Nacional de Humanização do SUS do Ministério da Saúde, que se refere ao “tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006b).

⁸ Os indicadores são parâmetros utilizados com o objetivo de comparabilidade e análise das diversas situações e segundo reporta Donabedian, no caso do processo de avaliação em saúde, devem evidenciar os padrões relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado, devendo ser utilizados como ferramentas para auxiliar no gerenciamento da qualidade (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Dentre a heterogeneidade de aspectos presentes num processo avaliativo, destacam-se as fontes que os pesquisadores recorrem na trajetória da avaliação em saúde e, mais particularmente, a fonte que diz respeito à voz dos usuários.

Esta perspectiva carrega muita sofisticação e dificuldades, já que perpassam os fenômenos sociais, econômicos, culturais, expectativas individuais, coletivas, demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos (OLIVEIRA, 1998).

Para Uchimura e Bosi (2002), esta dimensão subjetiva da qualidade de programas e serviços, que para nós inclui a avaliação da satisfação dos usuários, pertence a um mundo muito particular e profundo no qual se escondem vários aspectos a serem desvelados, respeitando a complexidade, riqueza e profundidade dos fenômenos.

Concordamos, neste estudo, com os autores que relacionam a satisfação e/ou a insatisfação 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, assim como reforçam os pesquisadores americanos Jackson, Chamberlin e Kroenke, (2001) por considerar que as experiências, os significados, as crenças e os conhecimentos modulam suas atribuições e expectativas, podendo afetar inclusive na seleção, aceitação e continuidade na utilização dos serviços.

Acreditamos, também, que mudando a forma de como produzir este cuidado, abordando a qualidade e não só a quantidade, as relações permeadas pela escuta, empatia, respeito, alteridade, usando a responsabilidade e não a dependência, o carinho e não só a técnica reservada, a satisfação será o resultado final do processo de trabalho em saúde.

Halal et al. (1994) também consideram a satisfação em serviços de saúde, como uma percepção subjetiva de pacientes e/ou profissionais de saúde em relação a suas expectativas. Pautados nesta característica, Sitizia e Wood (1997) sinalizam a arquitetura de uma das críticas mais frequentes às pesquisas de satisfação. Estes autores ainda incluem outros determinantes individuais que podem ser responsáveis por vieses subjetivos em alguns tipos de pesquisas, como, por exemplo, os caracteres de gênero, faixa etária, classe social e estado psicológico.

Expectativa refere-se à comparação do resultado de fato ou produto final obtido com o desempenho esperado pelo usuário. A satisfação, ou seja, o sentimento de prazer e até mesmo a insatisfação e o desapontamento definem a reação do

usuário à experiência de utilizar um serviço ou adquirir um produto de acordo com a sua expectativa (ZANON, 2001).

Tanaka e Melo (2004) afirmam que quando avaliamos, emitimos um juízo de valor, analisamos ou realizamos um julgamento com a finalidade de conhecer e modificar uma situação, mediante a tomada de decisões ou elaboração de estratégias para decidir como enfrentar e resolver problemas. Dessa forma estamos exercendo a capacidade de avaliar o processo de trabalho, para (re)direcionar a execução de ações, devendo para isso, considerar o contexto e todos os atores envolvidos no planejamento e execução das práticas (TANAKA; MELO, 2004).

Esses mesmos autores corroboram que um dos grandes avanços que pode e deve ser considerado na dinâmica de avaliação em saúde é os usuários participarem deste processo. Novaes (2000) ainda acrescenta que é possível observar, neste movimento mais atual, uma tendência em considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde.

Portanto, a avaliação em saúde abarca um processo complexo de pesquisa que se volta para a análise de aspectos subjetivos presentes na produção do cuidado em saúde, visto que se trata de um juízo que se relaciona à opinião, destarte faculdades humanas que consequentemente se opõem filosoficamente à epistemologia da ciência moderna. Porém percebe-se a geração de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais, sugerindo uma inclinação para a superação dos contornos positivistas, pois cada vez mais os estudos vêm mostrar a necessidade de valorizar a opinião e as evidências que se originam no campo formal das ciências e não só ou basicamente das ciências naturais e abstratas como o positivismo, quando se trata de um sentimento pessoal que resulta da comparação do desempenho (resultado) de um produto do serviço em relação às suas expectativas (BOSI; UCHIMURA, 2007; SANTOS, 2007; STENZEL; MISOCZKY; OLIVEIRA, 2005).

Alguns autores recomendam que, por se tratar de um processo avaliativo singular, no qual o usuário expressa seu julgamento sobre a natureza dos serviços que recebe, é favorável a construção de um instrumento designado a analisar essa satisfação, baseado na compreensão do usuário (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; SANTOS, 2007). Neste sentido, a satisfação do usuário pode ser entendida como a percepção que este tem sobre dimensões definidas dos serviços de saúde que assim fazem requerer ferramentas apropriadas para esse fim (SANTOS, 2007).

No caso específico dos serviços de saúde do SUS, os estudos demonstram que algumas dimensões de análise se fazem cruciais para o enfrentamento e restabelecimento do processo saúde-doença, fundamentais também para a efetividade do cuidado e da garantia da continuidade do tratamento, com ganhos para todo o sistema de saúde, e, portanto, não podem deixar de ser exploradas (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2005). As diversas classificações dessas dimensões incluem: a) acesso e disponibilidade; b) ambiência, estrutura física e organizacional; c) aspectos da relação entre usuários e profissionais de saúde; d) eficácia ou resolatividade; e) territorialidade e descentralização; f) informação e participação na gestão (BRASIL, 2006c; ESPIRIDIÃO; TRAD, 2005). Essas dimensões reforçam as adotadas por Donabedian (1966) e citadas anteriormente.

Neste estudo aqui apresentado, entendemos que essas dimensões de análise também se recortam para nos aproximar da prestação da assistência de forma integral e, conseqüentemente, desencadear satisfação ao usuário atendido, mas, por outro lado, quando deixam de estar presentes, podem nos afastar da integralidade da assistência, sendo responsáveis muito vezes por expressões negativas e insatisfações no cuidado recebido.

Bosi e Uchimura (2007) corroboram que a avaliação subjetiva se produza a partir de instrumentos que não se restrinjam a elementos estruturados que possam conduzir a respostas exclusivamente numéricas. Apesar das dificuldades em se definir mecanismos de avaliação que abarcam esta outra vertente da satisfação dos usuários, os autores acrescentam que tal mecanismo ressoa em muitos instrumentos e em muitas tecnologias empregados na avaliação tradicional, à medida que inclusive restringem e impedem o diálogo com a expressão das subjetividades mais internalizadas. Referem-se ainda à necessidade de construção de novos horizontes para as práticas avaliativas em saúde, a partir do reconhecimento das demandas subjetivas adormecidas pela distância e alienação extremamente relevantes na era da comunicação em que barreiras de tempo e espaço são permanentemente transpostas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Vale destacar que, para o objetivo das pesquisas avaliativas em saúde na perspectiva de satisfação dos usuários, a técnica não está direcionada para a busca de um consenso entre os grupos, uma vez que a pluralidade das respostas espelha a diversidade de vivências relativas a um determinado serviço (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Os autores supracitados chamam a atenção que, embora exista um conjunto de técnicas e métodos que possuam certo grau de universalidade, há de se considerar as peculiaridades e diversidades loco-regionais, ou seja, as diferenças existentes até mesmo dentro de um mesmo país. Assim a literatura nacional vem refletindo que as pesquisas sobre satisfação, no Brasil, não devem representar apenas um acréscimo “copiado” de metodologia importada de países centrais, até porque as experiências em nível internacional vêm retratando uma multiplicidade de práticas e métodos de avaliação da qualidade que dificultam o desenvolvimento de estratégias de integração, promovendo abordagens muito especializadas e setoriais (SERAPIONI, 2009).

Dada a diferença entre o padrão socioeconômico e cultural da população que utiliza os serviços, existe a necessidade de confecção de um instrumental adequado à nossa realidade, adequado ao perfil de baixa escolaridade e consciência cívica de seu público (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Além disso, as populações que vivem em condições socioeconômicas mais precárias buscam os serviços de saúde de forma assistencial geralmente para o atendimento médico, buscam medicamentos e vacinas, assim sendo, o acesso nestas organizações passa a ser um atributo bastante valorizado pelos usuários. Nesse sentido, é importante ressaltar que as investigações avaliativas, no contexto brasileiro, indicam outros fatores relevantes e ampliam a avaliação do acesso para além da estrutura física, abordando também a dimensão sócio-organizacional e o modelo assistencial vigente como elementos fundamentais para conjecturar as dificuldades nas condições de acesso aos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Serapioni (1999), além de incluir os profissionais, também destaca a importância da participação dos usuários dos serviços, pois são sujeitos que têm desígnio e percepções diferentes em relação aos serviços de saúde e, portanto, apresentam prioridades distintas que precisam ser consideradas quando avaliam a qualidade das ações.

Ao abordar percepções diferentes, concordamos com Silva et al. (1995) ao alertarem que devemos olhar, também para a insatisfação, pois, os resultados desfavoráveis encontrados merecem registro cuidadoso e atenção, uma vez que se tornam indicadores relevantes sobre o serviço avaliado, permitindo revelar os aspectos desses serviços que precisam ser aprimorados.

Contrapondo a realização de tudo daquilo que se espera ou almeja (expectativas), podemos dizer que surge a insatisfação, carregando, em seu sentido mais amplo, o desgosto, descontentamento ou decepção com o desempenho de um produto ou serviço em relação às expectativas e demandas dos usuários, também definida como expressão negativa por Staniszewska e Henderson (2004).

Nessa perspectiva, retomamos a necessidade de considerar outros “parâmetros”, atribuídos no sentido de outras “formas”, para identificar a insatisfação, para além da duplicidade de serviços elaborada por Ortega, Infante e Palácios (2004), conforme já assinalamos. Partindo de todas as considerações anteriores, estamos chamando de insatisfação à expressão negativa dos usuários, resultante das dificuldades pertinentes às diversas dimensões do cuidado, tais como o acesso, a acessibilidade, ambiência, estrutura física e organizacional; os aspectos relacionais entre usuários e trabalhadores de saúde; a resolubilidade e a participação dos usuários no processo de gestão dos serviços de saúde.

Considerando que o sistema de saúde do Brasil inclui políticas de promoção da participação da população no controle da qualidade dos serviços de saúde, estudiosos da temática apontam haver necessidade de tomar como recursos complementares a percepção dos usuários e líderes comunitários na elaboração de novas diretrizes e orientações para a reformulação dos serviços que compõem este sistema de saúde (DELGADO-GALLEGO; VÁLQUEZ, 2009).

Delgado-Gallego e Válquez (2009) correlacionam o fato como um marco nas relações entre os distintos atores da saúde e indutor de um processo de incremento nas investigações avaliativas que passaram a considerar e analisar a visão dos usuários, em contextos determinados e mais restritos como em programas de saúde pública.

Outro autor que estuda qualidade nos serviços de atenção primária à saúde também considera, nesta mesma direção, que a avaliação destes serviços deve reservar os critérios subjetivos, unicamente, ao usuário, o beneficiado direto da ação de saúde (KLOETZEL et al., 1998).

No processo de avaliação, há dois aspectos que os autores consideram: um na linha da gestão, que visa a alcançar metas institucionais, portanto capaz de articular ações técnicas e administrativas, a fim de mensurar resultados produzidos; e outra, inserida na Constituição Brasileira de 1988 enquanto um direito social e responsabilidade do Estado, significando para usuários e trabalhadores dos serviços

de saúde um novo modo de cuidar que deve observar, para tanto, a inclusão do usuário (DELGADO-GALLEGOS; VÁLQUEZ, 2009; SERAPIONI, 1999; TANAKA; MELO, 2004).

Além disso, se resgatarmos os preceitos citados na introdução da presente pesquisa que embasam as discussões deste trabalho e auxiliam justificar sua concretude, encontraremos um terceiro aspecto que fundamenta a ABS e no marco da Reforma Sanitária já vinha como constituinte de um dos princípios do SUS: a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a). Neste aspecto, podem viabilizar as gestões participativas e impulsionar mudanças.

Para cumprir essa importante prática no contexto do SUS, a escuta de seus usuários, *“as opiniões e demandas da população (...) devem ser valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema”* (BRASIL, 2004b, p.13). Uma das possibilidades de contemplar esta estratégia é utilizar as metodologias de avaliação da satisfação dos usuários, à medida que propicia ao usuário do SUS a oportunidade de opinar sobre as políticas e os sistemas de saúde e avaliar o atendimento prestado por estes (BRASIL, 2006c).

No entanto, a literatura demonstra que o processo de participação social e a incorporação do princípio da corresponsabilidade, no escopo da gestão em saúde, ainda é bastante incipiente (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009). Os autores constatarem em suas pesquisas que, dentre outros motivos, a não participação cidadã se relaciona com a falta de incentivo por parte dos profissionais da saúde e com a atitude que muitos usuários adotam assumindo uma postura de gratidão diante dos serviços recebidos. Assim, estes dados reforçam a tese de que a participação comunitária, um dos princípios que foi destacado no SUS e retomado na PNAB (BRASIL, 2006a), não se garante apenas pelas conquistas obtidas no plano legal. É preciso que ela se expresse na prática cotidiana dos serviços de saúde, buscando os gestores e trabalhadores ampliar os espaços de escuta e decisão com compromisso social e corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Segundo estudo realizado por Delgado-Gallego e Válquez (2009), a grande maioria dos usuários e líderes comunitários entrevistados se percebe com capacidade de influenciar na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, desde que exista uma política institucional de construção e ampliação dos espaços coletivos de gestão e participação social. Atribuem também a possibilidade de impulsionar mudanças a,

fundamentalmente, alguns fatores internos relacionados com seu comportamento participativo, comprometimento, conhecimento e consciência de seus direitos de cidadania.

Algumas investigações avaliativas, no cenário da saúde, demonstraram que dar voz aos usuários, ou seja, possibilitar oportunidade de expressão valorizando os espaços coletivos de avaliação e decisão no cotidiano dos serviços de saúde, fortalece o poder de pressão dos usuários e torna-os cidadãos conscientes de seus direitos, uma vez que o *usuário* pode desejar níveis mais altos de qualidade dos serviços e como *cidadãos* participativos podem julgar que os recursos poderiam ser mais bem alocados em outra parte, para monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos, participando dos processos de planejamento e exercendo o controle social (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2005; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Ao considerarmos também o processo de disputa pela Reforma Sanitária brasileira, perceberemos que ela aponta para os arranjos tecnoassistenciais necessários para organizar um sistema único voltado para integralidade e humanização. Sistema este que funcione como malha de cuidados ininterruptos à saúde e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos a serviços assistenciais descompromissados, formatando um sistema descontextualizado das necessidades e problemas de saúde das pessoas e da população (MATTOS, 2003). Este é um dos princípios necessários a serem apropriados pelos usuários que se dispõem e se dedicam ao exercício do controle social.

4.3 Dialogando sobre a integralidade

Retomando o percurso desta reflexão para o contexto sanitário atual, destacaremos que o modelo assistencial em consolidação, a partir do SUS, exerce inquestionável influência na definição de um cenário cujas particularidades impõem reconhecer e considerar iniciativas de avaliação que apontam para uma construção teórico-metodológica que lhe dê sustentação. Assim, tal modelo estimula uma apreensão ampliada do processo saúde-doença e busca priorizar a construção de

práticas de cuidado com base nos pilares da integralidade e humanização, conforme esposado na seção anterior.

A integralidade traz conceitos diversos e significados que permitem caracterizá-la como uma palavra polissêmica. Buscando explorar essa pluralidade, discorreremos na sequência deste trabalho sobre algumas dessas diferentes abordagens e seus significados para o sistema de rede em serviços de saúde.

Em primeira instância, é importante resgatar a complexidade da concepção de saúde que, após críticas ao processo de medicalização da vida, necessitou ser ampliada, passando a considerar o sujeito em sua unidade e integridade biopsíquicas, inclusos os componentes espirituais, relacionais e sociais (ENGEL, 1977).

Assim, podemos assumir a integralidade inicialmente na perspectiva de enxergar o homem como um ser integral em suas necessidades físicas/biológicas, psíquicas e emocionais, socioeconômicas, culturais e espirituais. Segundo este conceito, Campos (2003) afirma que as pessoas devem ser tratadas como sujeitos, e a atenção dispensada deve ser totalizadora, levando em consideração as dimensões biológica, psicológica e social. Trata-se de um modo de compreender e ressignificar o indivíduo, fundamentado na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado por suas dimensões consideradas separadamente (CAMPOS, 2003). Da mesma forma implica em um repensar da saúde com feições socioculturais no que diz respeito à formulação, distribuição e organização dos serviços de saúde (CAMPOS et al., 1994).

Entendemos que o princípio da integralidade do SUS apresenta interdependência e complementaridade com os demais princípios, sendo que o comprometimento de qualquer um deles pode interferir diretamente na integralidade (PEREIRA, 2008). Demarcaremos o enfoque da integralidade da atenção que fundamentará esta investigação:

Implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isto inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários (STARFIELD et al., 2003, p. 62, apud ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Esta pesquisadora abrange e elucida com muita propriedade a questão da integralidade como princípio da APS, quando entende e configura-o como um conjunto de recursos e arranjos que os profissionais necessitam mobilizar a fim de possibilitar atender ao máximo as necessidades de saúde demandadas pelos usuários. Nesta perspectiva, entende que a amplitude de variedade dos problemas apresentados e detectados na ABS é muito maior que em outros serviços que já recebem os problemas com especificidade mais bem definida. Destaca ainda que os profissionais precisam desenvolver práticas de atenção, procurando reconhecer os problemas de saúde mais distintos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais (STARFIELD, 2004).

Dessa forma compreende-se que a autora perpassa pelos aspectos do macro e do microespaço dos serviços de saúde que serão abordados logo adiante, por outros autores que vêm reforçar a demarcação da concepção de integralidade a ser trabalhada neste estudo.

O conceito apresentado pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM) e pela UNICEF corrobora com os pensamentos acima, pois, afirma que para sermos coerentes com os princípios do SUS, é preciso operar nos serviços de saúde, concebendo a integralidade do homem e também a integralidade do sistema de saúde:

refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mesma forma se constituem em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral (IBAM/UNICEF, 1992, p. 13).

Campos (2003) reforça que a ABS está relacionada com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto outros níveis do sistema como o secundário e terciário são mais específicos ou especializados/ parcelados, contando com procedimentos e diagnósticos muitas vezes baseados em aparelhos e exames. Neste aspecto, percebemos que a atenção básica está relacionada com grande complexidade de conhecimentos e habilidades diversificadas dos profissionais de saúde. Outra autora acrescenta que a interdisciplinaridade dos conhecimentos envolvidos evidencia a alta complexidade das ações na ABS, assim como o

reconhecimento da existência das diferentes dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais que envolvem os sujeitos (PINHEIRO, 2005).

Dessa forma, os autores nos trazem a ideia da concepção de integralidade, baseada na necessidade dos sujeitos integrais terem a possibilidade de acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, por portarem necessidades de saúde distintas, nos diversos momentos do seu ciclo de vida. Versam sobre o aspecto de integralidade relacionado à garantia de acesso a todas as tecnologias⁹, leves, leve-duras e duras, necessárias à vida (CAMPOS, 2003; STARFIELD, 2004).

No caminhar da ABS no Brasil, retomaremos também, a fim de melhor fundamentar esta investigação, a Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006, citada no início deste estudo, buscando detalhar as características necessárias à efetivação do princípio da integralidade e que vai ao encontro das concepções da pesquisadora americana, Bárbara Starfield. A vigente portaria traz uma orientação que perpassa as diversas facetas da integralidade, possibilitando-nos promover a apropriação deste princípio em suas distintas formas de compreensão, a saber:

- coordenação do cuidado na rede de serviços, a fim de ofertar continuidade das ações e longitudinalidade do atendimento seja nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, no domicílio, no ambulatório ou no hospital. Nesta perspectiva, propõe o desenvolvimento relacional que constrói vínculo e responsabiliza equipes e usuários;
- sistemas integrais de saúde: articulação de ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos e reabilitação, buscando desenvolver ações intersetoriais;
- integrar ações programáticas e de demanda espontânea, atendendo os indivíduos em suas necessidades emergenciais ou mobilizando recursos para garantir a assistência necessária e de boa qualidade;
- desenvolver o trabalho em equipe, de forma qualificada e interdisciplinar, em qual cada membro favoreça a integração e articulação adequada às necessidades de saúde da população, com comprometimento e valorização (BRASIL, 2006a).

⁹ Essas tecnologias encontram-se descritas, com maior detalhamento, na primeira vez em que apareceram no texto deste estudo, p. 25, em nota de rodapé.

Outro autor, Mattos (2001), propõe três sentidos para a integralidade que perpassam por estes caminhos e se expressam nas respostas das políticas governamentais aos problemas e situações de saúde.

Um primeiro sentido atribuído pelo autor refere-se a um conjunto de atributos necessários às práticas profissionais de saúde; outro faz referência à organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, a fim de articular ações de alcance preventivo com as práticas assistenciais, e um terceiro conjunto de sentidos da integralidade que se apresenta pelo autor vinculado às configurações de certas políticas especiais governamentais (MATTOS, 2001).

No primeiro conjunto de sentidos, Mattos (2001) relaciona valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática e, portanto, se expressará na forma como os profissionais de saúde respondem aos que demandam sua assistência, defendendo uma atitude que busca ampliar o olhar para a apreensão de necessidades não manifestas pelo usuário e não exclusivamente na que o levou a acessar o serviço.

O segundo conjunto de sentidos da integralidade converge para a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, em que o autor tece uma crítica às ações desses serviços, muitas vezes caracterizadas pela dicotomia estabelecida entre as práticas preventivas de saúde pública e as práticas assistenciais curativistas. Nesta organização, define-se uma estrutura hierarquizada e dicotomizada responsável por cristalizar os serviços em níveis de atenção no qual os serviços caracterizados pelo primeiro nível estariam se responsabilizando por práticas de caráter promocional e de prevenção de agravos, e os serviços vinculados ao segundo e terceiro níveis de atenção estariam destinados a trabalhar com as doenças da população. Dessa forma, ao tomarmos o princípio da integralidade, essa dicotômica relação na forma de se pensar e fazer saúde na organização da atenção se torna inaceitável, sendo imprescindível que os serviços contemplem, em sua real conformação, tecnologias diversas que permitam realizar a identificação das necessidades ampliadas de saúde com articulação e mobilização dos recursos necessários para oferecer respostas efetivas ao grupo populacional a quem o serviço foi disponibilizado.

Outro autor, Cecílio (2001), faz confluência com dois conjuntos de sentidos elaborados por Mattos (2001), quando considera que a integralidade precisa ser trabalhada em suas diversas dimensões e, nesta linha de pensamento, elabora duas

dimensões para tratar deste princípio: a “*integralidade focalizada*”, compreendendo que neste aspecto,

A integralidade “deve ser fruto dos esforços e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (ESF) ou um hospital. (CECÍLIO, 2001, p.115)

... aproximando-se então às práticas dos profissionais e considerando nesta perspectiva que tais práticas de saúde devam se pautar pelo compromisso e pela preocupação de realizar a “*melhor escuta*” para desvendar as reais necessidades dos usuários que acessam os serviços de saúde, sendo que tais necessidades são apresentadas ou “*travestidas*” em alguma(s) demanda(s) específica(s). Sendo a atenção processada desta forma, a integralidade focalizada “*há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo*” (CECÍLIO, 2001, p.116).

Na segunda dimensão, denominada “*integralidade ampliada*”, o autor se aproxima do segundo conjunto de sentidos da integralidade proposto por Mattos (2001), no momento em que considera o produto da articulação dos diferentes serviços de saúde e também entre estes e os serviços fora do setor específico da saúde, caracterizando a atenção em uma rede de serviços de saúde ou não. Cecílio compreende que:

A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra. (CECILIO, 2001, p.120)

Neste estudo, tomando como referencial proposto inicialmente a pesquisadora Bárbara Starfield, tangenciaremos as dimensões propostas por Cecílio (2001) que realizam afluência ao primeiro e ao segundo conjunto de sentidos da integralidade (MATTOS, 2001), visto que ambos se aproximam dos fundamentos da autora supracitada.

Assim, a integralidade, em seu sentido mais amplo, constitui objetivo de rede, e sua concretização depende de uma articulação entre a micro (integralidade focalizada, política local) e a macropolítica (integralidade ampliada, políticas intersetoriais), e não apenas do espaço singular dos serviços (espaço micro de uma unidade de saúde). Depende, portanto, de uma articulação entre os serviços e as

ações setoriais e intersetoriais. Ainda considera que, conforme o momento em que vive o usuário, a tecnologia de saúde de que necessita pode estar em uma Unidade Básica de Saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados, ou até mesmo poderá depender de uma cooperação com outros setores da política governamental (MATTOS, 2001).

Nesse prisma, o acesso do usuário a todos os níveis de complexidade de que necessite se faz em uma das condições para assegurar a integralidade no SUS, mas não o garante se considerado (o acesso) isoladamente. A integralidade nunca se realiza em apenas um lugar, seja qual for a complexidade deste serviço, assim ela deve se iniciar na forma como os processos de trabalho se organizam, reportando à ideia de rede, com múltiplas entradas e fluxos (CECÍLIO, 2001).

Nos traços dessa organização que busca concretizar a integralidade, lembram Franco e Magalhães Júnior (2003) da importância de se elaborar um projeto terapêutico cuidador com participação multiprofissional que associe os cuidados individuais aos diversos campos e saberes de práticas da vigilância à saúde, para que num esforço conjunto, com diretrizes de acolhimento e vínculo, toda a equipe possa compreender e captar, da melhor forma possível, as necessidades de saúde da população que procura o serviço.

Para Pereira (2008), esse movimento torna evidente que assumir a integralidade implica em uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e adesão à abertura para o diálogo, ampliando as possibilidades de apreensão das necessidades demandadas pelos usuários, com esforço para uma revisão e organização contínua do processo de trabalho e incorporação das diversas tecnologias nos serviços que compõem o sistema de saúde, tecendo uma organização pautada no compromisso usuário centrado.

Cabe ressaltar que necessidades e demandas devem ser compreendidas de forma contextualizada, o que remete a explorar outros conceitos teóricos, sendo que neste estudo não estamos nos comprometendo com essa exploração, porém demarcaremos a concepção adotada para necessidades de saúde.

Necessidade é atributo do que é necessário, do que é preciso e também do que não se pode evitar. Etimologicamente vem do latim *necessitas* que definia aquilo que era necessário, inelutável e inevitável. Escrito no plural, o termo necessidades, além de referir-se às carências naturais que o organismo humano tem de comer,

beber, dormir, dentre outras, define as exigências mínimas para satisfazer condições materiais e morais de vida (SILVA et al., 2006).

As necessidades em saúde configuram-se numa construção sócio-político-biológico-psicológica, portanto uma taxonomia totalizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos, que pode ser organizada em quatro grandes conjuntos, segundo Cecílio (2001):

- a) Necessidade de ter boas condições de vida: incluem os fatores do ambiente externo que determinam o processo saúde-doença, a saber: moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, inclusão social, direito à diferença e respeito às necessidades especiais;
- b) Necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias de saúde (leves, leve-duras e duras) capazes de melhorar e prolongar a vida, abandonando a pretensão de hierarquizar estas tecnologias em níveis de complexidade crescente;
- c) Necessidade de ser acolhido e ter vínculos (a)efetivos com os profissionais e uma equipe de saúde: ter sempre uma referência de responsabilidade pelo seu atendimento dentro do sistema, estabelecer relação de confiança, contínua no tempo, pessoal e intransferível: encontro de subjetividades;
- d) Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”: ser tratado como sujeito do saber e do fazer, oferecendo informação e educação em saúde como parte do processo de construção do sujeito em graus crescentes de autonomia, possibilitando a cada pessoa lutar pela satisfação de suas necessidades de forma mais ampla possível, operando o seu próprio modo de “andar a vida”.

De acordo com Cecílio (2001), a escuta dessas necessidades vai ampliar a capacidade de respostas por parte dos trabalhadores e, conseqüentemente, o poder de resolubilidade dos serviços de saúde em relação às demandas daqueles que procuram o sistema de saúde. Dessa forma, aproximamo-nos do princípio institucional da integralidade, contribuindo para a transformação das práticas profissionais, portanto a partir da mudança e ampliação do olhar dos trabalhadores que terão de buscar a articulação em rede de serviços de saúde para ofertar respostas coerentes, por meio da (re)organização externa dos serviços em malha de cuidados ininterruptos de saúde.

O que já está claro é que este contíguo de necessidades demonstra problemas de saúde sempre complexos porque se relaciona com diversas dimensões da vida, desde as que circunscrevem no corpo físico até as de ordem social e subjetiva. Respondendo então a essa complexidade e buscando sentidos na intervenção nos diversos campos da saúde, abre-se um leque de possibilidades de uso de variadas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

5 Percurso Metodológico

“Escolhi uma trajetória que só foi possível seguir porque alguém me indicou esta estrada. Duas pessoas foram responsáveis por isso, Zézé, por traçar comigo esse caminho, meu Pai do céu, por nos acompanhar a cada nova curva”. Obrigada Pai, por ser o alicerce de tudo que circunscreve a minha vida, pela oportunidade de me fazer presente neste universo tão grandioso.

Patrícia Abrahão, 2010

5.1 Natureza da pesquisa

A escolha do problema a ser trabalhado na pesquisa assim como da metodologia que melhor se adapte ao objeto de estudo revelam as concepções e visão de mundo daqueles que vivenciam e ao mesmo tempo pesquisam determinada realidade. Assim devemos traçar um percurso metodológico coerente com a compreensão que se tem do objeto e do contexto de estudo.

Minayo (1993), em sua discussão sobre a delimitação da temática em pesquisa social na área da saúde, revela que o investigador se identifica com o objeto de investigação, eles têm a mesma natureza e estão comprometidos. Explicita ainda que, na construção do objeto de estudo, é preciso labor teórico articulado ao esforço prático de informação, crítica e experiência.

A vinculação do pensamento à ação é abordada pela autora que o atrela à escolha da temática para justificar a não espontaneidade de sua origem, explicando que nada pode ser intelectualmente um problema de investigação se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Surge, portanto, de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, resultado de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (MINAYO, 1993).

Nesse sentido, vamos reforçar as assertivas anteriores ao escolher trabalhar um tema com o qual nos identificamos, e mesmo o objeto desta investigação constitui parte da nossa prática profissional, são frutos da vivência e da problematização do cotidiano do trabalho da enfermeira, nos serviços da rede de atenção básica em saúde. Citando Frigotto (1989, p.87):

[...] quando iniciamos uma pesquisa não nos situamos num patamar *zero*, de conhecimento; pelo contrário, partimos de condições já dadas, existentes, e de uma prática anterior, nossa e de outros, que gerou a necessidade da pesquisa ao problematizar-se.

Entendemos que a construção de uma metodologia revela a necessidade de aplicar métodos coerentes ao objeto de estudo. Assim, considerando que o objetivo deste estudo é avaliar a assistência ofertada pela rede de atenção básica em saúde sob o ponto de vista dos usuários, optamos por construir-se um percurso metodológico de **natureza descritiva, utilizando a abordagem qualitativa** à medida que tal perspectiva dá abertura à apreensão da complexidade presente nas

relações sociais. Acreditamos que este percurso favoreça uma aproximação com a realidade social na qual cada ator se insere, sempre carregada de muita subjetividade, sentidos e sentimentos conflituosos, ou não, que transpassam significados diversos em seus modos de “andar a vida”.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa é capaz de delinear um caminho que transcorre o campo de estudos da saúde coletiva na temática da satisfação em relação à prestação de serviços. Utilizando a abordagem qualitativa do processo de avaliação com enfoque na satisfação dos usuários atendidos em serviços da rede básica de saúde, possibilitaremos abordar características subjetivas dos sujeitos em processo de análise, envolvendo e valorizando suas individualidades.

A pesquisa descritiva, segundo Trivinõs (1994), possibilita uma visão mais ampliada do campo e do fato em estudo, tendo por finalidade: desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, buscando formular os problemas de forma mais precisa ou levantar hipóteses que poderão ser estudadas posteriormente.

Em relação à abordagem qualitativa, Minayo (1993) afirma que esta permite trabalhar com contextos de significados, concepções, aspirações, motivações, valores e atividades que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não possibilitam somente o uso de variáveis quantificáveis, mas também trabalhar com a fala espontânea, realista e natural, assim como a não linearidade das respostas sobre realidades tipicamente não lineares (DEMO, 1998).

As contribuições desse tipo de interação metodológica no sentido de pesquisar e auxiliar, na construção do complexo objeto saúde-doença-assistência, vislumbram diversas modalidades de diálogo que provêm da compreensão e explicação em profundidade das crenças, práticas, lógicas de ação, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, os programas e as demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde (DESLANDES; ASSIS, 2002).

A realidade social constitui-se de representações, opiniões e subjetividades arraigadas nos costumes e valores de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas e, definindo o nível simbólico dos significados e da intencionalidade dessas relações que se expressam pela linguagem comum e na vida cotidiana, constitui-se nas camadas mais profundas e,

portanto, campo de investigação das pesquisas qualitativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nesse sentido, acreditamos que essa abordagem permitirá olhar e trabalhar o objeto deste estudo com fundamentos que exigem incorporar o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais dos serviços de saúde, apostando que os usuários, a partir de sua percepção sobre a tríade saúde-doença-assistência, podem ser importantes sujeitos de transformação, com possibilidade de (re)construção da prática da assistência à saúde com ênfase na integralidade da atenção, marcada por uma relação acolhedora, com compromisso e responsabilização.

O confronto da fala com essa prática social tecida também por fios de material ideológico que servem como trama a todas as relações sociais; e a observação de condutas e a interpretação do conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, em que a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os seus significados mais latentes; correspondem ao objeto da análise qualitativa completa (MINAYO; SANCHES, 1993).

Dessa forma, acreditamos (pensamos) que esta pesquisa permitirá avançar na aproximação com a realidade ao explorar fenômenos já conhecidos, porém com poucas acumulações nas interfaces de avaliação dos serviços de ABS e outras interfaces inexploradas enquanto processos avaliativos que partem dos usuários.

5.2 Campo e local da pesquisa

Situa-se o município de Ribeirão Preto, região nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, com 605.114 habitantes, numa área de 650,37 Km², segundo o Censo Demográfico estimado da população para o ano de 2010. Desta população, 99,69% residem na zona urbana. O município faz parte do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII (SEADE, 2010).

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Populacional (IDHM) foi de 0,855, o que mostra que o município possui um dos melhores padrões de vida do Estado de São Paulo e do Brasil, principalmente pelos indicadores de renda,

educação e saúde. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos em 2008 foi de 9,05 e a mortalidade geral por 1.000 habitantes foi de 6,11 (SEADE, 2010).

O município encontra-se entre os maiores do Estado de São Paulo e do Brasil, caracterizando-se como centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas diversas áreas do conhecimento humano, especialmente na área da saúde. No setor saúde, o município constitui uma ampla rede pública de prestação de serviços, fazendo parte de seu complexo hospitalar 15 (quinze) unidades hospitalares, sendo 09 (nove) deles com leitos SUS. Entre estes, está o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), centro de referência para toda a região nordeste do Estado e com inúmeros serviços de apoio diagnóstico e de assistência à saúde de caráter privado (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

A regionalização da rede de serviços de atenção básica à saúde definiu a divisão do município em cinco Distritos Sanitários, constituídos de Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) que comportam pronto-atendimento 24 horas e algumas especialidades médicas. Fazem parte deste sistema de serviços de saúde, 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), 01 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM-II), 01 Centro de Referência em DST/AIDS, 01 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-II, CAPS-III e CAPS-AD), 01 Ambulatório Regional de Saúde Mental e outro do Distrito Oeste, 22 equipes de saúde da família (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Este estudo foi realizado no Distrito Oeste de Saúde, campo de atuação da USP, estabelecido nos termos do Convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e a Universidade de São Paulo.

No ano de 2007, momento em que se desenvolveu a coleta dos dados, esse Distrito possuía cerca de 140 mil habitantes, e a distribuição de suas unidades obedecia à seguinte conformação estrutural: 01 UBDS, 08 UBSs e 05 Núcleos de Saúde da Família. Neste conjunto de unidades, ainda se inserem 10 ESFs e 05 EACSS (PEREIRA, 2008).

5.3 Sujeitos da pesquisa

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do fenômeno em estreita relação de determinação e determinantes de uma realidade. Assim, neste projeto, trabalharemos com 39 usuários selecionados de forma aleatória em suas Unidades de Saúde, que participaram dos grupos focais do Projeto Matriz.

Essa população de 39 usuários constitui-se de adultos, idosos e acompanhantes de crianças ou de pessoas incapacitadas para responder, da rede básica de saúde do Distrito Oeste, que desejaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foi estabelecido, como um aspecto importante a ser considerado, o tempo de atendimento na rede, devendo ser incluídos apenas os usuários atendidos há pelo menos um ano, nos serviços de saúde deste Distrito.

Para certificar a presença dos usuários das Unidades do Distrito Oeste de Saúde, foi elaborada uma estratégia de inclusão onde os auxiliares de pesquisa se dirigiram às respectivas unidades e convidaram até cinco usuários aleatoriamente. Nestes locais, os auxiliares de pesquisa se conduziam à sala de recepção, onde o usuário entregava o cartão de consulta e aguardava ser chamado. Os auxiliares de pesquisas se posicionavam de forma a ficar de frente para o usuário, identificava, a partir de seu lado direito, aquele que correspondia ao número sorteado previamente. A partir deste, convidava sequencialmente os demais usuários até completar cinco pessoas de cada unidade, visando a totalizar 15 participantes; número estabelecido segundo recomendações para composição numérica de grupo focal (MORGAN, 1997).

Dentro do Projeto Matriz, na vertente qualitativa da avaliação da satisfação dos usuários da atenção básica, foram desenvolvidos quatro grupos focais, em janeiro de 2008, nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, dirigidos por pesquisadoras do Projeto.

Ainda para assegurar a participação de usuários de todas as Unidades de Saúde do Distrito Oeste no grupo focal, optamos por realizar afluência em quatro grupos, considerando a proximidade dos bairros e características organizacionais, segundo conformação abaixo (Quadro 1):

GRUPOS	UNIDADE DE ABRANGÊNCIA	TIPO DE ASSISTÊNCIA PRESTADA	Caracteres dos participantes		TOTAL
			Sexo F	Sexo M	
Grupo 1 (G1)	UBS Pres. Dutra UBS Vila Albertina UBS Vila Recreio	Clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, atendimento de enfermagem, odontológico e assistência farmacêutica.	10	---	10
Grupo 2 (G2)	UBS Dom Mielle UBS José Sampaio UBS Maria Casa-Grande Lopes	Clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, atendimento de enfermagem, odontológico e assistência farmacêutica.	06	01	07
Grupo 3 (G3-ESF)	NSF-I, NSF-III NSF-IV e NSF-V	Unidades exclusivamente, desde o início do funcionamento, com desenho organizacional da ESF.	09	03	12
Grupo 4* (G4*)	UBS Ipiranga CSE Ipiranga CMSC Vila Lobato	*Unidades com atendimento em clínica médica ou em pediatria, ginecologia e obstetrícia.	09	01	10
TOTAL DE PARTICIPANTES NOS GRUPOS FOCAIS					39

Quadro 1 - Identificação da composição dos grupos focais em número e sexo, por Unidade de Saúde de referência, segundo o tipo de assistência. Ribeirão Preto-SP. Jul-2009

A esses participantes foi assegurado o transporte de suas residências até a Escola de Enfermagem e o retorno. Foi fornecido um convite por escrito constando data, hora e local assim como os telefones para contato. No dia anterior à realização do grupo, foi feito contato telefônico para identificar alguma alteração prévia do compromisso e também confirmar o horário do transporte para a locomoção até a Escola de Enfermagem.

5.4 Procedimentos de coleta de dados: a técnica e o instrumento de coleta

Morgan (1997) define grupo focal como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio da interação grupal, sobre um determinado tópico, selecionado pelo pesquisador. Na essência, é o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo os dados, por si mesmo, são trazidos pela interação grupal. Ainda permite

revelar o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas; conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes; observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas; possibilitar a reprodução de processos de interação que ocorram fora dos encontros grupais. Esses dados são possíveis de serem obtidos por meio do grupo focal, em curto espaço de tempo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1995).

Seguindo as recomendações práticas de Morgan (1997) e Westphal, Bógus e Faria (1995), para a composição do grupo focal, convidamos 15 usuários para cada encontro, inclusive com 20% de excedentes assinalados pelo autor. Outra consideração desses autores, também adotada no presente estudo, foi a coordenação dos grupos ser assumida por um profissional com preparo tanto no aspecto técnico do trabalho grupal quanto no aspecto do conteúdo a ser abordado. Além disso, a presença de observadores somou esforços no sentido de registrar aspectos não verbais e a dinâmica de interação entre os participantes, complementando o registro sistematizado de cada sessão por meio de gravações, com o consentimento dos integrantes (MORGAN, 1997).

Foi elaborado um roteiro orientador para o desenvolvimento do grupo focal (APÊNDICE B). Ainda seguindo as orientações dos estudiosos supracitados, foram realizados quatro encontros, sendo um por grupo. A duração dos encontros por grupo foi em torno de 02 horas e 30 minutos. Anteriormente ao início do grupo, foi proporcionado um momento para os usuários e os pesquisadores tomarem uma água ou café e estabelecerem uma conversa informal visando a facilitar a interação entre os integrantes do grupo. A seguir, foi preenchida uma planilha com os dados de cada participante.

As cadeiras foram colocadas em roda, e as pessoas acomodavam-se livremente. Recebiam cada qual uma etiqueta constando o próprio nome para facilitar a identificação e possibilitar o tratamento de cada integrante pelo nome no processo comunicacional. Após a apresentação de cada integrante do grupo, a coordenadora retomou os objetivos do encontro. Destacamos que, em todos os grupos, foram adotados os procedimentos éticos preconizados, com distribuição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A- TCLE) e leitura em voz alta, interrompendo sempre que necessário frente a dúvidas que surgissem. No término da leitura, ainda foi reforçada a livre escolha em participar ou não da pesquisa, sem danos ou prejuízos aos mesmos, colocando que ficassem à vontade

para permanecer ou se retirar, caso não quisessem mais participar da pesquisa. Na sequência, foi disponibilizado um tempo para reflexão e decisão da permanência ou não nos grupos.

Já, nesse momento, a participação dos usuários foi bastante ativa, não ocorrendo nenhuma desistência em continuar. Seguindo as orientações do roteiro proposto, o grupo ocorreu e ressalta-se que a participação ativa, emitindo opiniões próprias favoráveis ou não, posicionamentos divergentes e convergentes e a exposição de vivências nos cenários dos serviços de saúde, que mostravam satisfação ou insatisfação, foram bastante intensas. Houve unanimidade entre os participantes do grupo em demonstrar contentamento por ter participado do encontro e também em afirmar a necessidade de ocorrer este tipo de trabalho grupal nas Unidades de Saúde.

Dentre as questões elaboradas no roteiro norteador, atentaremos às falas que carregam o significado e a percepção da satisfação e da insatisfação, bem como aspectos facilitadores e os obstáculos referentes ao atributo “integralidade”, conforme definição adotada no quadro teórico deste estudo, registrada nas páginas 53 a 60.

5.5 Considerações éticas

Para a realização da pesquisa, foi observada a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, número 196 (1996), que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, bem como para todos os gerentes das Unidades de Saúde que compõem a rede básica do Distrito Oeste para consentimento, respeitando os trâmites legais.

Após a aprovação pelo secretário da saúde do município, a pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sendo aprovada conforme ofício CEP-EERP/USP, número 192/2007, de 05 de setembro de 2007. A pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos, respeitando a dignidade humana.

Assim, o respeito à autonomia dos sujeitos deste estudo, prerrogativa da pesquisa envolvendo seres humanos, se fez presente na forma do consentimento informado. Consta no TCLE (APÊNDICE A) os procedimentos da pesquisa e os parâmetros de segurança para os usuários participantes, ficando uma via assinada com os pesquisadores e outra via com o usuário. Garantiram-se aos participantes, o sigilo das informações, a voluntariedade na participação e a possibilidade de interromper o preenchimento do instrumento a qualquer momento, sem penalidade alguma ou prejuízo ao seu atendimento nos serviços de saúde. Este estudo não incorreu em nenhum risco de caráter físico ou psicológico ao usuário, estando o mesmo livre para optar em participar ou não da pesquisa. Quanto aos serviços envolvidos, foi garantido o anonimato.

O retorno social da pesquisa vem ocorrendo sob a forma de divulgação dos resultados, com o qual os autores se comprometem, por meio de publicação em periódicos, eventos e outros meios julgados pertinentes.

5.6 Análise e tratamento dos dados

Estes dados se referem às falas provenientes das discussões dos grupos focais que foram gravadas e encontram-se transcritas, totalizando 338 páginas. As transcrições foram realizadas *ipsis litteris*, observando-se a fidedignidade da fala dos participantes bem como a privacidade de informações e receberam os códigos G1, G2, G3, G4, de acordo com a ordem cronológica em que foram realizados os grupos focais. Alguns sujeitos da pesquisa não puderam ser identificados devido aos códigos utilizados pelos auxiliares de pesquisa no momento da transcrição. Isso ocorreu com os participantes do primeiro grupo focal (G1) que serão tratados com a expressão “sujeito indeterminado”. Posteriormente, esta lacuna foi corrigida, sendo observado o sigilo na identificação dos participantes, porém por meio da utilização de códigos (“sujeito 1, sujeito 2, sujeito 3” e assim por diante) que permitissem analisar também a participação desses usuários nas discussões. Para as unidades de saúde do distrito estudado, quando referidas no discurso dos usuários participantes dos grupos focais, optamos por letras e números fictícios precedidos da sigla UBS ou USF, a depender da característica organizacional e do modelo de

assistência adotado pelo referido serviço. Para a Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), quando não revelado o nome da UBDS, mantivemos dessa forma, porém quando sim, optamos por substituir sua denominação por uma expressão que caracterizasse o serviço prestado: “PA- 24 horas” (pronto-atendimento).

Retomando os objetivos elencados no presente estudo, evidenciaremos que o primeiro deles visa a analisar a percepção da satisfação e da insatisfação dos usuários da rede de atenção básica do Distrito Oeste de Saúde, em relação à atenção em saúde. Assim, os dados foram analisados na abordagem metodológica qualitativa, pois, como nos lembra Ludke e André (1986), este tipo de abordagem visa a apreender o caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto, sem desconsiderar suas especificidades, as relações institucionais e organizativas que o permeiam.

A análise qualitativa da fala dos atores envolvidos neste estudo foi realizada por meio de uma abordagem que, para Minayo (1993), compõe-se de uma fonte de informação de dados relativos às falas, crenças, ideias, maneiras de atuar, à conduta ou ao comportamento, às razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, aos sentimentos e às maneiras de agir. Ocupa-se de uma realidade que não pode ser quantificada e, portanto, trabalha com um contexto de significados e concepções que correspondem ao espaço mais profundo das relações humanas (MINAYO, 1993).

Recorremos à Análise de Conteúdo como orientação para o tratamento dos dados coletados por intermédio dos grupos focais, visto que esta é composta por técnicas de análise de comunicação que visa a obter aspectos significativos e inferenciais dos conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens, por meio de procedimentos ordenados e objetivos para a descrição do conteúdo destas mensagens. A análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para alcançar um nível mais profundo que ultrapasse os significados manifestos. Geralmente faz parte de seu contexto de análise relacionar estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados. Realiza articulações da superfície do texto descrito em análise com fatores que determinam suas características que são: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2004).

A modalidade de análise de conteúdo escolhida para utilização neste estudo foi a **modalidade temática** que busca atingir os significados manifestos e latentes no material empírico. Como uma das técnicas que melhor se adapte à investigação qualitativa do material sobre *saúde*, a análise temática utiliza a noção de *tema* ligada a uma afirmação, a respeito de determinado assunto (MINAYO, 2004).

Bardin (1979) compreende o tema como a unidade de significação que emerge do material analisado e pode ser recortado em ideias constituintes em enunciados ou em proposições portadoras de significações isoláveis. Desse modo busca-se apreender os **núcleos de sentidos** que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2004).

Operacionalmente, a análise temática prevê três etapas que, segundo Bardin (1979), compreendem:

- pré-análise: selecionar o material a ser analisado, realizando um contato exaustivo, e formular indicadores para orientar a interpretação final, formular hipóteses e objetivos, determinar a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise. Neste momento, deve-se considerar que tais pressupostos iniciais sejam flexíveis, de forma que permitam hipóteses emergentes, a partir de procedimentos exploratórios;
- explorar o material: aplicar o que foi estabelecido na fase anterior, classificando e agregando os dados, ou seja, classificar os dados brutos visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto;
- tratar os resultados obtidos e interpretá-los: interpretar com base no quadro teórico, realizar inferências e abrir outras pistas relativas à dimensão teórica que surge, a partir da leitura do material.

Nesse sentido, pretende-se trabalhar na perspectiva prevista da análise temática desenvolvida por Minayo (2004), inspirada em Bardin (1979), procurando praticar o processo de impregnação pelos dados, mostrando como se estabelece a interação entre a teoria e o que os dados sugerem, como as ideias iniciais são comprovadas ou refutadas, a variedade de aspectos que a linguagem dos dados transmite. Biasoli-Alves (1998) acrescenta que os dados falam por si mesmos, e a busca de seu significado é um ciclo que se repete e se recria até que a análise esteja completa e concretizada na redação.

Ao percorrermos as etapas propostas por Bardin (1979) na presente investigação, na **primeira etapa**, procedemos a um levantamento bibliográfico extensivo sobre os temas: satisfação e insatisfação do usuário em relação à integralidade da atenção nos serviços de ABS, buscando realizar uma análise pautada em nossa construção teórica associada aos dados empíricos obtidos. Experiências vivenciadas na rede básica de saúde do município assim como a participação em eventos relacionados com a temática também facilitaram e fundamentaram o desenvolvimento das análises.

A **segunda etapa** constituiu-se de uma segunda organização dos dados, com uma leitura exaustiva e repetida das transcrições dos grupos focais, agora enfocando e tomando por base os objetivos, o pressuposto e a literatura consultada que nortearam a investigação. Na codificação, inicialmente, levantamos temas que foram explorados durante as rodas de discussão com os sujeitos da pesquisa, tais como: **a satisfação como a expressão do usuário frente a um bom serviço de saúde ou ao bom atendimento; atendimento ruim e serviço de saúde ruim ou que gera insatisfação.**

Constituímos, também, uma síntese de cada grupo focal, facilitando destacar esses aspectos assim como o número de participantes, características individuais como idade e sexo, caracterização dos serviços de sua área de referência, visualização do tipo de assistência prestada, os assuntos de maior ênfase e a manifestação de cada grupo.

Na organização dos dados, estabelecemos um primeiro contato com os conteúdos revelados nas discussões dos grupos focais com os sujeitos envolvidos, na perspectiva de realizar um movimento classificatório. No decorrer de todo esse processo, foi possível eleger dois **NÚCLEOS DE SENTIDOS**, a saber: Satisfação e Insatisfação.

Para cada um dos temas levantados, foram recortados extratos das falas provenientes dos grupos focais, conforme exemplificado nos Quadros 2 e 3 abaixo:

Grupos Focais	NÚCLEO DE SENTIDO: SATISFAÇÃO
	Transcrições das falas
G1	<ul style="list-style-type: none"> • "A visita ajuda c/ que não tá entendendo, procuram cartão da família inteira e vão lá cobrar as vacinas." (p.17) • "Foi o médico e mais duas enfermeiras em casa, aí incentiva ele tomá remédio, ir nas consultas, retornos, explica o que tem que fazer, marca a consulta pra mim." (p.18) • "Se é pressão alta, ela já conhece, mede, me põe na sala, pergunta do remédio..." (p.19)
G2	<ul style="list-style-type: none"> • "Chegou meu horário, fui chamada, me botou lá pra dentro, ela mede a pressão de novo, me deu a maior atenção." (p.21) • "...me botou pra dentro, mediu a pressão de novo, viu fazer o curativo, deu injeção de tétano, mandou pro central fazer o raio x..." (p.21) • "...é número 1 em vacina, treinamento de funcionário, qualidade e quantidade de material, reciclagem também dos funcionários também tem bastante." (p.24) • "Criou vínculo de amizade, respeito, confiança; conversa, dá atenção, pergunto e o médico me ouve e esclarece tudo" (p.30) • "...já saí c/ consulta da pediatra marcada, teste do pezinho, tudo..." (p.32) • "No PA pediatra em 5 minutos atendeu, olhou ele tudo." (p.37)
G3 (USF)	<ul style="list-style-type: none"> • "...visitam a gente, tem ginástica, caminhada, nutricionista, reeducação alimentar." (p.8) • "O núcleo é muito mais amizade, o médico fica 2 anos, conhece a vida da família, conversa..." (p.17) • "...sou atendida em qualquer dia, a enfermeira leva a gente a pé, vai junto." (p.19) • "Dão atenção, carinho, já passou vários médicos, mas a Dra. 'W' tá sempre lá." (p.20) • "...me acalmou, senta aí, converso, explico o que acontece..." (p.22) • "...mesmo sem marcar, pode chegar lá 10 pras 4, te encaixam, sempre atende." (p.23) • "Graças a Deus tem o núcleo lá perto, passam receita, aí vô no PA buscar" (p.23) • "Já chego e elas fala: 'que foi Miriã? Dá o cartão, já vou atender. São atenciosas'" (p.23) • "Não é uma consulta-relâmpago, os funcionários te cumprimentam, sorriem..." (p.26) • "Não fui atendido por uma especialidade, mas por um conjunto de problemas que eu apresento, o médico é mais jovem e atualizado também." (p.27) • "Tenho liberdade para conversar, me sinto bem." (p.32) • "Me conhecia, meus filhos, minha família, sabia o caso, isso já ajudou muito." (p.37) • "Lá eles te conhece pelo nome, atende na hora, conhece o problema, minha mãe." (p.40)
G4*	<ul style="list-style-type: none"> • "...me mandou fazer soro, fui bem atendida lá." (p.9) • "É sempre o mesmo médico, isso é bom, esclarece tudo direitinho, explica o que tá acontecendo..., saio de lá contente." (p.31) • "Você chega ela fala teu nome, a pessoa levanta pra você, te olha e já vem com aquele sorriso, dá mais confiança quando eles atendem assim." (p.33)

Quadro 2 - Consolidado das transcrições dos grupos focais segundo o núcleo de sentido da satisfação. Ribeirão Preto-SP. Fev/Jul-2010.

Grupos focais	NÚCLEO DE SENTIDO: INSATISFAÇÃO
	Transcrições das falas
G1	<ul style="list-style-type: none"> • "É muito difícil ir até o PA, um sacrifício." (p.5) • "...no posto tem que ter medicamento, profissionais, equipamento certo." (p.6) • "Posto trabalha com agenda/o, você tem que ir antes de sentir mal." (p.7) • "Retorno tá pra 3 meses, não tem clínico suficiente." (p.8) • "...tô 3 anos sem papanicolau, não tem agenda." (p.9) • "...lá não tem raio x, nem eletro. É 6 meses pra conseguir fazer..." (p.9) • "Não tem vaga, médico tem que dá uma autorização pra PA." (p.10) • "Muita febre, deitava no banco... chão gelado, estrutura lá também não ajuda." (p.11) • "Curativo no período da tarde não tem." (p.11) • "Me encaixaram, ...mas "senta lá", não acalmam você"... (p.11) • "Coisa mais difícil que tem é a troca de médico" (p.17)
G2	<ul style="list-style-type: none"> • "Fiquei das nove e meia até quatro e meia pra ser atendido." (p.3) • "Era início de derrame, saí a pé de casa até o posto, com febre e pressão alta." (p.14) • "Sala de vacina três e meia já fechou..." (p.24) • "Como é que vai doente de bicicleta?" (p.27) • "Teste de gravidez, fiquei 4 dias pra conseguir fazer." (p.29) • "Se você for à tarde, tem má vontade, olham pra sua cara e falam: 'agora não tem médico não. Não tem posto no seu bairro?' (p.29) • "A farmácia fecha às 5, horário restrito, não acessível" (p.34) • "Dentista é muito difícil conseguir, é vaga pra um ano" (p.35) • "Encaminhamento pra pneumo esperei 1 ano, e aí ...sumiu a guia." (p.38) • "Tem dúvida, é carente, com dor, tem que acolher, receber bem, orientar, acalmar." (p.41)
G3 (USF)	<ul style="list-style-type: none"> • "Quatro da tarde, desde nove e meia não atendero, não agendado espera!" (p.14) • "Sábado o núcleo tava fechado, tive que ir pro PA..." (p.15) • "Não olhou na minha cara, não sabia nem que jeito que eu era." (p.20) • "...filas de farmácia que parece a fila do INPS no PA." (p.31) • "Me conhecia, meus filhos, família, sabia do caso, mas o PA? ...me deixou essa!" (p.37) • "Não é só a distância, o problema é o vínculo, lá eles conhecem a gente, a família..." (p.40)
G4*	<ul style="list-style-type: none"> • "...tava com dor na coluna, mas só tem GO, ele teve que dar encaminhamento..." (p.27) • "Daqui três ou quatro meses no retorno, se tivesse possibilidade de ser mesmo médico..., seria bom, você já tem confiança, conversa..." (p.29) • "Tenho visto falta de amor, compaixão, de educação mesmo, tem que tratar bem..." (p.31) • "Tinha que ter aerosol mais perto da casa da gente, PA é longe!" (p.32) • "...não pois a mão em mim, não viu minha pressão nem me examinou!" (p.35) • "A coleta de exames é feita na sala de curativo, então é até às nove só" (p.40) • "No posto o banheiro quebrado, não tem papel..." (p.42) • "É uma dificuldade pra marcar fisioterapia, o médico faz um papel que some..." (p.49) • "Derma no PA, to esperando faz 6 meses" (p.50)

Quadro 3 - Consolidado das transcrições dos grupos focais segundo o núcleo de sentido da insatisfação. Ribeirão Preto-SP. Fev/Jul-2010.

Em seguida, ao buscarmos analisar o significado e a percepção dos usuários dos serviços de saúde, um fenômeno social formado por uma diversidade de sujeitos sociais¹⁰, foi necessário imergir na dimensão subjetiva dos conteúdos manifestos.

¹⁰ Considera-se sujeito social o "ser real" que exerce ações, não se limitando a ser objeto delimitado por contornos lógicos, tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal (AYRES, 2001).

Neste movimento foi preciso condensar o que foi convergente, contrapor com o que foi divergente, permitir que o diferente emanasse no texto somando as informações complementares e as que se repetiam. Esse processo possibilitou que os núcleos de sentidos: Satisfação e Insatisfação fossem tecidos compondo **temas** contidos no conjunto das falas que puderam ser identificados em duas **categorias empíricas**: acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde; relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários nos diversos cenários dos serviços de saúde.

A seguir, apresentaremos esquematicamente um quadro que ilustra os principais aspectos que, no discurso dos usuários, nos afastam da integralidade e, portanto, trazem insatisfação com relação ao atendimento de saúde prestado na rede básica e os principais fatores que nos aproximam da integralidade e resultam em satisfação no atendimento, na perspectiva dos usuários, categorizando-os segundo as categorias empíricas encontradas.

NÚCLEO DE SENTIDO: SATISFAÇÃO					Síntese dos aspectos de análise
Categorias Empíricas	G1	G2	G3 (USF)	G4*	
Relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários nos diversos cenários dos serviços de saúde.					A presença do cuidado ¹¹ (conversa, vínculo, atenção, esclarecimentos) nas relações de encontro do profissional com o usuário; A não rotatividade médica.
Acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde					Prática e conhecimento dos profissionais de saúde, facilidades no atendimento e rotinas do serviço que oferecem acessibilidade ao elenco de ações de saúde. Dimensão organizacional
					Localização geográfica da unidade de saúde, equipamentos, serviços e materiais disponíveis na estrutura física da unidade de saúde. Dimensão geográfica

Quadro 4 - Síntese dos aspectos de análise destacando a satisfação dos usuários da rede básica, segundo as categorias empíricas. Ribeirão Preto-SP. Fev/Jul-2010.

¹¹ A concepção de cuidado adotada refere-se à uma atitude de ocupação, preocupação, corresponsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Portanto, segundo Boff (2003), abrange muito mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo.

NÚCLEO DE SENTIDO: INSATISFAÇÃO					Síntese dos aspectos de análise
Categorias Empíricas	G1	G2	G3 (USF)	G4*	
Relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários nos diversos cenários dos serviços de saúde.					Apontam para o descaso (não cumprimentam ou se levantam quando você entra, não te olham ou dão atenção, não oferece escuta ou liberdade para falar) nas relações da prestação da assistência. Rotatividade do profissional médico no serviço de saúde de sua área adscrita.
Acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde					Evidenciam os processos ineficazes e sem resolubilidade como a dificuldade de acessibilidade para consulta eventual e/ou ao elenco de serviços e a demora nos agendamentos. Dimensão Organizacional
					Identificam falhas na estrutura física da Unidade com dificuldades no acesso (transporte) à equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (ECG, coleta de sangue, RX, farmácia, dentista, especialidades) Dimensão Geográfica

Quadro 5 - Síntese dos aspectos de análise destacando a insatisfação dos usuários da rede básica, segundo as categorias empíricas. Ribeirão Preto-SP. Fev/Jul-2010.

A terceira etapa constitui-se da exploração do material empírico, mediante análise propriamente dita dos dados à luz do quadro teórico. A fim de facilitar esta análise, procedemos a um movimento classificatório que nos permitiu revisar a literatura, trazendo os aspectos teóricos que facilitarão as análises das categorias empíricas emanadas dos discursos dos usuários.

No próximo capítulo, apresentaremos o produto desta etapa metodológica.

6 Resultados e Discussões

“Decidir ser alegre e prestativa todos os dias de minha vida, parar para olhar o outro, ajudar ou ouvir não foi tempo perdido, contribuiu muito com esta e outras grandes conquistas. Gostaria de compartilhar que ser honesto e amável é bom para a nossa saúde, pode causar dor, mas no final o resultado traz recompensas”. Obrigada Pai, por me ajudar a manter a honestidade, mesmo nos momentos em que parecia que tudo eu poderia perder.

A partir do movimento de síntese e matrizes construídas no percurso metodológico para auxiliar nas análises, foi possível identificar duas categorias empíricas: acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde; relações estabelecidas entre os trabalhadores e usuários, nos espaços dos serviços de saúde.

Tomaremos, como ponto de partida, a definição e exploração da compreensão das categorias empíricas conforme quadro teórico abordado neste estudo que vai ao encontro das reflexões expressas pelos usuários, podendo ser exemplificadas pelas diferentes formas de expressão verbal dos sujeitos da pesquisa com relação ao objeto de estudo.

6.1 Categoria Empírica 1: relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários nos diversos cenários dos serviços de saúde

**“ter um médico em pronto-atendimento para ouvir”
“ser (re)conhecido pelo nome”**

Constituíram-se em aspectos comuns de insatisfação presentes nas discussões dos quatro grupos focais, sinalizando para o distanciamento da integralidade na prestação da assistência, o descaso nas relações de encontro dos profissionais de saúde com os usuários, durante seu percurso nos serviços de saúde, em busca de atendimento para as necessidades demandadas. As relações se constituem em importante ferramenta que deveria ser utilizada na produção do cuidado em saúde por todos os trabalhadores, em qualquer nível de atenção do sistema de saúde. Essa definição é utilizada por Merhy (2002) para conceituar as tecnologias leves, e sua ausência pode prejudicar o cuidado em saúde prestado. Assim, o autor revela que as tecnologias leves impressas nos serviços de saúde se constituem nas relações de interação e subjetividade, possibilitam produzir vínculo, autonomização, acolhimento, responsabilização e podem estar presentes na gestão como uma forma de governar processos de trabalho (MERHY, 2002).

A ausência desses aspectos resultou em expressões negativas na avaliação dos usuários que, devido ao referencial adotado neste estudo, puderam ser traduzidas

nas insatisfações geradas nos atendimentos em que os profissionais não são capazes de envolver a tecnologia das relações durante o atendimento à saúde dos usuários, focalizando a consulta nos aspectos biológicos ou em qualquer outro tipo de prestação de assistência sem possibilidade de acolher, oferecer escuta, dar atenção, olhar nos olhos, orientar ou prestar esclarecimentos; e, pela rotatividade do profissional médico no serviço que utiliza.

Com relação aos aspectos que permeiam/caracterizam as relações de encontro dos trabalhadores com os usuários e trazem insatisfações, pôde ser observado:

[...] bom é chegar no posto ter um médico em pronto-atendimento, **atender** a gente **com boa vontade**... É umas pessoas assim que é **carinhosa**, a gente chega, eles **entendem, compreende, ouve** o que a gente tem pra falar, problema, doença. (Sujeito Indeterminado, G1, p.6)

Nesse trecho, fica claro que o usuário reconhece a falta das tecnologias leves nas relações, quando o que solicita é “*chegar no posto e ter um médico em pronto-atendimento*”¹² para “*atender com boa vontade*”¹² de forma carinhosa, compreensiva e capaz de oferecer escuta às suas necessidades de saúde. A expressão: “*a gente tem pra falar, problema, doença*”¹² não foi explorada, porém podemos inferir que o usuário sinaliza que problema e doença têm significados distintos, e esta distinção pode indicar a necessidade de outros recursos tecnológicos, para auxiliar na identificação do que ou qual é esse problema. Além disso, o discurso não revela pedido de resolução do problema, o usuário manifesta em seu pronunciamento o desejo apenas de ser ouvido, compreendido e, para alguns autores (PINHEIRO, 2005; MATTOS, 2001), escutar essa demanda indica se comprometer com uma atenção diferenciada, mais rica e eficaz, pautada na integralidade da assistência, por considerá-la o amálgama dos demais princípios e que fundamenta o cuidado como uma tecnologia de saúde, somado a necessidades de uma formação profissional em saúde preocupada com a transformação das práticas no desenvolvimento das tecnologias leves nos cenários dos serviços (AZEVEDO, 2007; PINHEIRO, 2005; TAVARES; MENDONÇA; ROCHA, 2009).

Outros discursos ajudam a incrementar essa discussão:

[...] Hipertenso tem pressão alta, essas coisas; sempre vai lá medir a pressão, as pessoas que **estão lá já conhece, já trata de um jeito!** Mas eu, velha com amigdalite, nossa ruim, queimando de febre sabe: – ‘**senta lá**’ me encaixaram, mas ‘senta lá!’ Aí

¹²Sujeito Indeterminado, G1, p.6

aquilo eu deitava no colo dela, eu deitava no banco, eu queria deitar no chão! A estrutura lá também não ajuda, **o profissional não acalma** você! (Sujeito Indeterminado, G1, p.11)

[...] o médico vinha, olhava o peito, olhava a cicatriz, né? Da ferida cirúrgica, olhava o sangramento e nada de vim conversar ou fazer uma ordenha e já eu aquilo comecei... tive não sei se foi uma depressão, só chorava, chorava, chorava e ele por não mamar direito, eu andava a noite inteira com ele no corredor com cesárea... Ai por fim, no domingo teve uma enfermeira que ficou perguntando se eu usava droga, se eu fumava, se eu não sei o quê, porque eu estava chorando, porque eu queria ir para minha casa, estava achando que era por esses motivos, falei 'Não gente, fiquei grávida oh... dez meses, né? Eu quero ir embora mostrar meu nenê', 'Ai, não, não sei quê tem'... Eu não dormia, eu só chorava, passava à noite tentando tirar leite no copinho... não conseguia dar o peito e nisso sofrendo calada, não deixavam eu ir embora [...] Falou que ia chamar a polícia? Fazer BO... Ai, que uma enfermeira foi me orientar fazer a ordenha, falando 'se você for embora, seu peito vai engurgitar, vai empedrar oh, depois tem que cortar, não dá anestesia...' e isso me pondo medo para eu não ir embora por causa do meu peito. Eu **achei que faltou muita informação e conversa** mesmo. [...] posto me orientaram melhor do que na maternidade que é especializada nessa parte de materno-infantil. (Sujeito 5, G2, p.31, 32, 33).

O discurso anteriormente transcrito (Sujeito 5, G2) ocorreu no grupo e apesar de não se referir especificamente a um dos serviços das unidades investigadas, refere-se a uma delas e trata-se de uma unidade da rede assistencial do município estudado na qual o usuário revela o quanto pede escuta e diálogo. Destacam-se as intervenções com características amedrontadoras, caracterizando uma relação de subordinação desumanizada, na qual o diálogo entre os dois sujeitos da interação não se constitui como base do uso de qualquer tecnologia, seja ela leve, leve-dura ou dura (conforme a classificação de MERHY, 2002) que se utilize, com o fim de intervir no cuidado para com a saúde das pessoas. O outro é tratado como um objeto acuado. Revelar essa atitude como algo que traz insatisfação pode significar uma abertura para se trabalhar na perspectiva de estabelecer relações mais humanas entre usuário e trabalhador e em defesa da vida com dignidade. Seria muito desanimador se esta forma de tratamento não tivesse causado algum desconforto no usuário, fazendo com que ele expressasse sua resignação.

E continuando..., mais insatisfações aparecem:

[...] as pessoas vão para os serviços de saúde com dúvidas, é... carente, com dor, quer dizer, numa situação que tem que chegar lá e **ter um acolhimento. Ser bem recebido, orientado, né? Acalmado** [...] Chega lá encontra pessoas armadas... no caso, ou o médico, ou a enfermagem ou... que **tratam com omissão, negligência, descaso, ironia**. Quer dizer, aí cria uma...aí se torna uma guerra mesmo, se torna uma situação de guerra. (Sujeito 4, G2, p.41).

[...] a farmácia, você vai lá 4 da tarde e eles: **'O quê que você veio fazer? O quê, isso é hora de chegar?'** Outro dia [...] Lá no fundo tem a que tira a pressão. Falei **'Dá para ver uma pressãozinha aqui?'**, **'Mas isso é hora? Porque blá,blá, blá, coisa e tal'**, [...] (Sujeito 3, G2, p.26).

[...] outra coisa, ele [...] eu acho ele assim muito grosso, porque a gente fala na televisão, nos rádios, revistas, tudo o que você ouve você tem que perguntar para o seu médico. Então, quando eu estava ruim para dormir, eu peguei e falei **'Doutor, será que estou assim, não estou dormindo direito, será que não é o remédio da pressão que está tirando meu sono?'**, ele virou e falou assim: **'E quem te falou que remédio de pressão dá sono?'** Eu falei **'Só estou perguntando'** [...]. Mas eu acho assim que **ele foi muito grosso comigo** [...]. Ah, eu acho assim que ele deveria falar assim **'Olha fulana, o remédio não tem nada a ver com o sono...'**, né? Hoje eu evito de perguntar pra médico. (Sujeito 1, G2, p.21).

Nesse depoimento acima fica demarcado que, a depender da forma como o profissional estabelece o diálogo, pode ser um marco a mais para o monólogo ou mesmo para impedir ou evitar uma relação de busca de esclarecimento.

Em continuidade,

[...] porque eu ocupo o posto de saúde do M. [...] Chegou o meu horário, fui chamada, ela **faz questão de medir pressão de novo**. Eu machuquei uma vez, cheguei, ela acabou rapidinho do curativo da outra pessoa. Botou eu lá para dentro e **me deu a maior atenção**, de ver a moça fazer o curativo no meu machucado, ela **me deu injeção contra tétano ela mesma** na hora ali. **Quebrei o braço, cheguei lá, ela foi me atender rapidinho**, falou **'Olha não vai ficar aqui, vai depressa para o Posto Central, vai fazer um raio-x**, porque quebrou e eu não quero que a senhora passe muita dor, a senhora deve estar com muita dor, vai logo'. Ela **tem muita atenção comigo**. (Sujeito 2, G2, p.21).

Satisfaz o atendimento no qual se receita medicamento ou se estabelece relação de respeito e educação com o paciente, acolhe oferecendo escuta e possibilitando o diálogo. No último discurso transcrito anteriormente, o usuário expressa positividade no atendimento que o médico examina, põe a mão para aferir a pressão arterial, não demora a atender, dá atenção, o que demonstra que parece haver escuta por parte do profissional e compartilhamento do seu sofrimento e preocupação, orientando que a usuária *"vai depressa... [...] fazer um raio-x, porque quebrou e eu não quero que a senhora passe muita dor"*¹³. Há uma mistura das tecnologias leves com as leve-duras.

Segundo Merhy (2002), as tecnologias leve-duras se referem ao conhecimento técnico e aos saberes bem estruturados que direcionam e operam no processo de trabalho em saúde. Caracterizam-se por conter uma parte dura que é a

¹³ Sujeito 2, G.2, p. 21.

técnica, definida *a priori* e uma leve que é o modo próprio como o trabalhador a aplica em sua relação de cuidado ao usuário (MERHY, 2002).

Assim sendo, nos discursos, foi possível perceber o significado da insatisfação quanto à prática dos profissionais de saúde; que na cultura dos usuários também se faz hegemônica centrada no atendimento biomédico e curativista; não atende às expectativas do usuário por não complementar as relações de encontro, nem o seu aspecto técnico, nem seu aspecto relacional.

Nas transcrições abaixo, vamos trazer os discursos dos usuários que remetem às dificuldades da prática dos profissionais de saúde, inscritas nas tecnologias leve-duras de Merhy (2002), muitas vezes traduzidas em insatisfações:

[...] Não examinou não, cheguei no PA- 24 horas, num examinou não. Olhou no pulmão, viu que tava chiando, 'deu febre, mãe?'. "Deu". "Ah tá com uma pneumonia". Ah, vamo vê, né. E hoje em dia, eu não vi, eles faziam um check-up, pedia um raio x primeiro, que eu lembrava, pedia um raio x. Eles não resolveram o caso dela que era pra ser resolvido, a criança continuou na mesma. Agora não, agora tá passando pelo especialista, o meu filho, ele teve que troca de medicamentos quando eu cheguei lá. (Sujeito 5, G3, p.37)

[...] Eu fui consultar uma vez, eu saí do serviço, eu trabalhava de doméstica ali perto, falei já vou sair mais cedo e vou ao médico e ele estava lá, o médico da minha sogra, aí eu falei para ele, eu falei 'Olha doutor, eu estou com uma dor no peito do pé, não sei se é... uns falam, cada um fala uma coisa, a gente não sabe o quê que é, fala que pode ser da coluna, eu tenho problema sério de coluna', 'Olha o negócio é o seguinte: você mesmo está falando que você trabalha, que você é...tem problema sério de coluna... sabe o quê que nós estamos fazendo ultimamente?', eu falei 'O quê?', ele virou e falou assim 'A gente tá querendo curar as pessoas tudo naturalmente', e assim **bravo**, sabe? 'A senhora chega em casa do serviço liga o chuveiro na água bem quente deixa cair na coluna, deixa cair no pé, onde tiver doendo. Tá bom? **Tá aqui a pasta da senhora, chama a próxima!**', nem a próxima eu chamei para ele, falei 'Ele se quiser que levanta da cadeira e vá chamar [...]' (Sujeito 1, G2,p.23).

O primeiro conjunto de sentidos da integralidade de Mattos (2001) é demarcado também pela escuta às necessidades manifestas, porém uma qualidade que ficou distante das relações de cuidado que, na verdade, podemos dizer que nem sempre foram de fato estabelecidas (as relações de cuidado) nos encontros dos profissionais com os usuários acima relatados e, nem mesmo houve ampliação das possibilidades de apreender outras necessidades não demandadas. O diálogo não se estabeleceu, possivelmente prejudicado pelas relações de poder que se estabelecem nesses encontros? Retomaremos este questionamento mais adiante, no decorrer de outras análises.

A forma como os profissionais respondem aos pacientes não favorece uma atitude de fuga dos aspectos exclusivamente biomédicos (conforme recomendado por MATTOS, 2001) e faz com que o próprio processo de trabalho fique prejudicado repercutindo na organização de um serviço cristalizado e fechado, sem capacidade de resposta efetiva às demandas apresentadas. Percebe-se, então, a dimensão organizacional conformada pela prática dos trabalhadores e mediando as relações entre esses e os usuários, que resulta em:

[...] **Falta comunicação, falta informação, falta um pouco de respeito...** muito, funcionário-paciente, paciente-funcionário, essa questão de orientar e dar a informação correta. (Sujeito 4, G2, p.37).

[...] eu acho que o atendimento começa pelas recepcionistas, pelas enfermeiras, ...porque **compaixão é a pessoa se sentir no lugar de outra** pessoa, não tô generalizando, então em muitos casos as pessoas não sente o problema da outra pessoa, não sente, não tem amor. (Sujeito 10, G4, p.31).

[...] eu tenho visto **falta de amor**, falta de compaixão, às vezes até a "acepção" de pessoas; às vezes as pessoas já chegam lá com problema seríssimos, todo arrebitado, e não é bem atendido pela recepcionista ou pela enfermeira, e isso aí às vezes, **uma palavra** bem dita, a pessoa já vai até se senti melhor naquele momento, e às vezes acontece de uma falta de educação tremenda de uns determinados, não tô generalizando [...], porque aquela pessoa que tem amor trata todos com igualdade, não têm "acepção", por que um chega mais bem vestidinho lá é bem mais do que um coitadinho lá que chega todo sujo [...] (Sujeito 10, G4, p.31).

[...] a pessoa chega, tá com dor e não tem costume de ir no posto; se vê que ela quer ser atendida logo né, então **eles passa perto e não vê, passa e não vê**, então acho que é **o jeito de conversar**: olha você espera aqui, você vai ser atendida, porque eu já vi muita gente: - "a gente tá aqui, tenta conversar e a pessoa desvia!". Porque já tem as pessoas que tá atendendo, então numa emergência, **tem que conversar, tem que acalmar** a pessoa, ninguém tá lá pra fazer graça porque já foi lá no posto, vai porque tá precisando mesmo. Pra uma pessoa que tá com dor, é só falar: "mais um minutinho", já acalma. (Sujeito Indeterminado, G1, p.33).

Notamos, nas experiências expostas pelos usuários, uma desorganização do sistema de saúde que rompe com a lógica do atendimento integral, gerando uma sobrevalorização de demandas que saturam suas próprias unidades e unidades de pronto-atendimento, reforçando o modelo biomédico curativista. A inobservância do princípio da integralidade nos atendimentos de saúde ofertados é responsável por minimizar as necessidades de saúde dos usuários, burocratizar e limitar o acesso em qualquer serviço. Desse modo, a rede apresenta-se desorganizada e obstaculizando a utilização dos serviços naquelas situações mais simples, porém para os usuários muitas vezes de complexa e imediata necessidade.

Portanto, percebemos a manifestação negativa dos usuários da rede de ABS percebida como descontentamento ou insatisfação à ausência das tecnologias leves nas relações dos trabalhadores com os usuários, identificada por meio de expressões como: *“despertar confiança, uma palavra, jeito de conversar, acalmar, amor, cumprimentar e se levantar quando você entra, olhar, dar atenção, sorriso”*. Essas propriedades, quando ausentes, dificultam ou até impossibilitam a formação do vínculo, sempre muito valorizado na fala dos usuários. Lembraremos Louzada, Bonaldi e Barros (2007) que corroboram com a afirmação dos usuários e acrescentam que a integralidade deve contemplar uma noção de cuidado que uma vez compreendida como ação integral significa o encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde, capaz de produzir relações de acolhimento, vínculo, respeito e dignidade.

No processo de cuidado do usuário, a produção de vínculos baseia-se nas qualidades citadas pelos usuários e autores supracitados, no entanto guarda estreita relação com o modo como se estabelece a comunicação, visto que a partir dela construímos e fortalecemos nossas relações. Destarte é possível que o profissional reconheça as reais necessidades de saúde das pessoas por estreitar a interlocução com os usuários, transmitindo confiança e incentivando o outro a ser responsável também pelos seus cuidados, em parceria com os demais profissionais da equipe.

Averiguamos que a organização dos serviços de saúde e as práticas dos profissionais que auxiliam na composição da rede de ABS podem favorecer ou dificultar a produção de vínculos.

Se retomarmos os preceitos que fundamentam a ABS recomendados na PNAB (Brasil, 2006a), recordaremos a sua responsabilidade como centro coordenador do fluxo na rede de serviços, buscando desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre os integrantes da equipe e população, possibilitando a continuidade e a longitudinalidade na atenção. Assim pressupomos que a ausência do vínculo afeta também a continuidade, e nas avaliações de Travassos e Martins (2004), a continuidade se sujeita ao acesso e à **qualidade** dos serviços e ações de saúde, nos diversos níveis assistenciais.

Freitas (2007) acrescenta que a essência da coordenação é a disponibilidade de informações sobre a história de vida, saúde e doença do usuário e ações realizadas, construída na sucessão de atendimentos prestados que implica, por conseguinte, na continuidade das ações pelos profissionais das equipes. Desta forma,

a depender desses aspectos, será possível obter resolubilidade para com as necessidades dos usuários e avançar na direção de uma prática voltada para a pessoa, família e comunidade e não exclusivamente aos aspectos biopatológicos.

É possível, então, relacionar a dificuldade na formação e manutenção do vínculo à relação terapêutica resultante de uma prática muito centrada na produção de procedimentos e no modelo médico-assistencial hegemônico, seja nas dificuldades organizacionais de qualquer natureza, seja na fixação dos profissionais em seus campos de trabalho e/ou de estruturação das agendas médicas cujos relatos demonstraram com maior frequência.

Na transcrição abaixo, evidenciamos a insatisfação na forma como os profissionais muitas vezes se relacionam com os usuários, em um patamar diferenciado devido à falta de compreensão com que os espaços públicos da prestação da assistência constituem os locais de “encontros”; com uma visão distinta daquela tradicionalmente atribuída ao atendimento/consulta, nos quais as relações de poder e saber se acentuam, utiliza a coerção como instrumento de poder, estabelecendo hierarquizações nem sempre desejáveis na relação entre cuidador e cuidado. Desse modo, uma visão voltada para a construção de projetos coletivos e integrados envolveria trabalhadores, gestores e usuários corresponsáveis pela produção de um saber fazer pautado não exclusivamente na busca pelo êxito técnico das produções em saúde, mas residindo essencialmente na capacidade de reconhecimento de duas dimensões primordiais aos atributos desejáveis à prática do cuidado integral: dimensão ética e estética no agir na atenção em saúde (PINHEIRO, 2005).

[...] fui lá na PA-24 horas e ela falou, mas de qual unidade a senhora pertence? e como eu não entendia isso né, ela falou[...] “a senhora tem que se informar”, aí meu esposo falou assim “moça, eu não tô aqui pra[...]ela não tem que saber o que a Prefeitura mudou, o que vocês mudaram[...]”, ela falou “mas eu **sou uma profissional, sou formada e eu gostaria de ser tratada a minha altura**”, aí eu falei “tudo bem, você me desculpe, eu não sabia, não li, não me informei, sou dona de casa e também às vezes passa despercebido”; e ela continuou insistindo, assim, provocando, aí ela falou “mas eu **estou aqui pra te ensinar!**”, aí meu esposo virou falou assim “não, você está aqui pra me atender!”, ela falou “o senhor é um grosso, eu vou chamar[...]”, não sei quem aí “que o senhor tá me agredindo!”, ele falou “mas eu não tô te agredindo”; aí ela começou: “por isso que esse país não vai pra frente, só tem pessoa ignorante, ela é uma, tá falando errado, eu tô corrigindo ela!”, eu falei “senhora mas eu não tô aqui pra aprender, eu quero que você preencha essa ficha logo que eu tô com pressa[...]” (Sujeito 6, G.4, p.37)

No que concerne a esta relação, outro estudo (Azevedo, 2007) também identifica a ausência da horizontalidade no trato com as pessoas, desconsidera os sujeitos como portadores de diferentes saberes e ainda acrescenta que os usuários têm sua fala invadida pela arrogância do profissional. Esta atitude se justifica na negação de compreender o usuário em sua condição de sujeito, portador de necessidades e conforme assinalam Schraiber e Mendes Gonçalves (1996) reconhecidos como tecnicamente inaptos.

A despeito das trocas frequentes ou rodízio do profissional médico na unidade de saúde, seja este residente/aluno ou não, este foi outro fator identificado pelos usuários que prejudica a formação do vínculo, confiança e resolubilidade no atendimento; evidenciamos:

[...] A coisa mais difícil que tem nos postos a troca de médico, a hora que você vai consultar[...] que você acerta um médico[...] que você pensa assim: 'agora vai! Eles troca de médico, já põe outro! A hora que a gente tá querendo acertar o tratamento ou gostando da cara do médico, eles tiram". (Sujeito Indeterminado, G1, p.17)

[...] Como tem estagiário, cada vez que vai é um médico! Eu não acho bom! O aluno tem que esperar o professor pra analisar e é muito, muita coisa pro professor analisar cada tipo de problema que a pessoa tem! [...] O professor, passa um remédio pra um, passa pro outro, passa pro outro, às vezes pode acontecer de trocar. O aluno conversa com o paciente e aí ele fala: 'só um minutinho', aí ele sai e fala com o professor. [...] Sai na porta, aí 2 ou 3 alunos conversando com o professor, então eu acho que é meio errado isso daí, os 3 conversando, ele lendo o papel junto! Papel de outro, é complicado! (Sujeito Indeterminado, G1, p.13)

[...] Aí eu precisei de um atendimento psiquiátrico ou psicólogo a princípio né, depois foi para psiquiatria, só que, o que é que **eu considereei uma coisa ruim, num atendimento de UBS, a falta de continuidade de um mesmo profissional.**" (Sujeito 5, G4, p.23).

[...] porque **minha vida tá lá, na UBS**, tem coisas que eu falei pro médico lá, que eu nunca falei pro padre, que é o meu confessor, [...] buscando uma ajuda num momento que eu precisava, na segunda consulta não era mais aquele médico, ele **despertou** em mim uma **confiança** tão grande, [...] muito jovem, mas eu confiei nele... Não era mais ele, eu não voltei mais, o remédio, a fluoxetina tá guardada, eu não dei continuidade [...]; porque na segunda consulta você tem que falar tudo de novo." (Sujeito 5, G4, p.23,24).

[...] eu fui em busca de ajuda, eu achava eles vão me mandar lá no Cuiabá que tem um acompanhamento, tipo o que nós estamos aqui, de psicólogo, então agente **conversa**, mas não, ela já quis me acompanhar aí mesmo, e **ele não tinha como me acompanhar ali, porque ele não ia ter como dar continuidade no meu tratamento, porque é esse "rodízio"** que ela fala que acontece [...] é dos alunos e residentes né [...] (Sujeito 5, G4, p.23, 24).

[...] você começa um tratamento com uma pessoa, você chega lá "não tenho vaga pra ele", "não mas eu...", "não tenho vaga", "não, mas eu tô sentindo problema",

"mas se você sentir você volta", eu falei "volta?", "não, mas é a mesma coisa", não é a mesma coisa! Entendeu? Essa é a maior reclamação em geral, do posto." (Sujeito 1, G4, p.27).

[...] daqui três meses ou quatro que volta o **retorno**, se tivesse uma possibilidade de ser aquele médico, a gente... tem a confiança neles que acabam, entre a gente e eles, eles acabam...a gente lembrando, entendeu? [...] a **conversa** que a gente teve, aquela **confiança**, a gente fica às vezes meio inibida de contar tudo de novo [...]. (Sujeito 7, G4, p.29).

[...] só sinto falta dos meus médicos que vai embora e eu fico tudo atrapalhada (risos) [...] (Sujeito Indeterminado, G1, p.25?).

Eu sou hipertensa, não falto nas minhas consultas de jeito nenhum, e na UBS que eu vou é sempre o mesmo médico, meu ginecologista é só um aqui na UBS P [...] isso é bom[...]eles esclarece tudo direitinho pra mim, coisas que eu não entendo, que deu no exame, eles me explica direitinho, eu saio de lá contente [...]só isso. (Sujeito 4, G 4, p.31, 32).

Como podemos constatar, foi frequente a aparição de discursos de insatisfação relacionados ao estabelecimento do vínculo prejudicado pela rotatividade dos profissionais que atendem na ABS. A satisfação esteve presente no último trecho da transcrição acima, demonstrando que a continuidade do atendimento pelo mesmo profissional fortalece os vínculos, a confiança e a adesão terapêutica: "*não falto nas minhas consultas de jeito nenhum*"¹⁴.

É possível inferir que o usuário clama pela segurança "*O professor, passa um remédio pra um, passa pro outro, passa pro outro, às vezes pode acontecer de trocar.*"¹⁵ e privacidade "[...] Saí na porta, aí 2 ou 3 alunos conversando com o professor, então eu acho que é meio errado isso daí, os 3 conversando..."¹⁶! no atendimento à sua saúde. Além disso, queixa que o serviço de saúde-escola além de apresentar alta rotatividade dos profissionais médicos, torna o atendimento moroso "*O aluno tem que esperar o professor pra analisar e é muito, muita coisa pro professor analisar cada tipo de problema que a pessoa tem! [...] o aluno conversa com o paciente e aí ele fala: 'só um minutinho', aí ele sai e fala com o professor.*"¹⁷ e não estabelece longitudinalidade no acompanhamento da saúde dos seus usuários.

O que encontramos neste e em outro estudo (AZEVEDO, 2007) é que tanto a rotatividade do profissional como a forma com que esses estabelecem suas relações no momento de encontro com os usuários, as ferramentas e atributos que utilizam para caracterizar suas ações no espaço intercessor de cuidado com os

¹⁴ Sujeito 4, G4, p.31, 32

¹⁵, ¹⁶, ¹⁷ Sujeito Indeterminado, G1, p.13

usuários são responsáveis pelo modo como as necessidades de saúde, manifestas ou não pelos usuários, se expressam e serão resolvidas, podendo trazer implicações na adesão terapêutica, “o remédio, a fluoxetina tá guardada, eu não dei continuidade...”¹⁸ ou até definir pelo encerramento deste contato, “eu não voltei mais...”¹⁹, pois como assinalaram os usuários, vínculo se faz com continuidade, respeito mútuo e confiança. Assim, para Silva e Alves (2008), uma relação terapêutica se fundamenta no vínculo que se apresenta diretamente ligado ao acolhimento na APS, retratada como porta de entrada para o sistema de saúde e que, portanto só poderá resultar no efeito de adesão esperado, favorecendo maior qualidade de vida. Campos (2000) ainda corrobora que quando há produção de vínculos terapêuticos, não só os usuários conseguem benefícios para a sua saúde, ambos aprendem e se realizam com o encontro: o usuário satisfaz suas necessidades de saúde, e o trabalhador realiza-se com o resultado do trabalho.

Um achado de análise que consideramos bastante relevante e que ilustra avanços na construção do SUS com fortalecimento da ABS emerge de depoimentos dos usuários de unidades da ESF cuja (re)organização já demonstra mudanças nas práticas dos trabalhadores da saúde e no modelo de atenção. Para estes usuários, a maior parte das críticas de insatisfação se desenrolou no momento em que a USF não ofereceu acessibilidade funcional ou algum componente do elenco de serviços de saúde que o usuário necessitava acessar, devendo recorrer ao serviço de referência, no caso a unidade de pronto-atendimento do distrito (UBDS). Nesta UBDS, os usuários reconheceram facilmente a mudança de modelo nas práticas profissionais e não encontram as tecnologias leves sendo valorizadas nas relações entre trabalhadores e usuários:

[...] porque lá no PA-24 horas eu também sou atendida, num posso reclamar, mas tem sempre um que num tá com aquela vontade de atender. Mas também a gente deixa ele pra lá. Né, por que é assim, na vida tem sempre o bom e tem o ruim também. Mas a gente tem que, a gente dá valor naqueles que dão amor pra gente. Dão amor, dão carinho, dão atenção né. No Núcleo, a doutora "W", nós se conhece desde quando abriu, já passou vários médicos, mas ela tá sempre lá. (Sujeito 1, G3, p.20).

[...] no Núcleo, principalmente no meu, eu falo de coração, eu não tenho médicos, lá eu num tenho enfermeira, lá, desde a funcionária que limpa o chão[...] são todos amigos. O primeiro que vê já me cata, [...] já me leva lá pra dentro. Do PA 24 horas eu tenho um pouquinho a reclamar, mas também tem hora que se você tiver que derrubar o barraco lá dentro, você derruba e tudo bem. Porque **tem hora que ce**

^{18, 19} Sujeito 5, G4, p. 23, 24

chega morrendo, eles te ajudam, e tem hora que eles põe você de castigo. [...] num é toda hora que eles também pode parar pra vim me atender [...]. (Sujeito 1, G3, p.18).

Nesse trecho, gostaríamos de esclarecer que em unidades de pronto-atendimento, a política nacional de humanização prevê o acolhimento com classificação de risco, prática esta que proporciona atendimento por prioridades (BRASIL, 2009). O que foi considerado “castigo” para a usuária pode ter sido decorrente da classificação de risco. De qualquer modo, esta é uma situação que merece ser estudada, pois se a classificação não for entendida pelos usuários do serviço, ou não estiver sendo trabalhada com suas ferramentas que permitem atitude de inclusão e não de triagem ou de restrição do atendimento, compromete o acolhimento, possibilitando que seja interpretado como castigo.

Na transcrição que se segue, já é possível identificar não só a ausência das tecnologias leves nas relações de produção em saúde: “*Nem olhou na minha cara*” como também das tecnologias leve-duras “*não me examinou, num prescreveu nada*” nas quais as práticas e saberes dos profissionais imprimem determinada característica/rotina ao atendimento que condiciona o olhar do usuário para a avaliação desses aspectos:

[...] hoje mesmo eu passei por um médico no PA 24 horas, ele simplesmente pegou a carta que eu levei, abriu assim lá a cartinha, né, ‘senhora é hipertensa?’ ‘Sou’. ‘Vai lá na sala num sei o quê’. **Nem olhou na minha cara**, ele num sabia nem que jeito que eu era. ‘Vai lá na sala num sei o que e pronto!’ É um mal atendimento. Ele **não me examinou, num prescreveu nada** aqui. (Sujeito 1, G3, p20).

[...] no Núcleo não é uma consulta-relâmpago [...] mas nos planos de saúde particulares, as consultas são meio que relâmpago. Nessas instituições e nos hospitais que atendem por essas instituições, a gente vê que os funcionários são sínodos, não se abrem, né. Todo mundo reclama, né, que ce vai no postinho, o médico te atende rápido, às vezes não te olha muito, mas não é diferente do que é pago, né. [...] (Sujeito 11, G3, p.26)

Percebemos nos relatos acima transcritos que os usuários percebem a diferença nas relações de encontro dos trabalhadores com os usuários não só nos serviços de pronto-atendimento (PA- 24 horas) como também nas unidades básicas de saúde tradicionais, manifestando uma expressão negativa diante da forma como as relações são tecidas nestes cenários. Já na ESF, isso não ocorre. Veja abaixo:

[...] porque eu cheguei lá, foi resolver direitinho no Núcleo, porque ele me conhecia e conhecia os meus filhos, a minha família, né. E sabia o caso deles.

Então, nessa parte eles me ajudaram, né, e o PA 24 horas me deixou essa. (Sujeito 5, G3, p.37).

[...] Não, o fato que eu tô falando de distância é a mudança do território, mas **não é só a distância o problema** [...] Ce tem o **vínculo**, cria o vínculo ali, a **doutora eu conheço**, ué, eles conhecem a **gente, a nossa família** e no PA 24 horas é diferente [...] (Sujeito 3, G3, p.40).

Os excertos acima ilustram, com muita propriedade, a presença de outro atributo da APS definido por Starfield (2004), além do vínculo considerado como elemento de satisfação dos usuários para com o atendimento prestado, que auxiliam na reorganização da atenção e nos aproximam da integralidade da assistência. Trata-se do enfoque familiar. Na unidade de pronto-atendimento os profissionais não conhecem os pacientes nem seus problemas de saúde ou muito menos suas vidas.

Destacamos nesses depoimentos que os usuários verbalizam a insatisfação a partir de terem vivenciado algo diferente. Para indicar aspectos de insatisfação, recorreram à comparação de outra unidade e, nestes depoimentos, utilizaram como referência para esta comparação, as equipes da ESF. A relação de positividade e satisfação para com as unidades de saúde da família, quando analisadas junto às indicações de insatisfação quanto à ausência de oferta de elenco de serviços na estrutura física das unidades com essa característica organizacional, revela ainda mais a necessidade de investimentos para suprimir essa lacuna do acesso organizacional, a qual será tratada na próxima seção. Acreditamos que a potência seria muito maior para que a população fosse experimentando práticas de saúde mais condizentes com a integralidade da atenção e assim valorizando outro modelo assistencial.

Para os participantes dos grupos focais G1 e G2, aspectos referentes aos serviços comunitários que envolvem especialmente o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) presente nas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) destas unidades de saúde (visitas domiciliares, atividades externas com equipamentos sociais, grupos com a comunidade) foram os que mais se aproximaram de serem considerados satisfatórios na avaliação dos usuários, no momento em que se aproximam dos atributos relacionados à integralidade e possibilitam identificar a presença dos aspectos relacionais (tecnologias leves).

Porém ainda percebemos o ACS em um papel equivocadamente divergente da proposta da saúde da família no momento em que o torna assistencialista, encarregando-o de marcação de consultas e entrega de guias de referência no domicílio.

Alguns dos aspectos acima relatados foram identificados nos seguintes discursos trazidos pelos usuários:

[...] tem a árvore da amizade, a gente faz crochê, lá tem fofoca! (risos). [...] Depois vou lá pro cantinho da amizade, pra arvinha da amizade, aí vem as vizinhas[...] fica lá, [...] nós distrai[...] Se agente não tiver um lazer agente morre! (Sujeito Indeterminado, G1, p.15)

[...] a outra **coisa boa** que a gente tem no posto também é o **agente comunitário que a gente tem!** [...]porque elas, se tinha um **encaminhamento ela levava** pra mim! lá em casa saber como tava a saúde em casa. (Sujeito Indeterminado, G1, p17, 18)

[...] a visita delas ajuda pra alguma coisa que a gente não tá entendendo, encontra dificuldade, aí elas vê tudo, é bom por isso! O dia que elas vão lá em casa, elas procuram o cartão da família inteira, vão ver se tá atrasado, vão ver quem tá certo, **vacinas que tá atrasada elas vão cobrar**, [...] (Sujeito Indeterminado, G1, p.18).

[...] porque na minha casa, hoje mesmo elas passaram, foi o médico e duas enfermeiras né[...] porque tem meu marido que é diabético e é teimoso, ele vai no médico, eles dão os remédios pra ele, sabe o que ele faz? Deixa lá no cantinho, mas a cerveja e a pinga não esquece do horário de tomar! Então eu falo pra elas, e ele fica louco da vida! Ela vai lá, incentiva ele tomá o remédio! Fala pra ele: 'seu "fulano" o senhor tá fazendo tudo errado! Toma os remédios direitinho, vai nas consultas direitinho, nos retornos. **Agente vai marcar outro retorno**'. Ela sentou, explicou pra ele o que ele tinha que fazer, [...] então é bom por isso. (Sujeito Indeterminado, G1, p.18)

"Eu faço parte de um grupo que tem de bordados, é uma terapia onde as pessoas que tomam remédio pra pressão, tem depressão, que essa[...], esse tipo de trabalho veio ajudar, a mim, [...]eu tenho problema na família né, uma cunhada perdeu os dois filhos, foi lá que ela se encontrou, não busca remédio pra dormir, busco a união que é feito na UBS, **dialogando**, falando, fazendo essa terapia, o trabalho manual, e as pessoas lá, **a acolhida delas é muito bacana**, muito boa mesmo, não só, eu disse dos médicos, das enfermeiras ali, como até a moça que limpa lá, o guarda eles são muito **simpáticos**."(Sujeito 6, G4, p.35)

Contribuindo com esses aspectos, encontramos Sakata (2009) que, em sua extensa e qualificada investigação, revelou ser necessário repensar em estratégias que favoreçam e fortaleçam o trabalho dos ACSs, tendo em vista que para agilizar e cooperar com o trabalho da equipe e da unidade de saúde, têm realizado atividades fundamentalmente operacionais e instrumentalistas como a entrega de recados e encaminhamentos. Outro estudo também identificou a descaracterização do papel

educativo e preventivo do ACS, uma vez que as consultas na unidade de saúde da família só podem ser agendadas por meio dos ACSs (AZEVEDO, 2007).

Com efeito, podemos destacar, então, que o usuário observa e valoriza o modo como o atendimento é realizado, a atitude demonstrada no jeito de falar, em expressões faciais, corporais, como eles processam o atendimento também caracteriza um aspecto facilitador da prestação da assistência com ênfase na integralidade. Dentre outros princípios que permeiam este aspecto, encontramos o vínculo, a atenção e a escuta por parte dos profissionais como recorrência de algumas categorias empíricas encontradas nos discursos analisados.

Em síntese, o grupo focal três (G3-ESF), que contou com a participação dos usuários de serviços com funcionamento exclusivo da Estratégia da Saúde da Família, apresentou consideráveis discursos de satisfação que demonstraram com maior destaque a presença do vínculo, respeito e confiança nas relações de cuidado produzidas no contexto destes serviços de saúde.

[...] Aí nós, que estávamos no núcleo, fizemos a própria árvore de natal [...] e depois houve a parte de show [...]. Isso foi saúde. [...]se não fosse o núcleo[...] Isso aí é muito importante, essa confraternização, porque **a gente fica conhecendo um ao outro e o problema de cada um às vezes encaixa com o nosso**. [...]o Núcleo da Família acaba sendo muito mais **amizade**. [...] convênio, particular, é diferente porque ce chega lá, contar pro médico, agora ce chega **no núcleo ce conhece todo mundo** [...]. (Sujeito 8, G3, p.16).

[...] eu sou depressiva e todo depressivo é chorão. Lá no Núcleo eu choro na frente da doutora, das enfermeira, do meu médico, meu médico **me abraça, 'vamo lá dentro, vamo conversá, vamo bater papo'**. Vai sentar comigo, vai conversar, até passar aquilo que eu tô sentindo. Ele pergunta 'agora melhorou, dá pra gente conversar?' Aí é que eu vou contar, o que é que tá se passando. Quer dizer, ele num é só um médico, ele é um amigo [...]. (Sujeito 1, G3, p20).

[...] no Núcleo eu vi que a consulta não é uma consulta-relâmpago e **sim com o tempo necessário pra detectar, levantar e resolver o problema**. [...] Mas eu nunca fui tão bem atendido na minha vida, tanto pelo corpo clínico quanto pelo corpo funcional. Nunca vi. E os **funcionários**, todos, [...] eles trabalham felizes. São pessoas que entram, **te cumprimentam, sorriem o tempo todo**, né, diferente do outro [...]. (Sujeito 11, G3, p.26).

Fazendo um comparativo, foi possível evidenciar, por meio das discussões nos grupos focais, que os usuários dos serviços de saúde que apresentam o modelo organizacional da Estratégia Saúde da Família estão mais satisfeitos com o atendimento prestado nestas unidades em relação aos usuários de unidades básicas tradicionais:

É muito mais do que você consultar. Hoje eu **posso** falar que [...] Se você fala assim pra mim 'que que ce prefere? Eu te pago a consulta, ce volta com o médico do convênio que ce tratava ou ce fica com eles lá?'. Eu fico com eles lá! É o que a dona Fulana está falando. A gente chama de Núcleo de Saúde da Família porque é uma família mesmo. [...] **agente vira uma família mesmo** [...]. (Sujeito 3, G3, p.17).

Eles relacionaram muitas vezes a facilidade no acesso e o acolhimento ofertado pelos trabalhadores da USF nos atendimentos de rotina para consulta agendada ou mesmo em momentos específicos nos quais os usuários demandam alguma queixa eventual, seja ela biológica ou não.

É igual, eu sou hipertensa. Eles procuram me manter medir a pressão direto pra controlar. Apesar que num controla, mas eu vo lá (no Núcleo) nas hora e dia que marca, **se num é retorno eu vo assim mesmo**. Esses dias agora, do dia 2 de janeiro pra cá, meu retorno foi hoje, e eu fui lá todo dia [...]. Sou atendida em qualquer dia. **É só chegar lá que eu sou atendida**. Quando num pode me atender me mandam lá pro PA 24 horas . A enfermeira deles vai levar a gente lá, a pé, ela vai junto com a gente! Num tem problema, precisa ir, eu vo te levar lá. Quer dizer, eles dão uma atenção muito boa. Eu tenho muito carinho [...]. (Sujeito 1, G3, p.19).

[...] quando eu descobri que eu tava grávida eu tremia, eu suava frio, tava solteira. [...] eu falava 'meu Deus do céu, eu to grávida, e agora, num acredito'. Aí ela, aí a enfermeira "Z" (lá do Núcleo me acalmou, 'senta aí, ce quer uma água?', sabe, me acalmando. Aí ela 'não, se você não quiser contar pra sua mãe, eu conto pra ela, eu converso com ela, mas cê num vai fazer nenhuma besteira não', tipo assim, de abortar [...]. Aí eu olhava pra cara dela e tremia, e tremia... Porque eu pensava assim 'que que vai ser de mim quando minha mãe e meu pai descobrir que eu to grávida, morando com eles'. Entendeu? Ela 'não, eu falo, eu converso, explico que tá acontecendo'. Aí eu fui ficando mais calma. Até hoje eu falo pra eles, 'ó, não liga não', às vezes a minha filha, acontece alguma coisa, porque eu sou mãe[...] mãe de primeira viagem, né. Então ela não pode ficar com uma manchinha no corpo que eu já corro pro núcleo. Minha casa é pertinho, né. Eu já até falo, minha mãe, eu falo 'mãe, eu vo lá no núcleo'. Ela olha assim e fala 'ah, vou falar pra enfermeira "Z", pras meninas lá fazer um cartão pra você picar porque direto cê vai lá'. (Sujeito 7, G3, p.22).

[...] Quantas e quantas vezes, não foi só uma não, eu sou depressiva, eu sou hipertensa. [...] Ele (o diretor do HC) me fechou numa sala, por nós dois pra conversa. Pra me acalmar, pra me ajudar. E eu tenho isso até hoje no Núcleo. **Qualquer hora que eu chego, é uma enfermeira, é um médico, é a médica diretora**. [...] Lá no nosso Núcleo, principalmente no meu, eu falo de coração, eu não tenho médicos, lá eu num tenho enfermeira, lá, desde a funcionária que limpa o chão. **São todos amigos**. [...] **o primeiro que vê já me cata**, 'aparecida já chegou passando mal'. Já vem, e já me leva lá pra dentro [...] (Sujeito 1, G3, p.18).

Os usuários em seus depoimentos reconhecem a atenção prestada por trabalhadores de diferentes categorias profissionais integrantes da equipe de trabalho, destacando o vínculo estabelecido, o que nos permite afirmar a importância deste atributo na mudança do modelo de atenção. Desse modo, com toda a equipe

voltando olhares para a complexidade existente no interior de cada usuário, valorizando o acolhimento, a escuta, alteridade e uma relação mais horizontalizada onde o afeto também possa ser manifestado e não só a técnica reservada; a satisfação será o resultado final do processo de trabalho em saúde, uma vez que se conforma em um dos aspectos facilitadores da prestação da assistência com enfoque na integralidade.

Também incluíram em seus discursos a questão da rotatividade médica, sendo importante manter pelo menos um profissional de referência devido à valorização que atribuíram ao vínculo e conhecimento do paciente, seus familiares, sua história de vida e seus problemas de saúde.

Esses aspectos puderam ser identificados nas transcrições dos discursos a seguir:

[...] é, meu Núcleo, é, o doutor [...] que era um ótimo médico, os atendimentos era melhor, era melhor em tudo. [...] **você entrava, vinha com família, eu sentia que tinha liberdade, eu sentia bem.** Tinha vez que eu tô com tantos problemas, aí chegava no Núcleo, aquele doutor já atendia a gente, só um olhar assim, ele, 'nossa, já até, até sei o que que é, entra, vem aqui, vamos conversar'. E **atendia meus filhos, atendia a mim,** atendia. E **eu não tinha vergonha de falar minhas coisas íntimas,** né, que todo mundo gostava dele, ia se abrindo, se abrindo, e eu tinha liberdade de conversar com ele. (Sujeito 5, G3, p. 32)

Eles conhecem a gente pelo nome, sabe [...], **chega lá eles te atendem na hora.** Às vezes eu vô lá, falo 'nossa doutora, porque meu pai toma remédio controlado, acabou, nossa, esquecil' Então, a família, ela **conhece o problema, minha mãe [...]**. (Sujeito 3, G3, p.40).

[...] o Núcleo da Família acaba sendo muito mais amizade, ...ce conhece todo mundo. É tipo assim, que nem, a gente chega, as enfermeiras a gente conhece, o pessoal que é atendido lá a gente conhece, o **médico que atende a gente fica dois anos com a gente,** certo, e depois entra, **toda vez entra quem é o chefe lá que no nosso caso é a doutora "X".** Conhece, não só a minha vida, a vida do meu marido, dos meus filhos, [...] Olha, esse médico, ele tá até saindo agora, doutor "Y". Esse médico, eu falei pra doutora "X", ele é noventa por cento de remédio, porque ele conquistou o meu marido. O Édson foi em todas as consultas, ele descobriu... O Édson é gordo, só que ele num falou pro Édson assim, ó, 'ce tem que emagrecer'. Ele falava assim pro Édson assim ó 'Tô na mesma situação que você, eu sei que eu vô tira o maior prazer teu que é comer, não seu Édson, vamo devagar'. Colocou o Édson com uma nutricionista. Exatamente agora, em janeiro, fez um ano que o Édson tá tratando com ele. Sabe quantos quilo o Édson perdeu só na conversa? Catorze quilos! [...] (Sujeito 3, G3, p.17).

No discurso acima, a usuária sinaliza a satisfação em ter um profissional contratado de referência no serviço que já conhece seu caso, sua vida, sua família, no entanto, devido ao rodízio dos residentes que ficam por apenas dois anos, esta situação se fragiliza. É importante comentar também que mesmo com a saída desse

profissional do serviço, a satisfação com o atendimento se fez evidente, pois envolveu as dimensões de qualidade atribuída pelos usuários como uma boa prática desses profissionais por valorizar aspectos da relação que possibilitam apreender e satisfazer as necessidades de saúde demandadas. Assim, a consulta médica e orientações não se pautaram em ato de prescrição verticalizada, como aponta a usuária: “*ó, cê tem que emagrecer*”²⁰; ...houve indícios de que se estabeleceu um diálogo das dificuldades para se perder peso e depois ser encaminhado para um especialista.

Evidenciamos uma especificidade presente no G4 no qual os usuários demonstraram uma postura de satisfação direcionada à gratidão com os serviços de saúde-escola. Esta percepção emergiu, inclusive, nos momentos em que vários pontos negativos foram levantados, porém o usuário acredita que “deve isso ao médico em troca dos exames caros e de rotina que faz”²¹. Há uma negociação do aprendizado dos residentes e alunos com o acesso pelos usuários aos serviços demandados por suas necessidades de saúde.

[...] eu penso assim; eu preciso do médico, eu vou lá, pedem todos aqueles exames, estou me referindo ao postinho, eu vou no Hospital da Clínicas, vou marcar exames, o exame da osteoporose, o exame da mama, um mundo de exames de sangue, eles que colhe o sangue na rede do postinho, exames de pele, e os de rotina então? Mas incluindo dois exames caros pra mim; agora, eles estão estudando, eles precisam disso, por isso que lá virou e a PA 24 horas também é porque eles necessitam e a gente tem que colaborar [...] (Sujeito 3, G4, p25).

A análise dos dados aqui produzidos mostra que incorporar na prática de saúde as tecnologias leves, para os usuários, é um indicador de qualidade para o atendimento. Este precisa ser incorporado de forma significativa ao se planejar a organização dos serviços de saúde. Significativa ao defender a ambiência que possibilite aos usuários e trabalhadores ampliarem a percepção de necessidades de saúde. Os serviços sendo dotados de recursos que permitam trabalhar as diversas dimensões do processo de cuidar com ênfase nas relações entre trabalhadores e usuários viabilizam o alicerce do caminho para a integralidade da atenção.

²⁰ Sujeito 3, G3, p.17

²¹ Sujeito 3, G4, p.25

6.2 Categoria Empírica 2: Acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde

Na análise do material, identificamos nas narrativas dos usuários, o tema **acesso** compreendendo a disponibilidade dos recursos institucionais da rede de saúde ofertados para a população. Conforme quadro teórico que fundamenta esta investigação, este atributo foi apontado como uma das dimensões essenciais de análise para a qualidade e efetividade dos serviços prestados no SUS (DONABEDIAN, 1966; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005), bastante valorizado também pelos usuários (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005), diante da grande diversidade loco-regional existente no contexto brasileiro. Nesta mesma linha de pensamento, diversos autores ressaltaram também a importância de considerar outros fatores relevantes, sinalizando para a ampliação da avaliação do atributo acesso, além da estrutura física, abordando a dimensão sócio-organizacional e o modelo assistencial vigente como elementos fundamentais das condições do acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, dimensões determinantes da qualidade dos serviços prestados (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; SOUZA, 2006).

Assim, revisitando a literatura, encontramos autores trabalhando com uma diversidade de conceitos para a ampliação desta complexa dimensão fundamentada em um dos princípios do SUS, o da universalidade de acesso. Citamos Travassos e Martins (2004) que relatam tratar-se de um conceito muitas vezes empregado de forma imprecisa e que pode se modificar ao longo do tempo e de acordo com o contexto. As autoras afirmam que esta concepção varia entre os pesquisadores, porém, apesar das divergências, há um predomínio da concepção do acesso relacionado às características da oferta/disponibilidade dos serviços, representado pela utilização dos serviços como o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Podemos inferir que a complexidade do atributo acesso relaciona-se a apreender a relação existente entre necessidades e expectativas da população em termos de ações de saúde que, uma vez percebidas (as necessidades) pelos trabalhadores, convertem-se em demandas à procura de respostas para satisfazê-las com o uso/utilização dos recursos ofertados (FEKETE, 1997).

Há ainda estudiosos que diferenciam as terminologias acesso e acessibilidade e o seu emprego. Destacamos que o acesso aos serviços pode ser

determinado por diferentes circunstâncias e aspectos da oferta dos serviços os quais é denominada, por Starfield (2004), como acessibilidade. Abordando estas concepções, superamos o entendimento de que a mera presença ou disponibilidade dos recursos em determinado lugar e tempo assegura sua plena utilização.

Nessa mesma direção, Donabedian (1984) emprega também a terminologia acessibilidade buscando qualificar o acesso, e Fekete (1997) ainda assinala que a acessibilidade compreende, em sua concepção mais ampliada, o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, permitindo identificar as condições gerais que cercam a assistência à saúde.

A despeito dos fatores que condicionam o atendimento, estes podem facilitar ou obstaculizar a busca e obtenção da assistência, compondo uma classificação de dimensões que podem ser de natureza geográfica, organizacional, sociocultural e econômica (FEKETE, 1997).

É nessa perspectiva que o acesso, como categoria empírica emergente neste estudo será abordado, enfocando especialmente duas de suas dimensões, geográfica e organizacional, visto terem surgido com maior frequência nas expressões de satisfação e insatisfação dos usuários em situações de atendimento nos serviços da rede básica de saúde do Distrito Oeste do município estudado.

6.2.1 Dimensão geográfica

Trabalhando com a definição utilizada por Starfield (2004), a dimensão geográfica consiste na proximidade dos serviços ao local de moradia dos usuários, condição fundamental para a efetiva utilização dos serviços de saúde, porém não única, devendo ser consideradas, conforme nos lembra Fekete (1997), as características físicas do território que podem impedir ou dificultar o acesso da população.

Assim, foi possível evidenciar, na fala dos usuários da Estratégia Saúde da Família, a importância atribuída à localização geográfica da unidade de saúde, permitindo, pela proximidade de suas residências, se locomoverem a pé.

Às vezes nem tem retorno, nada, sabe, elas procuram atender, se precisa de algum remédio, assim, elas procuram passar a receita, eu vou no PA 24 horas, eu pego o remédio. Elas são muito atenciosas... Toda vez que eu preciso, **graças a Deus que tem o núcleo lá perto de mim**, senão eu tava perdida. (Sujeito 7, G3, p.23)

Na transcrição anterior, o usuário clama pela farmácia, porém, a expressão positiva fica evidente por ter a Unidade de Saúde da Família próxima à sua residência, traduzindo-se como um dos aspectos que produz satisfação ao usuário.

No entanto, a proximidade nem sempre vai se conformar como facilidade de acesso. Obstáculos que muitas vezes traduzem o acesso geográfico dificultado por distintas barreiras, a saber: ausência de transporte de seu local de residência até o serviço de saúde, inclinação do terreno geográfico e condição econômica do usuário, acrescidas das dificuldades peculiares às pessoas com enfermidades, remetem à demanda, por parte dos usuários, de que todas as UBSs funcionem 24 horas.

Essa condição foi comum aos participantes de todos os quatro grupos focais (G1, G2, G3-USF e G4*) que apontaram diversos obstáculos pertinentes ao acesso da população aos serviços de saúde. O fragmento do discurso abaixo ilustra essas considerações:

[...] se tivesse um de 24 horas ali no posto, serviria para alguém, que tem pessoas que vêm, é que nem a senhora mesmo, mora ali oh, mora na Andorinha, a senhora pode ver que ali em baixo na Andorinha tem pessoas que têm **condução**...Mas tem gente que não tem. Igual na UBS M, **aquela subida lá para cima tem pessoas pobres que não tem**. Tem uma bicicleta. **Como é que o pessoal vai levar uma pessoa doente de bicicleta?** Até o PA-24horas. Tem cabimento? (Sujeito 3, G2, p.27)

Observamos, ainda, que a queixa se conforma pelo tipo de acesso geográfico entre a residência e a UBS de referência da área de abrangência “(...) *Igual na UBS M, aquela subida lá para cima tem pessoas pobres que não tem*”²² (condução); sendo questionado, o meio de transporte a ser utilizado para a remoção do doente: “*Como é que o pessoal vai levar uma pessoa doente de bicicleta?*”²³; com implicações na dimensão econômica, quando os usuários referem que: “(...) *pessoas pobres que não têm... (...) uma bicicleta.*”²⁴

Nas transcrições acima, foi possível evidenciar esses aspectos e as implicações da dimensão geográfica aos usuários da rede pública de saúde, sendo

^{22, 23, 24} Sujeito 3, G2, p.27

bastante questionada a localização da unidade de referência, o que implica afirmar que muitas vezes estar perto da casa do usuário não significa ter esta unidade como porta de entrada, estar disponível ou acessível, motivando o usuário a recorrer à unidade de pronto-atendimento.

No fragmento da fala do sujeito 3 (G2): *"(...) se tivesse um de 24 horas ali no posto"*, o usuário carrega em sua individualidade o desejo de poder encontrar em sua UBS, atendimento 24 horas. Essa declaração certamente remete a uma cultura existente, ainda hoje, de que especialmente o atendimento médico se dê ininterruptamente, pelo funcionamento 24 horas.

Também se identificam queixas relacionadas à acessibilidade geográfica, pela conformação da organização interna dos serviços da ESF, mostrando o entrelaçamento das diferentes dimensões do acesso, inclusive reforçando aspectos da dimensão cultural. Particularmente, apresentaremos a transcrição do discurso abaixo para ilustrar essa interdependência das dimensões do acesso geográfico, organizacional e cultural:

A UBDS, cê tem que se deslocar muito longe pra gente ir com criança. É, pelo menos o aerosol se tivesse no Núcleo, mais rápido, uma coisa mais perto da gente. [...] minha filha tava bastante, precisando do oxigênio, que que eu tive que fazer? Meu esposo não tava em casa pra me levar no PA 24 horas. Eu lá, não podia esperar, eu tive que ir mesmo de a pé com essas três criança socorrer nesse PA 24 horas. Cheguei lá com a criança (...). Aí eu falei [...] (Sujeito 5, G3, p.32).

É porque não tem condições de comprar, né. O aerosol ajuda muito quando fica perto da casa da gente." (Sujeito 2, G3, p.32).

Torna-se evidente a manifestação de insatisfação, se referindo à longa distância da UBDS pela ausência de determinados tipos de ações e serviços de saúde para a satisfação de necessidades pertinentes aos serviços da rede de atenção básica de saúde.

No entanto, as manifestações referentes à localização das unidades de saúde nos levam a refletir: quais são os critérios que definem a localização geográfica da instalação das unidades e, no caso, daquelas em funcionamento 24 horas? Cabe ressaltar as questões da regionalização, mas também da intersetorialidade do cuidado e questionar como fica a articulação da SMS com os órgãos que definem o trajeto do transporte coletivo a fim de minimizar as dificuldades entre as unidades de saúde, melhorando o acesso.

A insatisfação com a dificuldade do acesso geográfico à UBDS apresenta interdependência com os limites organizacionais impostos nas unidades, neste momento de análise, principalmente as da ESF, conforme já discutido acima. Condição esta que pode favorecer a preferência do usuário e sua manifestação de satisfação com o serviço de pronto-atendimento, uma vez que este possui um conjunto de recursos que atendem às indicações terapêuticas compatíveis também com a atenção primária, reforçando a cultura de que o pronto-atendimento é o lugar para ser acessado mesmo em situações de quadro não urgentes.

Por outro lado esse apontamento nos permite sinalizar indícios do desejo dos usuários por serviços de atenção básica que tenham resolubilidade e recursos que caracterizem esses serviços com correntes da APS mais resolutivas.

Posteriormente, outros discursos ainda revelam aspectos da dimensão organizacional que serão trabalhados mais adiante, atrelados à dimensão geográfica, uma vez que a falta de recursos tecnológicos necessários à saúde não se apresenta disponível no elenco de serviços da unidade de saúde da área de referência, restando ao usuário que também se encontra em condições desfavoráveis de saúde se deslocar até outro serviço em busca da satisfação de suas necessidades.

Assim as características referentes à dimensão organizacional podem reforçar esse aspecto cultural e, conseqüentemente, o modelo assistencial hegemônico centrado na medicalização da doença, sem, contudo considerar outras relevâncias para se ter saúde.

Neste momento, identificamos a satisfação dos usuários com a localização da Unidade de Saúde da Família próxima ao local de moradia do usuário, proporcionando facilidade no acesso em sua dimensão geográfica, assim como em outros estudos (AZEVEDO, 2007; GAIOSO, 2007), porém com um cardápio de oferta de serviços limitado, obstaculizando a assistência integral e comprometendo a forma como os usuários percebem a unidade de saúde, gerando as expressões de insatisfação (GAIOSO, 2007; MISHIMA et al. 2010; TRAD et al., 2002).

Podemos finalizar esta discussão dialogando também com uma das dimensões da integralidade, denominada por Cecílio (2001) “*integralidade ampliada*”, aproximando-nos do segundo conjunto de sentidos da integralidade proposto por Mattos (2001), no momento em que não observamos o produto da articulação dos diferentes serviços de saúde e os serviços fora do setor específico

da saúde (secretaria de transportes, planejamento, infraestrutura/obras), buscando romper com a desarticulação dos serviços para se obter melhor atenção ao munícipe, quando se trata especialmente de situações relacionadas ao acesso aos serviços de saúde.

A seguir serão apresentadas as questões pertinentes à acessibilidade organizacional.

6.2.2 Dimensão organizacional

**“esperando 2 anos pra tratar o canal”
“sumiram com o meu encaminhamento”**

Esta dimensão refere-se aos obstáculos que se originam do modo como os recursos dos serviços de saúde se organizam e que podem estar localizados na porta de entrada ou no interior dos cenários de produção de saúde (FEKETE, 1997).

Juntamente com a autora supracitada, Almeida e Macinko (2006) trazem algumas feições circunscritas à assistência, caracterizando a dimensão da acessibilidade organizacional por meio de facilidades e/ou dificuldades que envolvem: aspectos relacionados à distância de localização da unidade de saúde à moradia da população adscrita; horários e dias em que está aberta para atender; recursos de comunicação disponíveis para os usuários e os utilizados para comunicação entre os serviços do sistema de saúde; disponibilidade para marcação de consultas; o grau de tolerância para consultas não agendadas; tempo de espera na recepção para ser atendido e tempo de espera para obter consulta; possibilidades de encaminhamentos.

Fekete (1997), considerando as caracterizações acima tomadas por Almeida e Macinko (2006), representa a acessibilidade de três formas, a depender do modo como os recursos de assistência à saúde das pessoas se organizam, a saber:

- obstáculos internos relacionados à forma de organização dos processos de trabalho, portanto responsáveis por situações que envolvem o microespaço dos serviços de saúde como a demora na obtenção de consultas, turnos de funcionamento e tipo de marcação/agendamento bem como os aspectos que

permeiam as relações de encontro dos trabalhadores com os usuários (vínculo, acolhimento, etc.). Nesta classificação a autora faz referência aos obstáculos que se originam desde a porta de entrada dos serviços, no primeiro contato com a unidade de saúde.

- obstáculos externos relacionados ao macroespaço dos serviços de saúde, portanto que compõem o modo de organização da rede de cuidados, porém sem desconsiderar as características que também interferem com a assistência ao usuário dentro da unidade como o tempo de espera para ser atendido pelo médico e para a realização de exames laboratoriais que pode ocorrer dentro ou em outra unidade da rede de atenção básica.
- obstáculos da continuidade da assistência estão relacionados com o princípio da longitudinalidade, que pode ou não favorecer acesso aos serviços necessários à continuidade da atenção dispensada, a depender da forma como o sistema se organiza (hierarquização) e se operam os mecanismos de referência e contrarreferência (FEKETE, 1997). Essa condição pode refletir de forma positiva (aspecto facilitador) ou negativa (obstáculo) na constituição do princípio da integralidade.

Continuaremos com a explanação dos resultados encontrados neste estudo, porém já é possível afirmar e discutir como uma problemática extremamente complexa identificada por outros autores (AZEVEDO, 2007; FERRI, 2006; GAIOSO, 2007; KOVACS et al., 2005; MISHIMA et al., 2010; PEREIRA, 2008) que também encontraram, na categoria acesso organizacional, grandes entraves ocasionando expressões negativas traduzidas em insatisfações, conforme definição adotada neste estudo, por nos afastar do princípio institucional da integralidade da atenção, sob a pena de descumprir também outro princípio fundamental do SUS como o da universalidade de acesso.

Assim, independente da forma de organização do sistema de saúde, no caso o sistema brasileiro, estruturado em uma rede hierarquizada que tem na ABS sua porta de entrada, já se fazem necessárias, como nos mostra alguns autores (CECÍLIO, 2001; PINHEIRO, 2005), propostas que redefinam a ideia de redes na forma de organizar os recursos e operar ações e serviços de saúde, buscando modelos criativos que alertem para a complexidade de toda uma rede integrada e integral, usuário centrada, como malha de cuidados ininterruptos de saúde

(CECÍLIO, 2001), para não incorrer no erro de fragilizar os alicerces dos serviços de saúde pautados na Constituição Federal de 1988.

Na percepção dos usuários das unidades básicas de saúde tradicionais, satisfação relaciona-se às práticas inerentes ao processo de trabalho dos profissionais de saúde que conformam determinado modo de organização do serviço e, no âmbito do momento de encontro com o usuário, envolve outras ferramentas de trabalho, além das tecnologias leves já citadas na categoria empírica 1 da seção anterior. Fazem parte deste contexto os saberes que integram, além das atitudes dos profissionais, o conhecimento científico e habilidades capazes de proporcionar agilidade no atendimento: “me olhou, falou que o caso não é pra ela, mandou esperar, já mandou...”²⁵, realização de procedimentos: “(...) *mandou me fazer soro*”²⁶; “*pressão alta, ...mede*”²⁷ e exame clínico, resolução da situação-problema apresentada pelo usuário com prescrição de medicamentos, fornecimento de orientações e recomendações de saúde: “(...) *incentiva ele tomá o remédio, i nas consultas direitinho, nos retornos. (...) explicou pra ele o que ele tinha que fazer*”²⁸

[...] porque na minha casa, hoje mesmo elas passaram, foi o médico e duas enfermeiras né[...] porque tem meu marido que é diabético e é teimoso, ele vai no médico, **eles dão os remédios pra ele**, sabe o que ele faz? Deixa lá no cantinho, mas a cerveja e a pinga não esquece do horário de tomar! Então eu falo pra elas, e ele fica louco da vida! **Ela vai lá, incentiva ele tomá o remédio!** Fala pra ele: “-seu Fulano, o sr tá fazendo tudo errado! Toma os remédios direitinho, vai **nas consultas direitinho, nos retornos**. A gente vai marcar outro retorno. Ela sentou, **explicou pra ele o que ele tinha que fazer**, [...]eu tava com cartão, também com a **minha consulta que ela marcou pra mim**, dia 18 agora, eu tenho, [...] então é bom por isso. (Sujeito Indeterminado, G1, p.18).

O discurso ainda parece transmitir que o usuário avalia como positivo e satisfatório, sinalizando indícios de resolubilidade na assistência, aquele atendimento no qual o profissional explica “*o que tem que fazer*”²⁹, receita algum medicamento e já marca a consulta de retorno. Isto mostra que o modelo médico curativista ainda é bastante valorizado também na perspectiva dos usuários. Veja nas transcrições a seguir:

[...] a médica **me olhou**, falou que o caso não é pra ela, mandou esperar, já **mandou me fazer soro**, fui bem atendida lá no PA-24 horas. (Sujeito Indeterminado, G1, p.9).

^{25, 26, 27} Sujeito Indeterminado, G1, p.9

²⁸ Sujeito Indeterminado, G1, p.18

²⁹ Sujeito Indeterminado, G1, p.18

[...] eu **ganho remédio**, tudo [...], a cada seis meses eu faço uma **mamografia, ultrassom disso, ultrassom daquilo, exame de sangue**, aquele HIV que agente nem [...]", eu, pelo menos não sou muito esclarecida com isso né [...], mas até isso eu sou atendida lá (na UBDS). (Sujeito 7, G4, p.40).

Além disso, percebemos, no primeiro trecho, que apesar do problema não ter sido resolvido pelo profissional que prestou o atendimento inicialmente, o fato de ter sido tratada com atenção, "*me olhou*"³⁰ e receitado algo, "*já mandou me fazer soro*"³¹, foi responsável pela expressão de satisfação "fui bem atendida lá"³². Estas são algumas das concepções singulares do que pode ser considerado como um bom atendimento e, aqui, a medicalização na concepção do usuário: "*ganho remédio, tudo..., a cada seis meses eu faço uma mamografia, ultrassom disso, ultrassom daquilo, exame de sangue*"³³, já o satisfaz. Mais uma vez, assim como tratado na dimensão geográfica do acesso, a organizacional também aparece exercendo estreita relação com a dimensão sociocultural.

Faz-se necessário argumentar que, apesar dos esforços e iniciativas no âmbito das universidades e serviços de saúde por meio de políticas de educação para o SUS que visam a incrementar as mudanças no modelo de atenção, os processos assistenciais apresentam dificuldades na prática cotidiana e rotineira para implacar estas propostas. Reconhecemos a complexidade existente nas políticas / processos de transformação, porém acreditamos que estudos com a temática avaliação possam apreender e revelar estas dificuldades, considerando que, na própria literatura, encontramos diversas concepções que se traduzem na prática dos profissionais induzindo modelos que posteriormente poderão ser alvos de cobrança dos próprios usuários.

Nesse prisma, apreciamos os projetos que se propõem a trabalhar com os elementos que conferem à integralidade forte capacidade de impacto sobre a população e que são considerados essenciais para a superação dos limites da formação de práticas tradicionais (PINHEIRO, 2005).

Outra evidência que chama a atenção e merece destaque é o reconhecimento pelos usuários das melhorias e avanços dos serviços da rede de ABS:

[...] Eu quero falar especificamente dos serviços de vacina da rede pública em Ribeirão Preto. [...] **número um em vacina** em questão de treinamento de funcionário, de quantidade, de qualidade, **convoca** as crianças, eu tive a

^{30, 31, 32} Sujeito Indeterminado, G1, p.9

³³ Sujeito 7, G4, p.40

oportunidade de receber a cartinha convocando meu filho, fiquei superfeliz apesar de eu estar atrasada, achei que o serviço está direitinho, com tempo. [...] Então o treinamento, a reciclagem é constante, o material, o equipamento, a reposição, não falta vacina [...]. (Sujeito 4, G2, p.24 , 25).

[...] a farmácia, hoje, é um serviço que melhorou muito. Está bem organizado [...] **A queixa continua o horário**, mas eles fazem uma exigência que eu acho importante, trazer o cartãozinho, a receita atualizada, carimbada... **Tem gente que usa a receita três anos a mesma, né?** (Sujeito 4, G2, p.34)

Nas citações acima, os usuários reconhecem os avanços “*é um serviço que melhorou muito. Está bem organizado...*”³⁴; “*número um em vacina*”³⁵ porém ainda apontam restrições muitas vezes relacionadas à dimensão do acesso organizacional, que continua sendo o foco da insatisfação: “*A queixa continua o horário*”³⁶.

Com relação ao discurso que se refere à organização do serviço de imunização da UBS, o usuário ainda relata outro aspecto que satisfaz e nos aproxima da integralidade da atenção pela presença da corresponsabilidade por meio do qual o serviço demonstra preocupação com os usuários “*(...) eu tive a oportunidade de receber a cartinha convocando meu filho, fiquei superfeliz apesar de eu estar atrasada*”.³⁷

Evidenciamos também outro aspecto singular da opinião dos usuários em relação à satisfação com os serviços prestados pela rede pública, que diz respeito ao tempo de espera para o atendimento. Exemplificaremos com a transcrição abaixo, considerando que, na maioria das vezes, este quesito não atendeu satisfatoriamente aos usuários participantes deste estudo:

[...] antes de ligar no serviço para avisar que eu não ia, eu liguei no postinho: “que horas que vai ter pediatra?”, a médica dele estava de férias, 15 dias, aí [...] Fui para casa da minha mãe, esperar ela chegar do serviço e fui pro PA 24 horas. Ela me levou. E lá foi assim, **5 minutos, me atendeu, olhou ele, tudo..** era uma gripinha.” (Sujeito 5, G2, p.37).

Essa fala retrata claramente que os usuários valorizam o tempo de espera para ser atendido como um fator importante para ser avaliado nos serviços de ABS, trazendo satisfação, quando não há demora no atendimento. Neste mesmo fragmento devemos considerar que o usuário aponta para o fato de não haver outro

^{34, 36} Sujeito 4, G2, p.34

³⁵ Sujeito 4, G2, p.24, 25

³⁷ Sujeito 4, G2, p.24, 25

profissional em substituição para o atendimento na unidade de saúde quando da vigência de férias dos profissionais contratados. Como já discutimos antes, este pode se constituir em outro evento colaborador para carregar os serviços de pronto-atendimento em virtude de promover aumento no fluxo, devido demanda excessiva de usuários com situações que possivelmente poderiam ter sido resolvidas no nível da atenção básica e descaracterizar o tipo de atendimento prestado nas unidades de pronto-atendimento (urgência e emergência). Concordamos com Dornas Júnior e Ferreira (2003) que situações como estas podem ser responsáveis por distorções no rumo da mudança do modelo de atenção pautado no fortalecimento da ABS, acarretando ônus para usuários, profissionais e todo o sistema de saúde.

Este aspecto pôde ser constatado nos estudos de Kovacs et al. (2005) no qual observou-se que a dificuldade de acesso aos serviços da rede de ABS foi fator intrínseco para a procura pelo serviço de urgência e emergência analisado, onde os usuários procuram atendimento em situação de sofrimento agudo, por considerar suas necessidades de saúde inadiáveis.

Percebemos que, na avaliação dos usuários, os parâmetros de um bom atendimento ou um serviço de saúde que satisfaz são mínimos, como por exemplo, o simples fato de ser “olhado” e prescrever um medicamento para o seu tratamento (como exemplificado nas transcrições acima: G2, p.37; G1, p.9). Satisfaz o atendimento no qual se receitam medicamentos ou se estabelece relação de respeito e educação com o paciente, como, por exemplo, quando se possibilita ao paciente falar (oferecer escuta efetiva) sobre o seu problema de saúde, como vimos na primeira categoria empírica descrita.

Uma afirmação bastante comum, ratificada inclusive por outros estudos realizados junto a profissionais de saúde (BOSI, 1994) é que para os usuários, sem dúvida, o mais importante é ser atendido. Bosi e Affonso (1998) mostraram em sua pesquisa que esta expectativa esteve presente em todos os depoimentos obtidos e ainda afirmaram que a população não suporta a negação do atendimento, apesar de demonstrar até uma boa dose de tolerância com os serviços.

Outro autor retoma essa característica, quando afirma encontrar em seus estudos uma boa avaliação por parte dos usuários, o que se traduz em satisfação até não levando em conta os gastos principalmente com transportes, quando precisam ser referenciados para outros serviços, o que sugere que, para eles, importa, tão

somente, o acesso na sua forma de consumo (imediato) do serviço de que necessitam.

Foi possível evidenciar também, nas falas dos participantes dos grupos focais, a compreensão do bom atendimento, frequentemente, reduzido ao atendimento médico, novamente remetendo à dimensão cultural.

Para Travassos (1997), as concepções de saúde e necessidades refletem a complexidade da estrutura social, sendo que as diversidades de demandas apresentadas resultam da influência do social no adoecer humano, de tal modo que essas diferenças devem ser tomadas como base para o planejamento e organização da oferta de serviços.

Em síntese percebemos que, para os quatro grupos focais, a insatisfação com relação ao acesso para atendimento nos serviços da rede básica de saúde, considerada em sua dimensão organizacional, relacionou-se aos conjuntos de sentidos da integralidade atribuídos por Mattos (2001) que se referem à organização dos serviços de saúde tanto no seu espaço micro, interno, como no macroespaço, evidenciando os processos ineficazes e sem resolubilidade, a dificuldade de acesso, a demora no agendamento e a falta de vagas para especialidades e consulta eventual (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001).

Os princípios do SUS, também presentes no conjunto dos atributos da ABS, constituem-se em elementos fundamentais para analisar a satisfação dos usuários quanto ao desempenho da ABS e são correspondentes aos princípios ou dimensões essenciais ou atributos da atenção primária em saúde, segundo Starfield (2004) e também às dimensões utilizadas por diversos pesquisadores (ALMEIDA; MACINKO, 2006; PEREIRA, 2008) que avaliam serviços da APS, a partir da voz dos usuários, da rede básica. Assim, poderemos compreender melhor as problemáticas aqui apresentadas pelos usuários referentes ao acesso, ao percebermos que elas exercem uma relação direta com particularmente dois desses atributos: um que já discorreremos extensivamente nesta categoria de análise, trata-se do elenco de serviços e, outro que vamos agora chamar a atenção, denominado porta de entrada, implicando no acesso e uso de serviço da ABS a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (STARFIELD 2004).

Nesta investigação, a acessibilidade organizacional apresentou-se prejudicada especialmente em virtude do horário de funcionamento ou ausência do serviço no elenco da unidade de saúde, no caso das USFs, devido à estruturação

física destas. Relacionamos aqui aspectos evidenciados em alguns discursos que traduzem esta questão e merecem uma avaliação, buscando possibilidades de respostas mais efetivas às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada.

Iniciaremos reportando um discurso que foi evidenciado em várias pesquisas (GAIOSO, 2007; MISHIMA et al., 2010; TRAD et al., 2002) específicas em serviços com a característica organizacional da ESF, também foi encontrado neste estudo, relacionando característica semelhante nas unidades básicas de saúde tradicionais. Trata-se da limitação no horário de funcionamento da unidade de saúde da área de referência do usuário, transformando em uma realidade constrangedora o efetivo acesso à atenção básica.

[...] Ele chegou num sábado, o núcleo tava fechado. Aí, eu esperei [...] quando chegou de manhã [...] 'vou levar esse menino no médico!'. Aí ele – 'não vó', falei 'num quero saber' [...] Quando ele chegou no PA 24 horas, o médico disse assim – 'internação [...] ó a ambulância aí, vamos levar de ambulância'. Aí resultado, [...] HC velho [...] o apêndice já tava de sangue e pus. Quase morreu. (Sujeito 8, G3, p15).

O funcionamento durante o dia todo, inclusive um dia no final de semana com a possibilidade de fechar um dia durante a semana, foi indicado nas avaliações dos usuários de unidades de saúde da família de alguns estudos (MISHIMA et. al, 2010; PEREIRA, 2008) como possibilidade de ampliação e flexibilização do horário de funcionamento da unidade de saúde que, na expressão dos usuários, pode estar sinalizando necessidade de adequação dos serviços ao atendimento à população trabalhadora, ampliando as possibilidades de acesso. Esses aspectos apontam para os problemas identificados como relativos à organização interna dos processos de trabalho das equipes, sendo que uma proposta de mudança para resolução precisa ser compartilhada com os usuários, a fim de que suas reais necessidades sejam consideradas e sua expressão valorizada.

Alguns procedimentos técnicos básicos do elenco de serviços que deveriam estar presentes, nas unidades da rede de ABS, ainda não fazem parte do cardápio de ofertas das Unidades da ESF do Distrito Oeste do município estudado, mantendo-se sob responsabilidade da Unidade Distrital, o que também ocasiona insatisfações nos usuários:

[...] o Núcleo eles não não têm verba pra ter o material em quantidade e qualidade o suficiente para atendimento [...] Às vezes precisa fazer um curativo e acabou o material, tem que arranjar alguma outra coisa ou tem que ligar correndo no PA 24 horas, pra ver se o PA 24 horas empresta. Eu estava internado no HC, tomando

uma medicação de hora marcada, antibiótico e, simplesmente o antibiótico acabou. Acabou e eles não tinham pra me dar, né. Então eles tiveram que procurar e pedir na UE, pra UE emprestar, porque eles não tinham. Pra melhorar, por que não pode ter uma farmacinha lá, pra atender o pessoal dali do Núcleo? (Sujeito 11, G3, p.30).

Encontramos outros estudos corroborando os resultados de insatisfação dos usuários das mesmas unidades da ESF aqui investigadas, pela ausência de determinados recursos na estrutura física de seu estabelecimento, dificultando o acesso geográfico (FERRI, 2006; GAIOSO, 2007; MISHIMA et al., 2010). Os autores relacionam como indicadores que prejudicam a acessibilidade dos usuários e que merecem destaque, a indisponibilidade de medicamentos, tratamento dentário e a execução de alguns procedimentos como coleta de exames, aerossol, entre outros (AZEVEDO, 2007; FERRI, 2006; GAIOSO, 2007; MISHIMA et al., 2010).

Vale lembrar que a implantação das unidades da ESF, no município de Ribeirão Preto, ocorreu por iniciativa de docentes e técnicos da FMRP-USP, pois no cenário das políticas de saúde do município no período de 1999, não se configuravam tais diretrizes e propostas técnico-políticas para a SMS-RP. (CACCIA-BAVA, 2004).

Dessa forma, inicialmente os recursos para a implantação de uma Unidade da Saúde da Família foi provisionado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Posteriormente, com os resultados positivos do avanço da estratégia, foi possível a celebração de convênios que garantiram o repasse de verbas pela Secretaria Municipal e Estadual, para auxiliar na manutenção das equipes, que se mantinham ainda sob modelo acadêmico, porém, a partir de 2001, segundo moldes do Ministério da Saúde (CACCIA-BAVA, 2004). Diante dos recursos disponíveis, os gestores envolvidos decidiram estruturar cinco Unidades da ESF, na região da área básica da UBDS do Distrito Oeste, com limitações estruturais para ofertar determinados procedimentos, no entanto estes ficaram a cargo da unidade distrital regionalizada. Explicitando a responsabilidade no atendimento para imunização, curativos, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames biomédicos, radiológicos simples e outros foram assegurados aos usuários das Unidades da ESF, na UBDS do Distrito Oeste (CACCIA-BAVA, 2004). Ao tomar essa decisão, a perspectiva foi de ampliar o acesso às Unidades da ESF e, futuramente, superar estas restrições assinaladas como expressão negativa por parte dos usuários.

Lembramos que, para situações de urgências, emergências e algumas especialidades, cada UBDS também se conforma em referência na composição da rede básica do sistema de saúde de todo o município. Esta organização precisa ser dialogada com os usuários para além da informação, abordando as dificuldades financeiras de abertura de todas as unidades de saúde da rede pública para funcionar 24 horas, inclusive nos finais de semana atrelados à responsabilidade com otimização de recursos públicos. O acesso geográfico poderia ser facilitado nestas situações, acionando ao serviço de saúde responsável pelo transporte. Aqui podemos assinalar que o acesso à informação desta natureza pode estar prejudicado.

Nessa linha de análise, podemos resgatar Starfield (2004) ao remeter às questões de custo financeiro e político, recomendando esta estratégia para unidades de pequeno porte assegurarem serviços de retaguarda, em situações nas quais a indicação de instalação de equipamentos não se justifica.

Perante os resultados encontrados nesta e em outras pesquisas relacionadas especificamente às unidades de saúde da família (FERRI, 2006; GAIOSO, 2007) e também considerando a ausência de estudos que justifiquem o encaminhamento dos usuários de unidades de saúde com o modelo organizacional da ESF em situação de necessidades de acesso ao elenco de serviços básicos como vacina, curativo, coleta de material biológico entre outros; para a realização destes procedimentos em UBDS de referência, a insatisfação dos usuários deveria ser considerada um indicador de qualidade para a tomada de decisão.

Não podemos negar a participação dos usuários nos espaços dos conselhos, mas esta tem sido limitada, o que foi revelado nos estudos citados em Pereira (2008). No entanto os resultados das investigações produzidas a partir da voz dos usuários precisam ser mais bem trabalhados nos espaços do controle social, onde se tem representação de usuários, trabalhadores e gestores, a fim de fortalecer os espaços coletivos de gestão e possibilitar respostas mais efetivas às manifestações dos usuários. Além de aumentar a possibilidade de resolubilidade, acreditamos que os usuários possam se sentir mais valorizados e que estes fóruns de participação possam adquirir maior credibilidade, tornando mais coerente como recurso com grande potência para melhorar o desempenho da ABS.

Outro aspecto que também concordamos com Pereira (2008) trata-se de que restringir a acessibilidade durante o horário de funcionamento das unidades de saúde,

sejam elas UBS ou USF, ou, após esse horário oferecer atendimentos não caracterizados como situações de urgência e emergência em unidade de saúde que se destina a esse tipo de atendimento, perpetuaria um caminho contrário à lógica de (re)organização dos serviços da ABS, conforme preceitos e recomendações do SUS e de Alma-Ata, podendo inclusive reforçar uma tendência da organização tecnológica do trabalho em saúde caracterizada pelo pronto-atendimento. De tal modo, comprometendo atributos essenciais da ABS como a ampliação do acesso e nos afastando ainda mais da integralidade da atenção como princípio fundamental do SUS, podendo afetar, conseqüentemente, o desempenho dos serviços da ABS que tanto buscam uma estratégia de provocar transformações no modelo assistencial vigente (PEREIRA, 2008).

Iniciaremos trazendo as implicações que a farmácia ou outro tipo de serviço necessário ao tratamento, distante ou não acessível no momento em que os usuários necessitam, podem repercutir:

Acabou e eles não tinham pra me dar, né. Então eles tiveram que procurar e pedir na UE, pra UE emprestar, porque eles não tinham. Pra melhorar, **por que não pode ter uma farmacinha lá, pra atender o pessoal dali do Núcleo?** (Sujeito 4, G3, p.30).

Mas ele, ele perguntou assim, o que a gente acha que vai melhorar no núcleo. No meu modo de pensar, **por que não pode ter uma farmacinha lá, pra atender o pessoal dali do Núcleo** (Sujeito 4, G3, p.31).

[...] O aerosol ajuda muito quando fica perto da casa da gente. (Sujeito 2, G3, p.32).

A unidade de PA- 24 horas, cê tem que se deslocar muito longe pra gente ir com criança. É, pelo menos o aerosol se tivesse no Núcleo, mais rápido, uma coisa mais perto da gente. [...] o **Núcleo quase fechando**. Isso eu já falei com o Núcleo, eles **podiam ter um aparelho de aerossol pra uso imediato, né, ou oxigênio**. O aerossol ce tem em casa (eu comprei), mas tem vez que a criança precisa do oxigênio [...] (Sujeito 5, G3, p.32).

Nos dois relatos anteriores, a acessibilidade mostra-se comprometida na visão dos usuários dos serviços especialmente da ESF, visto que a problemática se relaciona a entraves de natureza organizacional e tecnológica dos serviços de apoio terapêutico, uma vez que a dispensação de medicamentos foi apontada como necessária nas unidades de saúde da família, bem como os serviços de nebulização. Em relação à assistência farmacêutica, a investigação de Camargo Jr.

et al. (2008) refere que a ampla maioria dos municípios não apresenta este serviço articulado à ESF.

Os problemas respiratórios compõem o quadro da saúde pública e são considerados por diversos autores como condições sensíveis à APS, merecendo, portanto estudos avaliativos capazes de mensurar o desempenho da atenção básica com relação à efetividade dos cuidados dispensados às condições respiratórias sensíveis a este nível de atenção (ALFRADIQUE et al., 2009; OLIVEIRA, 2010). Pesquisadores que investem nessa temática têm desenvolvido estudos que justificam as complicações e causas de internações por condições consideradas sensíveis à APS, indicando sérios problemas de acesso ao sistema de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009; CASANOVA; STARFIELD, 1995; OLIVEIRA et al., 2010)., seja para diagnóstico precoce, tratamento ou mesmo a prevenção. Esses pesquisadores acrescentam ainda que a deficiência na cobertura dos serviços associada à baixa resolubilidade da atenção básica, pode corroborar ainda mais com este problema de saúde pública. Nesta linha de pensamento, julgamos o acesso aos serviços de “aerossol” reclamados pela população, juntamente com outros cuidados em saúde; ditos como essenciais na ABS para um atendimento de boa qualidade; realmente um fator complicante e que pode agravar essa condição.

Neste e em outros estudos (GAIOSO, 2007; MISHIMA et al., 2010), o fato da ausência dos serviços disponíveis no momento e/ou no local em que o usuário frequenta, condiciona o deslocamento do usuário até uma outra unidade na qual tal atividade é realizada, no nosso caso a Unidade Distrital justificada pela pequena distância geográfica existente entre as duas unidades. Porém cabe retomar que para quem realmente utiliza os serviços da rede de ABS, este foi considerado um fator limitante por considerarem que em muitas situações nas quais procuram os serviços de saúde, eles já se encontram com seu estado de bem-estar comprometido, “tá ali, tá passando mal, chega lá pra pegar o remédio”³⁸, o que dificultaria ainda mais o acesso.

[...] termina naquelas filas, né, de farmácia. Tem gente que num tá podendo ficar de pé, tá com criança, tem que ficar naquela fila. Parece a fila do INPS, no PA 24 horas [...] O problema é que **tá ali, tá passando mal, chega lá pra pegar o remédio, a fila tá fazendo a curva.** Ah, a gente tem dó, né. E tem hora que dá briga na fila (Sujeito 1, G3, p.31).

³⁸ Sujeito 1, G3, p.31.

A mesma situação de restrição da acessibilidade ao elenco de serviços se repete nas unidades básicas de saúde na qual os usuários deixam claro que a presença do serviço, na estrutura física da unidade de saúde ou de um conjunto de ações básicas concentradas em nível mais localizado, não significa apresentar a qualidade de estar acessível. A implicação do acesso efetivo já foi demonstrada por este e outros estudos (AZEVEDO, 2007; MISHIMA et. al, 2010; PEREIRA, 2008) nos quais além da sua presença física, vincula-se a outros fatores, como no caso em questão, aos processos internos de organização do trabalho em seu caráter “micro”, como diz Cecílio (2001). Abaixo, algumas incursões dos usuários das unidades básicas de saúde a esse respeito, considerando além dos serviços de farmácia, os serviços prestados pelas salas de vacinas:

[...] a farmácia, hoje, é um serviço que melhorou [...]. **A queixa continua o horário** [...] (Sujeito 4, G.2, p.34).

[...] não, eu falo assim do horário, por exemplo, lá a **farmácia fecha às cinco horas** [...] **O horário ainda é restrito.** [...] ele marcava consulta para mim 8 e 20 da noite, então se eu tivesse algum problema, eu tinha que ir no outro dia ou então comprar o remédio [...] O remédio tem[...] Mas o horário **não é acessível** [...]. Aí no outro dia está trabalhando [...]. Eu [...] incomodava muito a minha vizinha [...] então ela falava assim ‘Não, fulana, não precisa faltar do serviço ou entrar mais tarde, eu vou levar a minha filha e, até na volta já abriu a farmácia, eu pego para você’ (Sujeito 1, G.2, p.34).

[...] Agora o que ocorre é que eu acho assim que dificulta o atendimento do usuário, agora como usuário, as salas que, por exemplo, a unidade que fecha às 17 horas ou mesmo às 19 ou às 21 que é o caso da UBS S, as meninas **fecham as salas de vacina às 15 e 30**, para as **mães que trabalham** eu acho que isso é uma dificuldade tremenda, porque elas chegam de manhã, vão colher sangue primeiro, abrem a sala às 9, porque estão primeiro na coleta, então tudo bem, aí, tem deficiência de funcionário, está dividindo escala, então a gente entende. Aí saem para o almoço das 11 e 30 às 13 e 30. Quer dizer, se alguma mãe tem o **intervalo do almoço para levar a criança já não dá, está fechada a sala.** Aí a mãe sai do serviço... [...] Por exemplo, eu saio às 16, busca o bebê na creche às 16 e 30, vou para o posto de vacina, a sala de vacinas já está fechada. Então eu sou obrigada a tirar ele da creche mais cedo, **sair mais cedo do trabalho para conseguir vacinar ele** [...] (Sujeito 4, G2, p.24).

Os usuários ainda desdobram expressões de insatisfação com a avaliação dos serviços de tratamento de lesões de pele que, em algumas unidades básicas de saúde, os horários de atendimento são totalmente limitados, restringindo o acesso a apenas um turno/período de trabalho do serviço:

Eles **só fazem na parte da manhã**, se a pessoa precisa de um curativo à tarde, não tem! Chega umas 4, 5 horas não tem ninguém nem pra dar um... e lá é assim

só dá uma gaze e alguma coisa, não faz o curativo que tem que ser feito! (Sujeito Indeterminado, G1, p11).

[...] lá no meu posto a **coleta de exames é feita na sala de curativo**, é correto? Tem que ser marcado um dia na semana pra esterilizar a sala, **somente esse dia pode ser tirado sangue**, porque ele tá reservado até "X" hora, por exemplo, tem que ser bem cedo, **até as 9 porque depois já tem curativo**, tem não sei o que pra fazer, é a mesma sala; então, nossa [...], é um abandono, não sei o que fazer, o esterilizador quebrado, liga lá "olha mas não tem verba pra arrumar", então como é que faz pra trabalhar? Eles trabalham com muita dificuldade, os médicos ali, todo mundo pra fala a verdade [...] (Sujeito 1, G4, p.40)

No discurso acima, notamos que queixas concernentes à coleta de exames laboratoriais também são expressas pelos usuários em sua avaliação dos serviços prestados na rede básica. Ratificando essa avaliação, dificuldades para acesso aos exames também foram encontradas nos estudos de Tavares, Mendonça e Rocha (2009) como uma das problemáticas organizacionais dos serviços com o modelo da ESF.

O desapontamento dos usuários para com a coleta dos exames devido às restrições de acessibilidade reflete tanto as dificuldades para sua realização, mesmo considerando que os postos de coleta estão disponíveis nas UBS, como para conseguir uma consulta de retorno para avaliação dos resultados, veja nas transcrições a seguir:

[...] Ai fica difícil marcar o **papanicolau!** Às vezes a gente **fica 3 anos sem fazer porque não tem agenda**, a agenda vai abrir daqui 3 meses. (Sujeito Indeterminado, G1, p.9).

[...] no posto não tem nada [...] o meu médico queria me ver em dezembro que eu **precisava de um exame urgente**, só tem **pro dia 13 de fevereiro** [...] tô esperando [...] (Sujeito 1, G4, p.39).

A mesma dificuldade foi identificada inclusive para realização do teste imunológico de gravidez pela urina (detecção de HCG):

Eu acho que tem que ter assim esclarecimento, porque às vezes você vai ao posto 'Ah é de manhã, ah é a tarde', **meu teste de gravidez eu demorei 4 dias para fazer** porque eu ia de manhã 'Ah é com a enfermeira da noite', chegava lá à noite 'Ah é a enfermeira da manhã', eu trabalhava à tarde, eu entrava no serviço meio dia e meia e saía seis e meia, então eu saía de casa onze e meia e chegava às 8 no serviço, no ponto de ônibus. Então ficava assim, comprando potinho para levar a urina, né? 'De manhã, é à tarde'. Aí, o dia que eu consegui fazer foi porque meu marido começou a falar alto lá, falando alto comigo..para os funcionários [...] se tocarem tipo, 'oh que demora', a enfermeira estava jantando. Até a minha irmã foi buscar o meu xixi no hospital, eu pedi para ela levar para fazer o teste, porque eu

tinha feito de farmácia e deu positivo, só que **para ter o atendimento pré-natal no posto tem que fazer lá**. Aí ela levou 'Ah, não pode porque se der positivo tem um questionário que ela tem que responder'. Eu fiquei de manhã, 7 horas da manhã, 7 da noite, todo dia indo no posto (Sujeito 5, G2, p.29).

Ainda com relação à insatisfação, destacou-se na opinião dos usuários a deficiência de recursos da odontologia para integrar o elenco de serviços das unidades da rede básica do município investigado, aspecto corroborado por diversos estudos locais (GAIOSO, 2007; MISHIMA et al., 2010; PEREIRA, 2008), ou em outros Estados e municípios (AZEVEDO, 2007) que inclusive investigaram o acesso e utilização dos serviços odontológicos no SUS (OLIVEIRA, 2002), reforçando essa dificuldade ao comprovar que nem mesmo os procedimentos básicos são garantidos em todos os municípios.

Contribuindo particularmente neste aspecto para nos afastar mais uma vez da prestação da assistência de forma integral, pois, as maiores dificuldades relatadas se relacionaram ao atendimento odontológico, tanto na porta de entrada para este serviço como no acesso para vigência de tratamento:

[...] o dentista da UBS R fala ou ranca ou??? não tem, [...] você chega lá [...] vamos rancar...não tem tratamento! Eu precisei pra minha menina de 11 anos, os dentes dela nasceu todos tortos pela chupeta que ela usou fechou o céu da boca, aí eu tentei procurar algum tratamento. Eu sem condições de pagar aparelho também [...] eles não podem fazer muito, [...] eles mandou pra UNIP, mas não durou nada, e eu tenho que paga o tratamento. (Sujeito Indeterminado, G1, p14)

É do jeitinho que ela tá falando, minha filha tá esperando 2 anos pra tratar o canal, no central, o dentista não chamou não ligou não falou nada! (Sujeito Indeterminado, G1, p14)

[...]eu queria ver se passava no dentista, não tinha condições [...] era época de agendar pra passar na triagem, eu agendei. Aí eu recebi a cartinha que era pra eu ir pra fazer a triagem, eu fui. - "Você vai aguardar 2 meses"[...]Eu aguardei 2 meses, foi 3, foi 4, foi 5, quando chegou agora no começo do ano, eu recebi uma cartinha, eu fui meio dia e meia, e aí eu comecei a fazer o tratamento! Foi além da minha expectativa! Está sendo!"(Sujeito Indeterminado, G1, p.14)

Na afirmação supracitada, o usuário expõe sobre a dificuldade para se conseguir um tratamento odontológico, o mesmo relata sobre a necessidade de se realizar um agendamento prévio com o protocolo de triagem e, posteriormente, aguardar ser chamado. É importante ressaltar que, no município estudado, esta organização pode ter sido uma forma de priorizar o atendimento, porém aspecto que não foi objeto desta investigação. O que importa é que a população se sente

injustificada quanto aos critérios utilizados na organização da assistência que parecem cada vez mais obstaculizar o acesso:

Dentista também que é muito difícil de conseguir lá no posto [...] Eu nunca consegui. (Sujeito 5, G2, p.35).

É coisa de um ano para você conseguir uma vaga. (Sujeito 5, G2, p.35).

É difícil. Só se for plantão. Diz que uma vez por ano, em agosto, dia três de agosto que era para gente ir[...] eu fui e não consegui. (Sujeito 1, G2, p.35).

Foi em agosto mesmo, minha cunhada foi lá, falou que a fila estava virando quarteirão para **fazer ficha na odonto**. (Sujeito 5, G2, p.35).

Essas dificuldades também foram encontradas por Azevedo (2007) em seus estudos sobre a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, procedendo a críticas relacionadas ao modo de organização da rede, estendendo para além da discussão da simples oferta. O autor indica que a crônica situação de exclusão social, na qual alguns usuários do SUS convivem, põe em cheque o princípio da descentralização com a hierarquização e regionalização do sistema de saúde, tão referido como importante mecanismo de facilitação e universalização do acesso.

Esse pensamento também cabe à transcrição abaixo, evidenciando um gargalo importante na acessibilidade, na qual o usuário aponta para a falta de informação e dificuldade de comunicação entre os serviços, ferindo mais um aspecto da integralidade ao atendimento às necessidades de saúde das pessoas que, para poderem exercer sua própria autonomia, solicitam conhecimento sobre sua condição de saúde bem como da organização dos serviços que dispõe para o atendimento de suas demandas. No caso abaixo, percebemos que a repercussão da falta de informação/comunicação entre os serviços recai sobre a responsabilidade dos usuários, ficando a cargo destes, resolver, conforme as ferramentas de que dispõem, as implicações de um processo atravancado que esbarra no princípio da intersetorialidade na conformação da rede de saúde, no qual a integralidade deveria ser pensada numa articulação de cada serviço de saúde com outros serviços do setor saúde e com serviços de outros setores.

É, eu num lembro bem o nome, mas é o Centro que faz a busca por vaga em hospital. [...] eu estava no posto de PA- 24horas, já não conseguia andar mais, tive queda de pressão, não conseguia ficar em pé. E isso foi é, à noite. Então foi acionado o centro de regulação e não existia vagas, que é uma coisa normal de acontecer. Mas eles me deram todo o encaminhamento pra que eu fosse no dia

seguinte até o hospital B. E que lá um médico conseguiria pra mim a vaga, fosse, qual hora fosse do dia, mas que naquele dia teria, que ele já tinha se comprometido em arranjar, né. E eu fui pra lá, **também arrastando, porque não tinha condição de andar**, né, chegamos até lá e minha esposa foi levar a documentação, e, não servia mais, por causa da data. Como eu fui atendido no PA- 24 horas e a documentação foi feita no dia anterior, tava com dado do dia anterior [...]então eu **tive que pegar um táxi**, voltar pro PA 24 horas. [...] teve que fazer uma nova busca [...] (Sujeito 11, G3, p.29).

Além disso, para que o usuário pudesse retornar “*tive que pegar um táxi, voltar pro PA*”³⁹, precisou dispor de recursos financeiros próprios, implicando em custos adicionais durante a busca pelo atendimento. Esta situação foi identificada também por Azevedo (2007) que, em seus estudos, acrescentou outros elementos importantes a participar do processo de avaliação, como os profissionais de saúde, aos olhos de quem os usuários precisam despende gastos quando são encaminhados para outros serviços, componentes ou não da rede municipal.

Retomamos novamente que as exigências de acertos estabelecidos pela normatização, mesmo em situações nas quais os usuários tenham seguido as recomendações/orientações dos serviços, ficam sob a responsabilidade dos usuários não se evidenciando parceiras ou corresponsabilização por parte dos serviços, no caso acima manifestado pelo usuário. São feridos mais uma vez os princípios do SUS por nos afastar da integralidade da atenção, uma vez que o homem não é considerado em suas necessidades e singularidades, os sujeitos e suas demandas não são compreendidos de forma contextualizada e totalizadora, conforme propõe Cecílio (2001) numa construção sociopolítica, econômica e psicológica que vai além das condições exclusivamente biológicas.

Já que estamos tomando o conceito de saúde ampliado no qual o usuário porta necessidades de saúde integralizadas, deve ser assegurado acesso às tecnologias necessárias à sua saúde no momento em que se encontra, considerando suas condições de vida, saúde-doença, bem-estar. Neste mesmo fragmento transcrito acima, outro aspecto citado por Cecílio (2001) que trata do direito ao exercício de sua própria autonomia foi desrespeitado, pois informações não lhe foram prestadas como parte do processo de construção do sujeito possibilitando-lhe lutar pela satisfação de suas demandas; nem o próprio serviço viabilizou comunicação efetiva entre si.

³⁹ Sujeito 11, G3, p.29.

A seguir, mais um fragmento para exemplificar esta falta de cuidado com a necessidade de informação que o usuário necessita para fortalecer sua capacidade de influência sobre os determinantes de sua saúde:

[...] Eu quero falar especificamente dos serviços de vacina da rede pública em Ribeirão Preto. [...] Então o treinamento, a reciclagem é constante, o material, o equipamento, a reposição, não falta vacina, mas a gente precisava trabalhar melhor o horário e a informação para o paciente, usuário, a importância da vacina estar em dia". (Sujeito 4, G2, p.24, 25).

Da mesma forma, o usuário carrega e expressa a necessidade de agregar conhecimento sobre o funcionamento dos serviços e cuidados necessários à melhora ou manutenção de sua saúde. As consequências destes custos adicionais para o usuário não são observadas nem mesmo as repercussões mais globais da falta de comunicação e articulação entre os serviços de saúde sobre toda a rede e usuários que necessitam do sistema de saúde, tornando a atenção mais onerosa e ineficiente. Percebemos uma malha de cuidados de saúde fragilizada na atenção dispensada às pessoas.

Estudando as transcrições decorrentes relativas ao elenco de serviços (STARFIELD, 2004), fica claro que os obstáculos que se sobrepõem à prestação da assistência com enfoque na integralidade, na concepção dos usuários, são vistos como aspectos negativos dos serviços e que nos afastam da integralidade e, conseqüentemente, trazem insatisfação e permeiam pelo campo da acessibilidade. Estes se referem especialmente sobre a organização dos serviços de saúde tanto em seu aspecto estrutural como funcional e de desempenho das unidades, apontando para inúmeras dificuldades que restringem o acesso aos equipamentos de saúde que necessitam como, por exemplo, farmácia, vacinação, sala de curativos, coleta de sangue para exames laboratoriais, coleta de citologia, nebulização, curativos, atendimento odontológica, entre outros.

Fundamenta-se aqui uma de nossas críticas, pautadas nas concepções de integralidade adotadas neste estudo (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001; STARFIELD, 2004) que uma vez desvalorizadas no processo de trabalho dos serviços de saúde, acabam por nos afastar ainda mais de uma boa prática das organizações de qualidade que prestam cuidado à saúde das pessoas, tornando-se resultado de insatisfações por reforçar a lógica da APS como uma corrente que preza apenas focalizar ações mínimas e de baixo custo com escassa qualificação de serviços e

peçoal. Precisamos rapidamente olhar para o que os usuários estão querendo dizer e refletir sobre a nossa prática para nos apropriarmos dos conceitos e ferramentas que visam a implantar a APS como uma estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde. Na perspectiva dessa corrente, se faz necessário proceder às avaliações necessárias a fim de recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, dentro de um sistema integrado de ações e serviços de saúde (OPAS, 2007).

Repensar o padrão de serviços oferecidos no elenco das unidades com esta característica organizacional, facilitando e ampliando o acesso para determinadas ações que poderiam ampliar o atendimento realizado (MISHIMA et al. 2010), evitando deslocamentos desnecessários e contemplando maior eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas nas unidades de saúde é um caminho a ser percorrido na busca pela consolidação do SUS com qualidade, nos serviços da rede básica de saúde.

Percebemos que, para os grupos focais G1, G2 e G4* que apresentam características organizacionais muito semelhantes por se tratar de Unidades Básicas de Saúde tradicionais, maior destaque foi dado pelos usuários para a insatisfação com relação aos processos de organização dos serviços, protocolos de atendimentos, normas e rotinas dos serviços de saúde. Estes dificultam o acesso na própria unidade de sua área de referência para consultas agendadas. Apresentamos a seguir os discursos transcritos que revelam esta condição, considerada um dos grandes nós encontrados na maioria dos serviços:

[...] O posto trabalha com agendamento, você tem que ir antes de sentir alguma coisa! De repente deu alguma coisa, por exemplo, ginecologista, 'Ah tô com uma infecção', [...] mas se você começar a tratar todo mês, [...] a consulta de mês não é pra você esperar coisa mais grave, porque aquele médico ali do posto não vai ter condições de fazer o que tem que ser feito. (Sujeito Indeterminado, G1, p.7)

No relato acima, podemos perceber a predominância do modelo das organizações de saúde fortemente arraigada na cultura de que “posto de saúde só trabalha com consulta agendada”.

[...] às vezes eu estou com problema sério, tenho problema de pressão. Me manda, vai lá faz a ficha e depois 'Ah, o médico falou que não vai te atender!'. O posto vazio e manda eu ir para o PA- 24 horas . Então a gente sai de lá mais nervosa ainda (Sujeito 1, G2, p.7).

E esquece-se de que acima de tudo as diretrizes dos serviços de ABS estão intimamente relacionadas com os princípios do SUS, cabendo-lhes estabelecer-se como porta de entrada (acesso universal) em toda e qualquer situação de saúde, especialmente em condições eventuais que possam caracterizar-se em situações emergentes e urgentes, nas quais os usuários já apresentam determinado vínculo com os serviços considerados de primeiro contato em sua área de abrangência, realizando as articulações que se fizerem necessárias; observando o princípio da intersetorialidade e da integralidade da atenção; para assegurar acessibilidade ao atendimento com todos os recursos e tecnologias indispensáveis à vida. Reconhecemos os avanços e conquistas no setor da saúde nesta perspectiva, conforme explicitado no quadro teórico deste estudo, no entanto ainda persiste uma situação na qual os usuários não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas, muitas vezes experienciadas como um sofrimento individual e intransferível.

Destarte integrar ações programáticas e de demanda espontânea atendendo as pessoas em suas necessidades emergenciais ou mobilizando recursos, se faz fundamental estratégia para garantir a assistência necessária, qualificada e integralizada (BRASIL, 2006a).

Chama a atenção que, mesmo em situações de agendamento para consultas de rotina com profissionais médicos da atenção básica, a dificuldade para se conseguir marcar uma consulta, seja ela caso novo ou retorno, é percebida com muita frequência pelos usuários deste e de outros estudos que avaliaram atributos essenciais da ABS (AZEVEDO, 2007; PEREIRA, 2008), a exemplo dos discursos que seguem:

[...] **tinha que já sair com o retorno marcado** [...]. Porque às vezes a gente vai, **marca pra daqui 3 meses**, fica passando mal, aí dá um jeitinho de **encaixar**. O que acontece lá no posto, é que eles não tem clínico geral suficiente pra marcar retorno! (Sujeito Indeterminado, G1, p.8, 9)

[...] o ginecologista do posto! Não tem mais! Aí fica difícil marcar o **papanicolau**! Às vezes a gente **fica 3 anos sem fazer porque não tem agenda**, a agenda vai abrir daqui 3 meses. (Sujeito Indeterminado, G1, p.9)

[...] no posto não tem nada [...], não tem médico, [...] o meu médico queria me ver em dezembro que eu **precisava de um exame urgente, só tem pro dia 13 de fevereiro** [...] tô esperando [...], então isso foi em agosto ou setembro [...] (Sujeito 1, G4, p.39)

Notamos que o usuário permanece em seu sofrimento “fica passando mal”⁴⁰, aguardando o dia agendado por existir uma espera referida de “3 meses”⁴¹ ou “lança mão” do desafio de arriscar uma consulta eventual, “dá um jeitinho de encaixar”⁴².

Outra forma de organização dos serviços de saúde que ainda vigora e nos preocupa bastante, considerando os avanços apresentados pelo sistema de saúde do município estudado, em virtude da informatização da rede e da divisão dos horários de atendimento/consultas agendadas, perpassa pela forma como os processos de trabalho se organizam na recepção das unidades, impossibilitando ao usuário agendar retornos necessários após a consulta efetivada. Esta problemática faz com que ele tenha que dispor de tempo para recorrer à unidade de saúde novamente, observando a data e hora em que esta agenda será disponibilizada pelo serviço, incorrendo na possibilidade de chegar por último e ainda ficar sem a vaga.

Quando esta condição extrapola os serviços da área de referência do usuário, a situação torna-se ainda mais crítica, já que contar com a rede de suporte à qual o serviço encontra-se atrelado parece um desafio ainda maior para a (re)organização do sistema que os autores (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001; OPAS, 2007) chamam a atenção.

Situações relacionadas às dificuldades de acesso, para a resolução de problemas de saúde que requerem a utilização de determinadas tecnologias consideradas por Merhy (2002) como *hards*, também foram foco de insatisfações, por não se fazerem contempladas na estrutura física da unidade de saúde da área de referência dos usuários e obstaculizarem ainda mais a continuidade da assistência necessária:

[...] a única coisa que eu acho que lá, é, poderia existir lá um Ralo X, um eletro, uma coisa assim pra acudir né, lá então **tem que sair correndo e ir lá pro Cuiabá e precisa de tempo pra esperar né**, e eu acho que tem que melhorar nesse sentido porque inclusive eu acho que tem até sala que possa ser usada pra isso." (Sujeito Indeterminado, G1, p.1)

Eu acho que a **prefeitura deveria fazer pra gente** que é doente, tem dificuldade de andar pra ir no posto sempre, **ai no nosso posto**. O posto **tem local pra tudo** sabe, então falta isso pra gente porque é muito difícil ir até o PA- 24 horas, **a gente que é doente, chegar lá, é um sacrifício** chegá la pra se atendida, então é isso, o nosso posto que tinha que atende nois!" (Sujeito Indeterminado, G1,p.5)

[...] fui falar pro médico do meu braço, faz tempo que tá pra fazer um RX né, aí ele disse: vamos por parte, hoje a sra. vai tratar da mão, de repente a sra. toma um

^{40, 41, 42} Sujeito Indeterminado, G1, p.8, 9

remédio vai fazer mais mal, o **RX** a gente faz o pedido, depois que eles vão deixar lá pra marcar, então uns **6 meses pra conseguir** [...] (Sujeito Indeterminado, G1, p.9,10)

Recorrer ao conjunto das tecnologias na produção em saúde aumenta a potência para desenvolvermos um trabalho pautado na integralidade da atenção. Assim optamos por considerar as tecnologias presentes no cotidiano dos serviços de saúde como mais um eixo de análise de manifestações dos usuários, emergente a partir das categorias empíricas que contemplam os núcleos de sentido para a interpretação do significado da satisfação e/ou da insatisfação dos usuários.

Nas transcrições acima, os usuários clamam pelo acesso, porém já sinalizando aspectos da qualidade das tecnologias e recursos disponíveis na ABS que nos remete a pensar neste momento, nas tecnologias **duras** inscritas por Merhy (2002), nos instrumentos e ferramentas de trabalho, portanto se constituindo em saberes e fazeres estruturados e materializados, prontos e acabados. Tais tecnologias se expressam no trabalho em saúde pelos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

A dificuldade de acesso ao nível secundário, seja para realização de consultas especializadas, seja para a realização de exames de apoio diagnóstico, também se constitui em mais um dos obstáculos para a integralidade da atenção prestada pelos serviços de ABS e caracterizados pela insatisfação dos usuários da rede pública.

[...] porque eu tive esses tempos atrás, dor na coluna, fui lá, passei pelo ginecologista, falei pra ele dar **encaminhamento** entendeu? Porque ali não tem, agora se eu for tratar ali não vai dar certo, porque ali é ginecologia, é só isso (Sujeito 3, G.4, p27).

[...] sobre a marcação de consulta do PA- 24 horas, eu frequento conheço tão bem quanto o postinho, lá tem uma **dificuldade tremenda pra se marcar uma consulta**, mesmo a **fisioterapia**; agente vai no médico, ele **faz um papel que some**, desaparece. **Dali um mês e meio** liga em casa que a **consulta foi marcada** [...] (Sujeito 3, G4, p.49).

No trecho citado, a queixa do usuário amplia para as questões relativas à organização interna do trabalho na qual uma prática comprometida dos profissionais de saúde poderia modificar se não influenciar na organização da rede em seu caráter macro, por meio da utilização de preceitos previstos no SUS para as ações

da ABS como a corresponsabilização dos profissionais e a coordenação do cuidado, no sentido de agilizar os atendimentos.

[...] na **dermo** lá na PA 24 horas, e **tô esperando do dia 23 de agosto**, com esse papel, vou pedir do encaminhamento; porque é eles que marcam, vão pra lá e eles marcam, ainda a doutora me disse que não era na PA 24 horas, que esse papel era um líquido, um aparelho especial, eles marcaram pra PA 24 horas, a doutora falou 'não vai ser aqui não que a senhora vai fazer isso'. (Sujeito 3, G4, p.50).

[...] a médica **me mandou para o HC**, pediu com urgência pra parte de pneumo, isso fazia o quê? Falou, [...] '**daqui uns meses você vem buscar** que já tá pronto o seu encaminhamento', falei assim 'Está bom, daqui uns três meses doutora?' e ela 'É', Aí eu vim buscar daqui três meses. Eu cheguei na gerente e falei assim para ela [...] 'eu dei o meu papel aqui, meu encaminhamento para o moço marcar para mim, que a doutora pôs ainda com urgência, lá para secretaria da educação. Senhora dá para ver que chegou pra mim?' [...] eu **fiquei com esse encaminhamento esperando um ano e seis meses** eu contei [...] Todo dia eu ia lá, a moça pedia 'você passa aqui que já chegou a pasta de encaminhamento, eu vejo para você', todo dia eu ia lá, a moça olhava para a minha cara 'Elaine, não chegou. Como que nós vamos fazer?' [...] Eu te entreguei na sua mão", ela disse 'Elaine, **sumiram lá em cima na secretaria**', não deu dois meses que eu voltei, falei para ela 'Chegou?', ela falou 'Não', [...] 'Eu vou pessoalmente na secretaria atrás do seu encaminhamento', a funcionária, hein? Que a gerente não fez bosta nenhuma, a funcionária foi. Aí ela falou assim 'Fulana, eu fui atrás, eles falaram assim que daqui uns dois dias eles tão aí, estão trazendo o encaminhamento para cá, para entregar na sua mão', falei assim 'Então tá. Daqui dois dias eu volto', ela falou assim 'Fulana, depois de um ano e meio que conseguiu o seu encaminhamento', eu falei assim 'Até que enfim, né?', falei para ela 'Ainda bem que era com urgência, se fosse para morrer, tinha morrido sem o encaminhamento, sem nada e sem saber o que eu tinha' [...] (Sujeito 6, G2, p.37, 38)

Mais uma vez gostaríamos de discutir essa questão, lembrando agora as reformas e projetos propostos de fortalecimento da ABS, como na PNAB (Portaria n. 648/GM de 28/03/2006) na qual uma das recomendações para os trabalhadores do SUS possibilitaria apropriarmos-nos da integralidade ou ao menos nos aproximarmos dela, se tomarmos a coordenação do cuidado na rede a fim de ofertarmos continuidade das ações e longitudinalidade no atendimento, seja nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, no ambulatório ou no hospital. Porém, percebemos que não há articulação eficiente dos profissionais que promova resolubilidade de situações como estas, tão comuns na rede de ABS.

Além disso, outra vertente de análise perpassa pela necessidade que o usuário carrega de exercer a sua própria autonomia; conforme adotado por Cecílio (2001) em suas concepções que abrangem as necessidades de saúde dos usuários; e fica esquecida na prática cotidiana dos trabalhadores como se pôde constatar, pois a própria paciente demonstra estar esperando por algo que nem ela mesma

sabe o que é e onde irá fazer. Desse modo, indagamos: que relação é essa que não constrói autonomia, não orienta ou direciona para o autocuidado, possibilitando ao usuário ampliar sua capacidade de lutar com recursos próprios que lhe permitam avançar na satisfação de suas necessidades? E a necessidade de exames de apoio diagnóstico, “RX... uns 6 meses para conseguir”⁴³, ou a consulta especializada com a dermatologia “to esperando do dia 23 de agosto”⁴⁴, na qual profissionais parecem estar cientes, “a gente (profissional falando) faz o pedido, depois que eles vão deixar lá pra marcar, então uns 6 meses pra conseguir...”⁴⁵ e não há mobilização por parte dos profissionais que estão cientes, no sentido de buscar articulações, na rede de suporte à qual o serviço encontra-se atrelado, que responsabilizem equipes e usuários?

Mais um ponto, considerado muito comum por diversos estudos para a expressão de insatisfação dos usuários com os serviços de ABS, relaciona-se ao “encaixe para consulta eventual na UBS” evidenciado pela “demora no atendimento”, quando esta demanda é absorvida, pois em diversas situações os usuários relataram que não utilizam o serviço como porta de entrada, sendo então encaminhados à UBDS de referência (AZEVEDO, 2007; TRAD et. al., 2002).

[...] às vezes eu estou com problema sério, tenho problema de pressão. Me manda, vai lá faz a ficha e depois ‘Ah, o médico falou que não vai te atender!’. O posto vazio e manda eu ir para o Cuiabá. Então a gente sai de lá mais nervosa ainda. (Sujeito 1, G2, p.7).

[...] fomos no posto, todos os médicos já têm agendado aquele monte de gente, aquele total pra atender, então o que acontece, não tem vaga!!! Espera um encaixe, no meio daquele encaixe, acontece de não encaixar, aí o paciente tem que esperar o médico dá uma autorização pra ir pra PA 24 horas, porque si fô sem autorização eles não atende. Esse é o problema da PA- 24 horas! Se não for dali, eles não atende, eles começa reclama, [...] e a gente toma chá de cadeira! (Sujeito Indeterminado, G1, p10).

Tomando como exemplo o excerto acima (Sujeito Indeterminado, G1), concordamos com Bosi e Affonso (1998) que a integralidade se faz incipiente na organização dos serviços, pois o discurso mostra ainda, nos dias atuais, que a APS não consegue estabelecer os arranjos necessários para que o usuário receba todo o tipo de serviços e ações de saúde de que necessite. O usuário queixa da falta de uma “autorização” que permita que ele seja atendido no serviço de pronto-

^{43, 45} Sujeito Indeterminado G1, p.9,10

⁴⁴ Sujeito 3, G4, p.50

atendimento. O que transmite é que o serviço parece mais burocratizar o acesso, restringindo-o ainda mais, do que se organizar para melhorar a articulação setorial e intersetorial, a qualidade da atenção e a informação.

A partir do princípio da universalidade, que se constitui um diferencial na atenção à saúde dos brasileiros, após a inscrição do capítulo da saúde na Constituição brasileira, assegurando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, tornou-se viável incluir nos serviços da ABS o atributo da “porta de entrada” ou “primeiro contato” e do “acesso”, que para Starfield (2004) significa acessibilidade; e a porta de entrada oferecendo o acesso, sempre como primeiro procurado, exceto nos casos caracterizados de emergência. Mas ainda hoje, não é isso que encontramos na ABS, e situações nas quais o próprio usuário consegue sinalizar o “diagnóstico” também são encaminhadas ao serviço de pronto-atendimento e as contradições aparecem:

[...] eu estava com uma gripe muito forte, [...] me levou lá no posto onde eu pertenco [...]. Era o doutor "A" que estava atendendo aquele horário [...] Aí veio o enfermeiro e falou para mim, falou "Olha, querida, o médico falou assim que não vai, não vai te atender". Aí eu fiquei brava, aí eu falei para o meu marido, falei assim "Aí, por isso que eu já não queria vim, a gente vem ao posto a gente passa mais nervoso e fica mais doente ainda". Aí, antes ele mediu minha pressão, falou assim "Você toma o remédio direitinho?", falei "Tomo", ele falou "Ah, sua pressão está alta", estava 15 não sei, por[...] por 9, uma coisa assim. Aí eu falei "Olha eu não vim aqui por causa de pressão, eu vim aqui porque eu estou muito ruim da gripe". Aí ele falou assim "É mas pressão também não é brincadeira". Aí tudo bem, aí ele foi lá falou com o médico, aí ele veio falar para mim que o médico não ia me atender, aí eu virei e falei assim "Aí, o quê que adianta? Você mediu minha pressão, eu não vim aqui pra isso, vim porque eu estou ruim da gripe. Você mesmo está falando que a minha pressão está alta e o médico aí à toa e não quer me atender". "Ah, então, querida, ele falou que é para você ir para a PA 24 horas", eu virei e falei assim para o meu marido "Vai vamos embora dessa porcaria!", aí meu marido falou para ele assim "E esse papel? Você me dá?", ele falou "Não! Esse papel fica comigo". Aí eu virei e falei "Vai, vamos embora", fiquei brava, comecei até chorar de tão ruim que eu estava, né? Aí falei "vamos para casa" e meu marido "Fulana, não é brincadeira pressão e à noite as coisas são mais difíceis", "Não, vamos para casa, vamos para casa". Chegamos em casa, aí eu parei e pensei "É. [...] não é tanto a gripe, mais é a pressão", se eu não soubesse da pressão eu nem ia, né? Aí nós fomos à PA 24 horas. Chegamos lá, a médica me atendeu, ela virou e falou assim... na brincadeira "Hei gente! Vocês têm que procurar o posto perto da casa de vocês"... [...] É a pressão mesmo tá [...], aí já estava 17 não sei por quantos... Subiu mais. Aí ela pegou e falou assim "Vamos tirar, por causa da gripe, vamos tirar um raio-x, né? Para ver se não é sinusite também". Aí pôs o remédio debaixo da minha língua, acho que me deu uma injeção e era sinusite, eu tenho sinusite hoje e eu falei assim "E o médico lá e não me atender?". **Agora tem dia que eu passo mal ou às vezes meus filhos e eu já levo direto na Cuiabá.** (Sujeito 1, G.2, p.19, 20).

"Lá (no PA- 24 horas), o dia que eu fui agora de tarde eles [...] porque eu acho que eles estavam com má vontade para atender, porque [...] que você chega lá a essa

hora, eles olham para sua cara e falam que não tem médico, não tem posto no seu bairro, porque eles não gostam de atender essa hora ninguém de outro bairro. É só de madrugada, é só a hora que os outros postos estão fechados. A maioria é assim lá. (Sujeito 6, G.2, p.29)

Alguns autores justificam esta atitude dos serviços por não constar no leque de responsabilidades atribuídas à ABS, atendimentos caracterizados como urgência e/ou emergência (BRASIL, 2006a). Para estas condições, o modelo de saúde operado nos municípios prevê as unidades de pronto-atendimento, porém o que ocorre é que na visão de alguns profissionais, toda e qualquer demanda espontânea é considerada como uma condição que extrapola a agenda organizada do serviço de saúde, sendo considerada fora de hora e representando para alguns uma demanda indesejada e, portanto, em ser emergente, inadequada aos serviços de ABS, necessitando ser redirecionada à unidade básica distrital de saúde (UBDS- PA, 24 horas). Porém lembra-nos a PNAB que o atendimento eventual deve constar entre as atribuições das equipes de todos os modelos. Nesta análise, as recomendações partem para UBS tradicionais organizadas por programas de atenção integral a grupos de risco, USF organizadas com base na estratégia de saúde da família e, as Unidades com o PACS deveriam incorporar o atributo de porta de entrada para o sistema de saúde. Tal função possibilitaria aproximar do acesso e cuidado integral o que ainda supõe continuidade em outros níveis de complexidade sempre que se fizer necessário, com o objetivo de assegurar o princípio da integralidade da atenção (BRASIL, 2006a).

Essa qualidade necessita ser incorporada ou aprimorada nas unidades de saúde, pois mesmo aquelas que oferecem porta de entrada para a demanda espontânea, o que se percebe são dificuldades que podem prejudicar ou até ferir o princípio da acessibilidade no seu caráter “tempo de espera”. Veja nos discursos abaixo nos quais os usuários relatam ter de esperar horas para que o atendimento seja consumado:

[...] Só tem uma coisa comigo, sobre esse problema da UBS M, eu passei uma fase muito diferente lá, **fiquei das nove e meia da manhã até às quatro e meia da tarde**, esperando para eu ser atendido[...]. (Sujeito 3, G2, p.3).

[...] eu passei por estado de nervo. [...] Então veio vindo, eu guardando, guardando até estourar. Me deu começo de derrame. [...] aí eu fiquei naquilo, saí de casa, fui à pé. Você viu da onde que é, do postinho em casa ali, saí à pé, com uma febre, a pressão alta, cheguei lá, fiquei sentado, né? [...] a moça lá falou para mim assim **“Você não está agendado”**, **“Eu não quero saber”**. Eu nem estava falando bem

direito nada. Deitei. Aí chegou “O quê que foi? Me dá sua mão”, aí “Blá, blá, blá”, “Quero apertar não”. Não apertei nada. Já era quase quatro horas da tarde, estava desde das nove e meia lá. [...] **Eu não fui atendido, porque ela me disse que eu não estava agendado.** Tirou pressão, tirou a febre, coisa e tal, falei “Mas que negócio é esse?”. Aí a minha mulher chegou e falou “Até agora?”, falei [...]. [...] expliquei, expliquei tudo, mas ela “**Tem que esperar, não está agendado,** eu vou ver se tem uma vaga com o médico”. Ah, o médico também tem o direito de almoçar. Então não tem problema, eu fiquei lá, deitei lá e fiquei, agora quando eu dei uma deitada, ele veio apertar a minha mão, minha mão não fazia nada assim [...] Aí, marcou lá para o Hospital [...] Aí fui internei lá, fiquei cinco dias lá. (Sujeito 3, G2, p.14, 15)

Analisar a percepção dos usuários sobre os serviços de ABS fez-nos encontrar algumas situações que trazem satisfação, porém neste momento de análise, outras que implicam na declarada insatisfação com o tempo de espera para ser atendido, considerado muito longo pelos usuários e como constituinte de um dos parâmetros para avaliar o acesso, deixam a desejar, uma vez que se torna mais um obstáculo para a prestação da assistência na perspectiva da integralidade.

A análise desta categoria, a partir da voz dos usuários, produz subsídios para tomada de decisões como se constitui também em matéria-prima para disparar processos educativos.

Concordamos com Pereira (2008) ao afirmar que o modelo assistencial que se pretende implantar apresenta relação estreita com as decisões sobre a oferta de recursos a ser disponibilizada, assumindo dessa forma, uma dimensão política que implicará na conformação da ABS priorizada pelos gestores. Cita como outros mecanismos capazes de interferir nesta conformação a participação da população engajada na luta pela melhoria das condições de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde (PEREIRA, 2008).

Fecharemos este capítulo com um trecho de um dos estudos que auxiliaram nesta investigação e que concerne aos resultados e às discussões realizados nesta pesquisa:

[...] a integralidade da atenção precisa ser trabalhada de forma que a implantação e implementação de recursos para prover a atenção ocorram dinamicamente, ajustando-as às necessidades de saúde identificadas na população, considerando que a oferta desnecessária pode ser geradora de necessidades de consumo; por outro lado, os limites de recursos podem comprometer situações passíveis de serem prevenidas, diagnosticadas e mesmo tratadas neste nível de atenção, gerando custos sociais e financeiros para a família e para o Estado (PEREIRA, 2008. p.147).

7 Considerações Finais

“Que as pessoas possam ser mais amáveis e prestativas umas com as outras, que saibam compreender e enxergar as necessidades de cada uma sem proferir julgamentos ou condenações, que aprendam a praticar mais os seus grandiosos discursos com quem está à sua volta”. Obrigada por todos aqueles, professores e amigos, que me ensinaram a lavar o próprio coração além das mãos!

Patrícia Abrahão, 2010

O modo como os serviços e o sistema de saúde brasileiro está organizado, com um desenho conformado em uma estrutura hierarquizada, resulta em uma rede mal costurada, incapaz de permitir o acesso universal e significar o usuário em sua integralidade, principal razão apontada para que o ideal de boa prática não se concretize qualificando as ações em saúde. Imperiosos se fazem os diálogos dos trabalhadores com os usuários sobre as dificuldades, potencialidades e os limites do trabalho em saúde neste nível de atenção. Zelamos pela fuga de uma ABS percebida ou conformada pela intermediação entre o sofrimento tangível do usuário e um suposto bem-estar obtido por meio de tecnologias pouco acessíveis em sua organização.

Confirmamos o pressuposto de que os usuários dos serviços da ABS podem não ter se apropriado teoricamente do princípio da integralidade da atenção, inscrito no SUS; mas na possibilidade de espaços reservados para expressarem suas manifestações, considerando os diversos aspectos que compõem a atenção produzida nestes serviços, estes manifestaram a satisfação e a insatisfação percebida na conformação ou não das dimensões da integralidade.

O conjunto dos resultados encontrados nos permite afirmar avanços na implantação da ABS no que diz respeito à ampliação da rede com diversidade na oferta de serviços. Estes investimentos possibilitaram aos usuários manifestarem satisfação com o elenco de serviços, porém essa satisfação foi afetada pela dimensão do acesso organizacional, pois se constatou que a satisfação não se caracteriza exclusivamente pela presença dos serviços em seu aspecto geográfico. O investimento precisa ser na infraestrutura física e material, mas também, efetivamente, na capacitação dos trabalhadores e na formação dos futuros profissionais, de uma forma que coadune com os princípios da ABS.

Verificamos, no transcorrer da análise, que os resultados desta investigação se articularam de forma intrínseca com o pressuposto apresentado. Por diversas vezes percebemos a integralidade agregando e articulando os distintos princípios da ABS, tendo maior potencialidade de revelar a expectativa do usuário e, desta forma, assinalar aspectos da satisfação, quando fundamentos do princípio estiveram presentes nas situações de cuidado experienciadas por estes e, da insatisfação, quando obstáculos afastaram os usuários de consumarem uma assistência integral.

A integralidade na definição utilizada neste estudo constitui-se em uma ferramenta de avaliação operacional da qualidade dos serviços oferecidos pela rede

básica de saúde do município estudado, suficientemente adequada para cumprir com o objetivo proposto neste estudo. Buscar analisar com um olhar ampliado a percepção dos usuários quanto à satisfação e à insatisfação de alguns aspectos do serviço relacionados às dimensões da integralidade eleitas para análise, como características fundamentais da qualidade dos serviços de ABS, possibilitou evidenciar que a qualidade da atenção ainda se encontra distante de expressar necessidades integrais dos usuários com a base sobre a qual o modelo de saúde tenha se organizado.

A qualidade do serviço nesses aspectos é condição básica para nossa política pública, desde que se destine a responder à complexidade das necessidades humanas que, no alcance da satisfação de seus objetivos, considera essencial a forma como tais necessidades se apresentam e são abordadas pelos serviços de saúde, solicitando impactar positivamente sobre o “objeto” (denominado “sujeito” nesta investigação) de sua intervenção.

Embora não fosse buscada comparação entre unidades de saúde da família e as demais unidades, foi possível evidenciar, por meio das discussões nos grupos focais, que os usuários dos serviços de saúde que apresentam o modelo organizacional da Estratégia Saúde da Família estão mais satisfeitos com o atendimento prestado nessas unidades do que os usuários de unidades básicas tradicionais. Eles relacionaram muitas vezes a facilidade no acesso atrelada à porta de entrada e ao acolhimento ofertado pelos trabalhadores da USF nos atendimentos de rotina para consulta agendada ou mesmo em momentos específicos, nos quais os usuários demandam alguma queixa eventual, seja ela biológica ou não. Também incluiu em seus discursos a questão da rotatividade médica, sendo importante manter pelo menos um profissional de referência devido à valorização que atribuíram ao vínculo e ao conhecimento do paciente, seus familiares, sua história de vida e seus problemas de saúde. Demonstraram que, uma vez experimentado um novo modelo de assistência, contra-hegemônico de reorganização das ações na ABS com ênfase na integralidade, têm dificuldade em aceitar práticas de profissionais de saúde centralizadas no modelo biomédico que não considera as reais necessidades do sujeito integral. Sinalizaram para a necessidade de a USF contemplar em sua estrutura física serviços referentes ao elenco como farmácia, sala de vacinas, inaloterapia e tratamento odontológico.

No caso das UBSs, percebemos que parte dos depoimentos de satisfação incorporou a presença da EACS que, por meio dos serviços externos e/ou comunitários, descaracterizados na essência de suas atribuições ou não, geraram nos usuários uma percepção de atenção, preocupação e resposta às suas necessidades de saúde. As expressões negativas se conformaram também na necessidade de construção de fluxos mais efetivos de encaminhamentos quando da necessidade de consultas odontológicas, especialidades, exames de apoio diagnóstico (Raios x, exames biomédicos).

De maneira geral, a aparição predominante no discurso dos usuários de aspectos que traduzem a insatisfação com o atendimento prestado nas unidades de saúde relacionou-se, na maioria das vezes, com a ausência das tecnologias leves e com a dificuldade de acesso geográfico e organizacional. Observou-se que grande parte das dificuldades identificadas na dimensão geográfica encontra-se estreitamente associada à dimensão organizacional. Assim, entraves no horário de funcionamento dos serviços na UBS ou na USF, tempo de espera para o atendimento, minimização das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, rigidez e dificuldades das agendas médicas também se traduzem em limitações e se tornam responsáveis pelo deslocamento dos usuários até a UBDS local, gerando implicações, desta vez, para a categoria acesso geográfico.

Percebemos que os usuários das unidades básicas de saúde tradicionais não estão satisfeitos com o serviço utilizado, mesmo em relação ao elenco de ações de saúde que relataram estar presente em sua unidade, trazendo uma mescla dos significados de satisfação e insatisfação como forma de expressarem essas avaliações. Na investigação quantitativa, realizada por Pereira (2008), a opinião dos usuários para o atributo elenco de serviços apontou desempenho “muito bom” em 78,6% das unidades estudadas, porém a pesquisadora considerou que houve investimentos na rede para melhorar a oferta de recursos em sua diversidade. No entanto, assinalou que existe uma porcentagem daqueles que são atendidos nessas unidades, externando insatisfação (14,3%), considerando que essa oferta de recursos está muito ruim. É neste ponto que nosso estudo vem complementar, por meio da utilização de uma abordagem que permita avançar no significado e na interpretação do dado quantitativo encontrado por Pereira (2008) para este atributo. Aprofundando na investigação, “ouvimos” os usuários justificarem essa avaliação relacionando dimensões da acessibilidade a alguns desses obstáculos à

integralidade. Resguardando as diferenças metodológicas, pode-se inferir que, apesar de a UBS apresentar em sua estrutura física um cardápio de ofertas de serviços de saúde e procedimentos, como sala de vacinas, teste do pezinho, curativo, farmácia, aerossol, a satisfação para este tipo de atendimento apresentou-se condicionada à acessibilidade em sua dimensão organizacional e em seu envolvimento de tecnologias leves conjugadas aos serviços prestados. Assim, tanto na abordagem quantitativa (Pereira, 2008), como na qualitativa decorrente do vigente estudo, os dois opostos da expressão dos usuários apareceram em uma transição de divergências relacionadas aos cuidados primários em saúde na direção do atributo apontado, porém para sua convivência, temos de considerar vários aspectos que precisam ser olhados e mais bem trabalhados, a fim de não afetar os ideais de realização das necessidades de saúde manifestadas. Dessa forma, as apreciações com relação ao elenco de serviços de saúde disponíveis nas unidades não foram suficientes para contemplar uma avaliação de qualidade considerada plenamente satisfatória para esse atributo, o que demonstra que não basta ter o recurso disponibilizado na estrutura física da unidade de saúde de referência para utilização do usuário. Entendemos que este precisa estar articulado às outras necessidades dos usuários que vão além das dimensões biológicas dos problemas de saúde manifestos, mas que envolvem também as dimensões econômica, cultural e social, entremeadas ao conjunto de necessidades por acesso geográfico e organizacional efetivo.

Realizando esse movimento complexo de construir, reconstruir e produzir conhecimentos, gostaríamos de jogar, na roda-viva da pesquisa científica, mais um questionamento a ser considerado para as investigações: será que o elenco de serviços ofertado vem respondendo às reais necessidades dos usuários? Ou será que devemos suspeitar que as insatisfações geradas possam estar sinalizando que existem outras feições das necessidades que não estão sendo consideradas e, provavelmente, feições estas mais valorizadas pelos usuários como imprescindíveis à vida humana?

Essas reflexões também conformam outra característica que auxilia na compreensão dos fatos constituintes da realidade encontrada por Pereira (2008) para o atributo acesso. Vimos complementar e explicar os resultados encontrados para o **acesso**, que se caracterizaram por um desempenho considerado muito ruim na avaliação de 85,7% dos entrevistados, correspondendo 85% aos usuários da

ESF é um valor ainda mais elevado de insatisfação atribuído pelos usuários das UBSs (90%), considerando as características da oferta que afetam este atributo. Já para os usuários da ESF do Distrito Oeste de Saúde do município, a lógica se inverte. Concentram-se limitados recursos relativos ao elenco de serviços de saúde na estrutura física da unidade, porém encontramos as tecnologias leves permeando as relações dos trabalhadores com os usuários, aspecto este responsável pela manifestação intensa de satisfação pelos usuários destes serviços.

As limitações referentes ao elenco de serviços são destacadas pelos usuários das unidades da ESF, o que indica que a integralidade da atenção, quando comprometida, é sentida e reconhecida pelos usuários.

A pesquisa de Pereira (2008) apresentou resultados favoráveis para o atributo **vínculo**, com 50% muito bom e 28,6% bom em relação a todas as unidades.

Estratégias que fortalecem a ABS na perspectiva da integralidade, como a ESF, apresentaram profissionais desempenhando sua prática clínica pautada no diálogo, na escuta, no acolhimento e na humanização. Já nas unidades básicas de saúde tradicionais, as avaliações dos usuários se pautaram mais nos aspectos responsáveis por dificultar a formação do vínculo como a rotatividade dos profissionais e a lógica de atendimento imposta pela organização cristalizada e hierarquizada dos serviços que condicionam atendimentos eventuais ou de demanda espontânea para as unidades de pronto-atendimento, fragilizando as ações na atenção básica e as expectativas dos usuários. Assim, este fato pode estar interligado, numa relação de causa e efeito, a avaliação que esses usuários fizeram da prática clínica dos trabalhadores, quando comparada à avaliação realizada pelos usuários da ESF. Externalizaram expressões negativas quanto às práticas dos profissionais, quando elas não se pautaram na dimensão biológica focalizada na técnica, realização de procedimentos, prescrição de medicamentos, no valor diferentemente atribuído em relação a outras dimensões (tecnologias leves) que apareceram com mais força nas manifestações dos usuários da ESF.

Consideramos que aspectos do cuidado que permeiam as relações de encontro dos profissionais com os usuários, nos diversos cenários da saúde coletiva, assim como, a acessibilidade considerada em suas dimensões, geográfica e organizacional são responsáveis por nos aproximar da integralidade da atenção como princípio fundamental do SUS, trazendo expressões mais frequentes de satisfação.

Da mesma forma, a percepção da insatisfação dos usuários no que concerne aos serviços e às ações de saúde, ofertados na rede de ABS, apareceu relacionada aos obstáculos que se sobrepõem à prestação da assistência com enfoque na integralidade, evidenciada pela inobservância desse atributo na prática dos profissionais da atenção em saúde e na organização dos serviços do SUS. A expressão negativa esteve presente na porta de entrada do serviço, na consumação do acesso ao elenco de serviços, na consolidação do vínculo e, conseqüentemente, na integralidade da atenção. Essa propriedade impossibilitou muitas vezes os usuários de serem considerados em sua integridade e integralidade de sujeito ou mesmo em suas necessidades manifestas, por reprimirem o diálogo ou atendimento com escuta, humanidade, respeito e confiança.

No decorrer da construção teórica desta investigação, fomos apresentadas a uma gama de estudos avaliativos que possibilitaram ou não ouvir os usuários. Os diversos atores dos serviços trouxeram apreciações positivas ou negativas que pudessem contribuir com a avaliação e conseqüente aprimoramento dos serviços de saúde, sempre na direção do fortalecimento da ABS e consolidação dos fundamentos do SUS. Porém, tecer uma crítica quanto à ausência de conseqüências práticas das pesquisas de avaliação se faz necessário para repensarmos como efetivamente elas têm produzido melhorias na qualidade dos serviços. Sugerimos investimentos em estudos de intervenção pautados nos resultados das pesquisas realizadas no âmbito da satisfação dos usuários, a fim de agregar os aperfeiçoamentos necessários ao cotidiano dos serviços de saúde.

Trabalhar no exercício do controle social, envolvendo sempre que possível o olhar dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado, não deve ser aspecto negligenciado em nenhum momento. Devemos ter o cuidado de zelar sempre por essa participação dos usuários desde o processo de planejamento das propostas, para que se deem avanços significativos inclusive no âmbito da gestão dos serviços. Resgatar estudos desta natureza ora apresentado, na execução de uma das principais atribuições dos Conselhos Municipais de Saúde, ou seja, formular estratégias, acompanhar e monitorar as políticas de saúde dos municípios será fundamental. Faz-se necessário conquistar espaços nos próprios Conselhos Municipais para que esses resultados sejam apropriados pelos conselheiros e, particularmente, pelos conselheiros do segmento dos usuários. Outro espaço para

socializar resultados dessas investigações deveria ser assegurado nas Conferências Municipais de Saúde e em fóruns relacionados à gestão dos municípios.

Nessa perspectiva, ao refletirmos sobre a contribuição dos resultados deste estudo, independente da complementação com “novos” conhecimentos científicos para o restrito acervo literário, relacionado às pesquisas de satisfação dos usuários na APS, com enfoque na integralidade da atenção, observamos que ele também poderá produzir debates a partir de discussões com trabalhadores, estudantes, gerentes e gestor da saúde, nos próprios espaços coletivos de gestão das unidades de saúde investigadas e em palestras, cursos ou congressos. Primordialmente detectamos que grandes percalços poderiam ser transpostos se olhássemos com maior preocupação e dedicação para investimentos no âmbito da formação de profissionais para trabalhar no e pelo SUS, visando à compreensão do complexo universo singular de cada sujeito em sua integralidade.

Ainda acreditamos que os resultados deste e de outros estudos poderão se constituir em um instrumento com potência para intervir na construção da integralidade, particularmente nos sistemas e serviços comprometidos, responsáveis pela organização e produção de ações pautadas pelos princípios da ABS, desenvolvendo uma construção conjunta das propostas de intervenção, na qual a integralidade se torne resposta.

Enfim, temos o embrionário do “muito” que ainda se tem a construir.

Referências⁴⁶

⁴⁶ Trabalho apresentado de acordo com as normas estabelecidas pela ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 10520 – Informação e Documentação. Citações em documentos:** apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, ago. 2002; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 14724 – Informação e Documentação. Trabalhos acadêmicos:** apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, ago. 2002. Foram observadas também as orientações para apresentação e elaboração de referências (conforme a ABNT) de: FUNARO, V.N.B. de O. et al. (coord). Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso – Parte I. São Paulo: SIBi-USP, 2009.

AKERMAN, M.; NADAVOSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde, avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, out./dez. 1992.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006. 215 p. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10).

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ALMEIDA, M. C. P.; YAZLLE ROCHA, J. S. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989. 127 p.

ASSIS, M. M. A. **A municipalização da saúde em Feira de Santana - BA: intenção ou realidade?** 1994. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225p.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p.135-157.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2003. 199 p.

BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 446-456, out./dez. 1994.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr./jun. 1998.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a (Série C. projetos, programas e relatórios 2004).

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Versão preliminar para discussão na SGP. Secretaria de Gestão Participativa. **Participa SUS**: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. (mimeografado).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a (Série pactos pela saúde 2006, 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. DATAUnB – Pesquisas Sociais Aplicadas Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília. **Pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários do SUS**. Brasília, DF: 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf>. Acesso em: 28 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. **Relatório técnico dos núcleos de saúde da família**. Ribeirão Preto: Centro de Saúde Escola/FMRP, 2004. (mimeografado).

CAMARGO Jr., K. R. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 558-568, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

_____. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. et al. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 29-87.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 25, p. 283-294, 1995.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p.113-126.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p.51-53.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. 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.

DE SILVA, A. **A framework for meansuring responsiveness**. Geneva: WHO, 1999 (GPE Discussion Paper Series, 32).

DELGADO-GALLEGO, M. E.; VÁSQUEZ, M. L. Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 169-178, jan. 2009.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990. 367 p.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 89-104, abr. 1998.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.195-226.

DORNAS JÚNIOR, G.; FERREIRA, J. M. Informações de unidades de pronto-atendimento: possibilidades de uso como sentinelas de atenção básica à saúde. **Informática Pública**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 27-48, jun. 2003.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 44, n. 3, p.166-203, 1966.

_____. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico, D.F: La Prensa Mexicana, 1984.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990.

ENGEL, G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. **Science**, New York, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENANCIO (Org.). **Textos de apoio e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2005. 240 p. (Série trabalho e formação em saúde).

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 303-312, set./dez. 2005.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. p. 114-120.

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? 2006, 126 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

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

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREITAS, M. L. A. **Referências de qualidade relativas ao programa saúde da família**: um estudo em documentos da política de saúde nacional. 2007. 227 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 69-90.

GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP**. 2007. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2007.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade da assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.131-136, abr. 1994.

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

IBÁÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, jul./set. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. **A saúde no município**: organização e gestão. Rio de Janeiro: UNICEF, 1992. (Série saúde e município).

JACKSON, J. L.; CHAMBERLIM, J; KROENKE, K. Predictors of patient satisfaction. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 52, n. 4, p. 609-620, feb. 2001.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 263-268, jul./set. 1998.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 251-258. mai./jun. 2005.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 16, n. 5, p. 577-582, 1982.

LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In:

PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 37-52.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EDU, 1986. 99 p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série saúde e cidadania). 227 p.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco, 2001.

_____. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. 269 p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde - o caso particular do Programa da Saúde da Família**. 2003, 153 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p.436-443, mai./jun. 2010.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. 2.ed. Thousand Oaks : Sage Publications, 1997. 80p.

NASCIMENTO, C. L. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde: avaliação do caso de Pau da Lima. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, jan./mar.1995.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. Causas de hospitalização no SUS e crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 268-277. 2010.

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? **Momento & Perspectivas em Saúde**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 18-32, jan./jun.1998.

OLIVEIRA, L. M. A. **Saúde bucal em Pernambuco: acesso e utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001**. 2002. Monografia (Programa de residência multiprofissional em saúde coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Atención Primaria de Salud. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 91p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington: OPAS, 2007. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

ORTEGA, J. L.; INFANTE, C.; PALACIOS, E. T. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 8, p. 337-362.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PIMENTA, A. L. et al. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p. 102-117, abr. 2008.

PINHEIRO, R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 174-178, abr./jun. 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em: <<http://www.coderp.com.br/saude>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. 200 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS, Z. F. D. G. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços odontológicos do SUS, Curitiba, Paraná, Brasil**. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e Atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto**: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1, p. 29-47.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Apresenta Perfil Municipal de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 06 dez. 2010.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

_____. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SILVA E. M. et al. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 989-998, jul./ago. 2001.

SILVA, L. M. V. et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde: avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, 1995.

SILVA, M. A. I. et al. **O acolhimento na saúde com avaliação de risco, necessidades e vulnerabilidades**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. (mimeografado).

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p.74-84, jan./mar. 2008.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SOUZA, L. A. **Promoção - apoio ao aleitamento materno**: binômio ou antítese? Uma caracterização das práticas do profissional da saúde na perspectiva da mulher no processo do aleitamento materno. 2006. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

STANISZEWSKA, S.; HENDERSON, L. Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. **Patient Education and Counseling**, Princeton, N.J., v. 55, n. 2, p. 185-192, 2004.

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.; OLIVEIRA, A. I. Satisfacción de los usuarios de los servicios públicos de salud. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.). **Gestión local de salud**: prácticas y reflexiones. Porto Alegre: Dacasa, 2005. p. 91-106.

STIZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 45, n. 12, p. 1829-1843, 1997.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2004. 83 p.

TAVARES, M. F. L; MEDONÇA, M. H. M; ROCHA, R. M. Práticas em saúde no contexto da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, maio 2009.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da estratégia de saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 557-70. 2009.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-331, 1997.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994. 175 p.

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

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul./set. 2005.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, jul./set. 2004.

VUORI, H. **Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde**. Tradução de Maria José Lindgren Alves. Rio de Janeiro: OPAS, ENSP, 1988.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C.; FARIA, M. M. **Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil**. São Paulo, 1995. (mimeografado).

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 38, n. 4, p. 509-516, 1994.

ZAICANER, R. **Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde**. 2001. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

Apêndices

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a) _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o nome “**Avaliação da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários**” e a mesma tem como objetivo avaliar a satisfação e insatisfação dos usuários atendidos nos Postos de Saúde da Prefeitura, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde, nos Programas de Saúde da Família e na Unidade Básica e Distrital de Saúde (Posto que fica aberto 24 horas) localizados na região Oeste da cidade de Ribeirão Preto-SP. Com esse trabalho, pretendemos contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento nesses Postos de Saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto.

Gostaríamos de contar com a sua participação respondendo às perguntas formuladas em um questionário.

As informações e as respostas que forem dadas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas em sigilo no conjunto dos demais respondentes. Também informamos que a qualquer momento da pesquisa, você tem o direito de não continuar participando e de retirar este consentimento. Para se comunicar com os pesquisadores sobre qualquer esclarecimento, entrar em contato através do telefone (16) 3602-3949 e chamar por Maria Cecília P. de Almeida ou Maria José B. Pereira ou Silvana M. Mishima ou no telefone 3977-9329 e chamar pela enfermeira Silvia Matumoto ou pelo Dr. Nélío Domingos. Ainda pode encaminhar por escrito sua desistência em participar da pesquisa, para o endereço: Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, aos cuidados da Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação que necessitar.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira
Pesquisadora Responsável do Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP

Grupo de Pesquisadores: Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Puntel de Almeida – EERP-USP
Prof.^a Dr.^a Silvana Martins Mishima – EERP-USP
Enfermeira Dr.^a Silvia Matumoto – SMS – Ribeirão Preto
Dr. Nélío Augusto Mesquita Domingos – SMS – Ribeirão Preto

Eu, _____, aceito participar da pesquisa e estou ciente de que o questionário será tratado sigilosamente e, caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2007.

Assinatura _____

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA DESENVOLVER O GRUPO FOCAL

I - FALAR SOBRE A PESQUISA: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA.

FINALIDADE DA PESQUISA - MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- RETOMAR O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

a. 1ª FASE - ENTREVISTA POR MEIO DE QUESTIONÁRIOS

b. 2ª FASE - ENCONTRO EM GRUPO

FINALIDADE DO GRUPO FOCAL:

- OUVIR AS PESSOAS EM GRUPO

II - APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

a. FALAR SOBRE O TERMO DE COMPROMISSO

b. LER E ESCLARECER DÚVIDAS DO TERMO DE COMPROMISSO

III - QUESTÕES

1- O QUE É TER SAÚDE?

- SAÚDE BOA E SAÚDE RUIM

- DÊ EXEMPLOS DE SITUAÇÕES CONCRETAS DE SUA VIDA.

2- COMO SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS UNIDADES EM QUE VOCÊS SÃO ATENDIDOS? O QUE MAIS GOSTA E DO QUE NÃO GOSTA?

3- O QUE É UM BOM SERVIÇO DE SAÚDE E UM SERVIÇO RUIM?

4- O QUE É SER BEM ATENDIDO E MAL ATENDIDO?

- DÊ EXEMPLO DE UMA SITUAÇÃO EM QUE FOI BEM ATENDIDO E MAL ATENDIDO.

- O QUE VOCÊ GOSTOU E DO QUE NÃO GOSTOU?

5- COMO VOCÊ ACHA QUE DEVERIA SER ATENDIDO/TRATADO E POR QUÊ?

- DÊ SUGESTÕES DE QUE PRECISA PARA SER MELHOR ATENDIDO.

Anexo

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-.271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 192/2007

Ribeirão Preto, 05 de setembro de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de julho de 2007.

Protocolo: nº 0765/2007

Projeto: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria José Bistafa Pereira

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP