UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Vanessa Pirani Gaios

*Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário
da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP*

Ribeirão Preto
2007

Vanessa Pirani Gaiosio

***Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário
da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP***

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

Linha de Pesquisa – Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientadora: Profa Dra Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto
2007

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Gaiosio, Vanessa Pirani

Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2007.

152 p.: il; 30 cm.

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima.

1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Satisfação do usuário. 4. Saúde da família

FOLHA DE APROVAÇÃO

Vanessa Pirani Gaiosio

Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP.

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

Linha de Pesquisa – Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientadora: Profa Dra Silvana Martins Mishima

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Ione Carvalho Pinto

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Amaury Lelis Dal-Fabbro

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Celso e Sirlei, pelo amor e apoio durante todos esses anos vividos e pela compreensão nos momentos mais difíceis nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar sentido ao meu existir.

À minha família: meus pais, Celso, Sirlei, meus irmãos, Matheus e Lucas, e a minha amada avó, Mercedes. Pessoas que sempre estiveram presentes em minha vida, mesmo nos momentos de ausência, me rodeando de carinho. Obrigada pelo amor, aconchego, compreensão, o suporte, o sustento e a educação.

À Silvana, minha orientadora desde a graduação, a Zezé Bistafa e a Ione agradeço pela minha formação e pela contribuição no meu desenvolvimento enquanto ser humano. Pelo ensino educativo, que segundo MORIN (2001) *“é transmitir não o mero saber, mas uma cultura que permita compreender nossa condição e nos ajude a viver, e que favoreça, ao mesmo tempo, um modo de pensar aberto e livre.”* Neste percurso sempre tive vocês do meu lado, compartilhando conhecimentos, carinho, amizade e muita alegria.

Ao Prof. Dr. Amaury Lelis Dal-Fabbro, à Prof^ª. Dr^ª. Aldáisa Cassanho Forster e ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas pelas suas contribuições no presente trabalho.

As equipes dos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V, em especial as enfermeiras Márcia, Sônia, Simone e Rafaela, e à equipe do NSF V, pela disponibilidade, atenção, carinho e pela colaboração no meu ensino enquanto enfermeira.

Ao Renato, pelo carinho, apoio, incentivo, confiança e por todos os momentos compartilhados de alegrias e preocupações.

Aos meus amigos da PG, da 48^a turma da EERP, as meninas que moram comigo, por todos os momentos que convivemos juntos, compartilhando alegrias e dificuldades.

A Carol pela colaboração na coleta de dados.

Aos meus amigos de Morro Agudo, principalmente Angélica, Fábio, Daniel, Vinícius e Carlos, pelo apoio e incentivo proporcionado.

A Maria Cristina M. Ferreira, bibliotecária da Biblioteca Central da USP, pela colaboração nas correções das referências.

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, seus funcionários e docentes, que me acompanham desde a graduação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro fornecido.

RESUMO

Gaioso, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP.** 2007. 152f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

No campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, pois viabiliza diretrizes e opções para o processo de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Contudo, ainda é escassa a produção científica publicada voltada a satisfação dos usuários em relação aos serviços de atenção primária à saúde, em especial aquelas para a Saúde da Família. A estratégia de Saúde da Família, viabilizada pelo Ministério da Saúde, em curso no país a cerca de uma década, tem sido objeto de avaliação pelo próprio Ministério que vem indicando a necessidade de estudos locais e que possam se voltar para analisar a relação dos serviços com os seus usuários. Assim, o objetivo geral desta pesquisa é avaliar a aceitabilidade dos usuários em relação à oferta e prestação de assistência pelas equipes de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo centrando-se numa abordagem quanti-qualitativa. A população do estudo foi constituída por 171 usuários cadastrados nos quatros Núcleos de Saúde da Família que cobrem a área básica de um serviço de referência secundário da zona oeste do município. Os dados empíricos foram coletados nos domicílios por meio de entrevista semi-estruturada. Utilizamos como dimensões analíticas: *infra-estrutura, acessibilidade, relação equipe-usuário, resolutividade* e, incluímos ainda um item de sugestões. A análise dos dados é discutida simultaneamente, sendo que para a análise dos dados quantitativos recorremos ao auxílio do software SPSS e os qualitativos, utilizamos a análise temática, sendo identificados três temas: *Acesso e acessibilidade nos Núcleos de Saúde da Família; Humanização da assistência na Saúde da Família – os detalhes que fazem a diferença na produção do cuidado em saúde; A busca por qualidade da atenção.* Identificamos uma avaliação em geral com alto percentual de satisfação, contudo, ao aprofundarmos nas narrativas, percebemos uma contradição, evidenciada pela insatisfação dos usuários em relação a alguns indicadores. Os usuários apontam como um dos pontos de grande satisfação relações inter-pessoais atenciosas e afetivas, demonstrando a grande valorização das tecnologias leves nas relações entre os trabalhadores e usuários e um dos aspectos diferenciais na atenção à saúde. Já as insatisfações predominaram quanto a ambiência, tempo alto na sala de espera, e principalmente, obstáculos em relação a acessibilidade organizacional, prejudicando a longitudinalidade e a continuidade da atenção à saúde. A maioria das sugestões dos usuários foi relacionado à melhoria da acessibilidade organizacional, favorecendo inclusive a dispensação de medicação e realização de procedimentos na própria unidade de saúde. Estudos de avaliações de satisfação dos usuários permitem a esses oportunidades de expressão nas quais podem monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo o controle social.

Descritores: Avaliação de serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Satisfação do usuário. Saúde da família

ABSTRACT

Gaioso, V. P. **User satisfaction from the perspective of acceptability in the Family Health scenario in Ribeirão Preto-SP.** 2007. 152f. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2007.

In Public Health, service assessment is extremely relevant, as it provides guidelines and options for the planning process and allows for technical and social control of services and programs delivered to society. However, the lack of scientific production about user satisfaction in primary health care services is still scarce, especially with respect to Family Health. The Family Health Strategy, made possible by the Brazilian Ministry of Health and in course for approximately one decade, has been assessed by the Ministry itself, which has appointed the need for local studies, which can analyze the relation between services and their users. Thus, this study aims to assess users' acceptability of the care offered and delivered by Family Health teams in Ribeirão Preto-SP-Brazil. We carried out an exploratory-descriptive study, based on a quantitative-qualitative approach. The study population consisted of 171 users, registered at the four Family Health Units that cover the basic area of a secondary service in the West of the city. Empirical data were collected at users' homes through a semistructured interview. We used the following analytic dimensions: *infrastructure*, *accessibility*, *team-user relation* and *problem-solving capacity*, and we also included an item for suggestions. Data analysis was discussed simultaneously. For quantitative data analysis, we used SPSS software and, for qualitative data, thematic analysis. Three themes were identified: Access and accessibility in Family Health Units; Care humanization in Family Health – the details making the difference in health care production; The search for care quality. We identified a high satisfaction level in the general assessment. However, when we looked deeper into the narratives, we perceived a contradiction, evidenced by users' dissatisfaction with some indicators. Users indicated considerate and affective interpersonal relations as one point of great satisfaction, demonstrating the high valuation of soft technologies in relations between workers and users and one of the aspects that differentiate health care. Dissatisfaction predominated in terms of environment, long time spent in the waiting room and, mainly, obstacles related to organizational accessibility, impairing care longitudinality and continuity. Most user suggestions were related to improving organizational accessibility and even favored medication distribution and the realization of procedures at the health unit. Studies about the assessment of users' satisfaction grant them opportunities to express themselves, through which they can monitor and control public health service activities, strengthening their participation in planning processes and exercising social control.

Descriptors: Health services evaluation. Primary health care. Consumer satisfaction. Family health

RESUMEN

Gaiosio, V. P. **Satisfacción del usuario en la perspectiva de la aceptabilidad en el escenario de la Salud de la Familia en Ribeirão Preto-SP.** 2007. 152h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

En el campo de la Salud Pública, la evaluación de servicios es un área de extrema relevancia, ya que viabiliza directivas y opciones para el proceso de planificación y posibilita un control técnico y social de los servicios y programas prestados a la sociedad. Sin embargo, aún es escasa la producción científica publicada dirigida a la satisfacción de los usuarios con relación a los servicios de atención primaria a la salud, especialmente aquellas para la Salud de la Familia. La estrategia de Salud de la Familia, viabilizada por el Ministerio de la Salud, en curso en el país desde hace cerca de una década, ha sido evaluada por el propio Ministerio, que viene indicando la necesidad de estudios locales y que puedan dirigirse a analizar la relación de los servicios con sus usuarios. Así, el objetivo general de esta investigación es evaluar la aceptabilidad de los usuarios con relación a la oferta y prestación de atención por los equipos de Salud de la Familia de Ribeirão Preto-SP-Brasil. Se trata de una investigación de carácter exploratorio-descriptivo, centrándose en una aproximación cuantitativa y cualitativa. La población del estudio abarcó a 171 usuarios catastrados en los cuatro Núcleos de Salud de la Familia que atienden al área básica de un servicio secundario de la región oeste del municipio. Los datos empíricos fueron recolectados en los domicilios mediante entrevista semiestructurada. Utilizamos como dimensiones analíticas: *infraestructura*, *accesibilidad*, *relación equipo-usuario*, *resolutividad*, e también incluimos un ítem de sugerencias. El análisis de los datos se discutió simultáneamente. Para el análisis de los datos cuantitativos, recurrimos al auxilio del software SPSS y, para los cualitativos, utilizamos el análisis temático, siendo identificados tres temas: Acceso y accesibilidad en los Núcleos de Salud de la Familia; Humanización de la atención en la Salud de la Familia – los detalles que hacen la diferencia en la producción del cuidado en salud; La búsqueda por calidad de la atención. Identificamos una evaluación en general con alto porcentaje de satisfacción. Sin embargo, al profundizar en las narrativas, percibimos una contradicción, evidenciada por la insatisfacción de los usuarios con relación a algunos indicadores. Los usuarios indican como uno de los puntos de gran satisfacción relaciones interpersonales atentas y afectivas, demostrando la gran valorización de las tecnologías leves en las relaciones entre los trabajadores y usuarios y uno de los aspectos diferenciales en la atención a la salud. Las insatisfacciones, por otro lado, predominaron en cuanto al ambiente, tiempo largo en la sala de espera y, principalmente, obstáculos con relación a la accesibilidad organizacional, perjudicando la longitudinalidad y la continuidad de la atención. La mayoría de las sugerencias de los usuarios fue relacionada a la mejoría de la accesibilidad organizacional, favoreciendo inclusive la dispensación de medicinas y la realización de procedimientos en la propia unidad de salud. Estudios de evaluaciones de satisfacción de los usuarios permiten a ellos oportunidades de expresión en las cuales pueden monitorear y controlar las actividades de los servicios públicos de salud, fortaleciendo su participación en los procesos de planificación y ejerciendo el control social.

Descriptores: Evaluación de servicios de salud. Atención primaria de salud. Satisfacción de los consumidores. Salud de la familia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Distribuição numérica das unidades/equipes de Saúde da Família na rede básica de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto, segundo distritos de saúde. Ribeirão Preto, maio de 2006.....	45
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo sexo e idade. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	58
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo tempo de residência. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	60
Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo sua inserção no trabalho por Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	61
Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo inserção no trabalho e escolaridade. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	61
Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo renda mensal familiar. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	62
Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo tipo de apropriação da residência. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	63
Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo quem possui plano de saúde. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	64
Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo o serviço público mais utilizado. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	65
Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo motivo que os leva a procurar um serviço de saúde. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	66
Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo o último tipo de atendimento realizado nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	67
Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a frequência de utilização dos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	68
Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo os serviços que mais utilizam nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	69
Tabela 13 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e a distância do Núcleo de Saúde da Família à casa dos sujeitos. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	73
Tabela 14 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e horário de funcionamento dos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	75

Tabela 15 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e acesso a consulta agendada e consulta eventual nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	79
Tabela 16 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e disponibilidade para medicações, coleta de exames e realização de procedimentos nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	84
Tabela 17: Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e acesso a consulta especializada e exames complementares. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	90
Tabela 18: Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o tempo na sala de espera para consulta agendada e para consulta eventual. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	93
Tabela 19 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e as explicações oferecidas pelos profissionais da equipe dos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	102
Tabela 20 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o atendimento médico nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	105
Tabela 21 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	107
Tabela 22 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o atendimento da recepção e da equipe de enfermagem nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	111
Tabela 23 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e a aparência física dos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	114
Tabela 24 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e a competência e qualidade técnica da equipe nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	122
Tabela 25 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o tempo gasto dentro do consultório nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	124
Tabela 26 - Distribuição percentual e numérica dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e qualidade e quantidade dos equipamentos nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006.....	126

LISTA DE SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CSE/FMRP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

DAB - Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DIR XVIII - Divisão Regional de Saúde XVIII

FMRP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

HCFMRP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS - Ministério da Saúde

NADEF - Núcleo de Atenção a Pessoa Deficiente

NGA-59- Ambulatório Regional de Especialidades

NOAS/SUS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NSF – Núcleo de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM II - Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas

PEC - Programas de Extensão de Cobertura

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SPSS - Statiscal Package for Social Science

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBDS - Unidades Básicas e Distritais de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	16
2. INTRODUÇÃO: A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.....	19
2.1. As raízes históricas da Saúde da Família no Brasil.....	20
2.2. O processo de avaliação na Saúde da Família.....	31
2.2.1. Avaliação em Saúde.....	31
2.2.2. Qualidade como aspecto central do processo de avaliação e a satisfação do usuário.....	34
3. OBJETIVOS.....	39
4. PERCURSO DA PESQUISA.....	41
4.1. Campo da Pesquisa.....	43
4.2. Local da Pesquisa.....	45
4.3. Os procedimentos para a coleta de dados: a técnica e o instrumento para coleta de dados, a definição da população do estudo e os sujeitos da pesquisa.....	46
4.4. Procedimentos éticos.....	52
4.5. Análise dos dados.....	52
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
5.1. Os sujeitos do estudo: caracterização demográfica, socioeconômica e de utilização dos serviços de saúde.....	57
5.2. Acesso e acessibilidade nos Núcleos de Saúde da Família.....	70
5.3. Humanização da assistência na Saúde da Família – os detalhes que fazem a diferença na produção do cuidado em saúde.....	98
5.4. A busca por qualidade da atenção.....	121
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICES	145
ANEXOS.....	151

1. APRESENTAÇÃO

No campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, pois favorecem diretrizes e opções para o processo de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Contudo, ainda é escassa a produção científica publicada voltada a satisfação dos usuários em relação aos serviços de atenção primária à saúde, em especial aquelas para a Saúde da Família.

A razão pela qual me leva a estudar a *“avaliação da satisfação do usuário na Saúde da Família”* se centra nestas questões aliadas ao meu desejo em saber mais sobre a opinião do usuário, sobre suas esperanças e desejos, sobre suas necessidades de saúde, em relação à atenção prestada nas unidades de Saúde da Família.

Meu interesse com este tema vem desde a graduação quando tive a possibilidade de atuar em pesquisa como bolsista de iniciação científica, desenvolvendo o estudo *“Morbidade referida da população cadastrada em unidade de Saúde da Família - estudo de caso”*, fazendo a aproximação com o tema da avaliação em serviços uma vez que os estudos de morbidade se constituem em um indicador de resultado e de qualidade para os serviços de saúde. Ainda, colaborei com a construção e desenvolvimento da investigação intitulada *“A satisfação dos usuários na Saúde da Família como ferramenta para avaliação da assistência prestada – estudo de caso”*, estudo mais focalizado no acesso do usuário ao sistema de saúde, sendo que neste momento sinto a necessidade de investigar outros parâmetros de satisfação e de avaliar outros aspectos como:

- a questão da resolutividade dos serviços para os pacientes;
- a duplicação de serviços de saúde - *“pacientes insatisfeitos com a qualidade da atenção podem gerar padrões de utilização ineficientes, com múltiplos prestadores e diferentes tipos de articulação entre os mesmos”* (ORTEGA; INFANTE; PALACIOS, 2004);
- as expectativas em relação à assistência prestada na Saúde da Família;

- percepção do usuário quanto à resolução de seus problemas de saúde;
- o vínculo, bom relacionamento do usuário com a equipe que o atende;
- conforto (proximidade de casa, espaço físico na unidade, privacidade);
- a qualidade de todos os serviços prestados pelo serviço de saúde.

Estes são aspectos importantes a serem investigados uma vez que a estratégia de Saúde da Família, em curso no país a mais de uma década, tem sido objeto de avaliação pelo próprio Ministério da Saúde que vem indicando a necessidade de estudos locais e que possa se voltar para analisar a relação dos serviços com os seus usuários.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar alguns desses aspectos, avaliando a satisfação dos usuários na perspectiva da aceitabilidade em relação à estratégia de Saúde da Família.

Num primeiro momento localizo a estratégia de Saúde da Família como cenário do processo de avaliação da satisfação do usuário, apontando suas raízes históricas, limites e críticas e posteriormente apresento o processo de avaliação na Saúde da Família, discutindo a avaliação em saúde e a qualidade como aspecto central do processo de avaliação e a satisfação do usuário.

Em seguida, são apresentados os objetivos desse estudo.

No percurso da pesquisa apresentamos a abordagem que será utilizada na investigação, o campo e o local do estudo, a técnica e sujeitos da pesquisa, os procedimentos éticos, a análise dos dados.

Finalizando com a análise e discussão dos resultados e considerações finais.

2. A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

2.1. As raízes históricas da Saúde da Família no Brasil

O sistema de saúde brasileiro vem passando por um amplo processo de reforma decorrente do debate sobre a crise da saúde (a partir da segunda metade dos anos 70) e do movimento de Reforma Sanitária (década de 80). Estes contextos resultaram no processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas 8080 e 8142 de 1990.

O SUS está sendo construído e entendido como um processo social num embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais, sendo que se constitui como conquista de um poderoso movimento social criado na década de 70, pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Este movimento apresentou propostas discutidas na estruturação do sistema de saúde com princípios e diretrizes como o de: acesso universal, equidade e da saúde como direito público. Os princípios constitucionais, dos artigos 196 ao 200 da Constituição de 1988, permitem considerar que a saúde é um patrimônio público, por isso definida como direito da cidadania voltado para a defesa da vida individual e coletiva, sendo responsabilidade do estado (MERHY et al., 1991).

No cenário político brasileiro, a partir do final da década de 70 e início da década de 80, deu-se a distensão lenta e gradual que culminou no processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento. Este pacto implicava a elaboração de novo arcabouço jurídico – uma nova Constituição – e a explicação de um outro padrão de política social expresso no discurso da superação da dívida social acumulada nos governos autoritários.

Esse pano de fundo econômico e político determinaram os rumos das políticas de saúde e fez emergir na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando o projeto sanitário brasileiro.

Este quadro que se conformou no cenário brasileiro, encontra eco, na crise da saúde, presente internacionalmente e que segundo Mendes (1996) configurou-se em quatro dimensões: da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública (MENDES, 1996).

A dimensão da *ineficiência* dos sistemas de saúde “pode ser medida pela forma com que as sociedades alocam os recursos escassos da saúde para enfrentamento dos problemas sanitários” (MENDES, 1996, p.16). O sistema de saúde, fortemente influenciado pelo modelo médico hegemônico, tem sido altamente ineficiente, ao concentrar seus gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto sobre a saúde.

Ainda, segundo Mendes (1996) “a dimensão da *ineficácia* é dada pela falta de correspondência entre o incremento dos gastos de saúde e seu impacto nos padrões sanitários das populações.” Aponta estudos evidenciando que necessariamente não há uma correlação entre gastos em saúde e a melhoria de alguns indicadores, como por exemplo, a esperança de vida ao nascer e a mortalidade infantil. Esta questão chama a atenção, no sentido de pensarmos que as repercussões do que Mendes (1996) está denominando de crise na saúde se dão na articulação destas dimensões apontadas pelo autor.

A dimensão da *iniquidade* esta relacionada à disponibilidade de atenção médica que tende a variar inversamente com as necessidades da população, seja na distribuição relativa, entre grupos sociais ou dos indicadores sanitários.

Por fim, a última dimensão tratada pelo autor é a da *insatisfação dos usuários*, ou seja, a crise da saúde está determinando um generalizado descontentamento popular, afirmando que não há uma correlação entre gastos despendidos na saúde e satisfação dos usuários.

Merhy (1998), embora não discuta diretamente esta dimensão, ao trazer a questão da produção de cuidados em saúde, chama atenção para o desenvolvimento do conhecimento tecnológico e a relação com os usuários. Afirma que a queixa dos usuários aos serviços de saúde não está relacionada com a falta de recursos e conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas, sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços a sua pessoa e ao seu problema em particular. Os usuários sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Desta forma, a crise da saúde, com suas dimensões colocadas de modo geral no cenário internacional, está presente de forma marcante já a partir da década de 70, período importante para o desenvolvimento da saúde pública, e que registra uma grave recessão mundial gerando uma forte crise estrutural do capitalismo. Os governos passam a viver com um crescente déficit público, reduzindo os investimentos sociais, e ao mesmo tempo, verificando-se o crescente aumento da pobreza e conseqüentemente o aumento da demanda para os serviços de saúde pública.

Neste momento, no cenário internacional, tem-se a proposta da atenção primária à saúde como doutrina universal formulada na Conferência Internacional de Alma Ata (1978) e sob auspícios da Organização Mundial de Saúde – OMS, com o tema central de “Cuidados Primários em Saúde”, revive as propostas da Medicina Comunitária em novas bases, propondo um novo paradigma para a assistência.

Cabe uma breve pausa, para que possamos falar sobre a Medicina Comunitária que se estruturou a partir de conhecimentos da epidemiologia e da vigilância à saúde, valorizando ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com referência a um território e de forma hierárquica. Porém, segundo Franco e Merhy (1999, 2003) a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários à Saúde não conseguiram provocar uma ruptura do Modelo Médico Hegemônico, pois investiram muito na promoção e prevenção à saúde sem alterar o cotidiano

do processo de trabalho médico, não se utilizando de tecnologias leves¹ e não trabalhando com um modelo usuário-centrado.

Mendes (2002) coloca que na história recente de vários países, observa-se a adoção da estratégia de Atenção Primária à Saúde – APS- para organização e ordenação de recursos do sistema de saúde, porém observa-se que neste processo a estratégia de APS tem sofrido variações em sua interpretação, devido a história de como se conformou e evoluiu esse conceito e pela ambigüidade de algumas definições estabelecidas internacionalmente. Destaca ainda, três interpretações da atenção primária à saúde: como atenção primária à saúde seletiva, a atenção primária à saúde como primeiro nível do sistema de serviços de saúde e a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Essas três decodificações são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem dentro do mesmo país (MENDES, 1996, 2002).

A interpretação da APS como atenção seletiva concebe-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres às quais se oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica (MENDES, 1996; BERNARDES, 2005).

Uma segunda interpretação de APS, apontada por Mendes (1996, 2002), seria como nível primário do sistema de serviços de saúde entendida como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde de caráter agudo e, mais comuns e orientado de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

¹ As tecnologias leves seriam definidas como aquelas que se configuram em processos de intervenção em ato, são aquelas que se produzem através um processo de relações (MERHY, 1997) como por exemplo, as relações de interação, de vínculo, de escuta e intersubjetividade.

A APS como estratégia de organização e pilar de estruturação do sistema de saúde é compreendida por este mesmo autor como uma maneira singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

No Brasil na década de 70, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta da APS, decodificada, em nossa prática social, como atenção primária seletiva, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária.

Em 1976, é proposto o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), um programa de extensão de cobertura, cujo objetivo era a implantação de uma estrutura básica de saúde pública, em comunidades de até 20.000 habitantes, visando a melhoria do nível de saúde da população (Conselho Federal de Enfermagem - COFEn/ Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, 1985).

Em 1980, surge a proposta do PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - que tinha como meta alcançar as cidades de médio porte e os aglomerados das periferias das grandes cidades, já que partia da premissa de que o PIASS já havia se consolidado. O próprio Ministério da Previdência Social, em conferência feita em 1979, afirmou:

A consolidação do PIASS e a implantação do PREV-SAÚDE criaram condições para colocar à disposição da população, a nível nacional, uma rede de serviços de saúde integral, regionalizados, hierarquizados e dispondo do sistema de referência que permite o atendimento da demanda, nos diversos níveis dos serviços, escalonados de conformidade com a complexidade requerida (COFEn/ABEn, 1985, p.28).

A proposta deste Programa era de que os cuidados primários com a saúde pudessem ser estendidos a cerca de 90% da população brasileira, através da articulação de um sistema constituído pelo setor estatal, em seus diferentes níveis. Estes programas traziam em suas

propostas questões centrais para a constituição do SUS, porém, tanto o PIASS como o PREV-SAÚDE foram, definitivamente, postos de lado, levando ao alcance de tímidos resultados.

Em 1987, já em curso no país o processo de descentralização através dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS, foi desenvolvido no Estado do Ceará o Programa de Agentes de Saúde sendo inicialmente de caráter emergencial, concretizando-se em frentes de trabalho em uma conjuntura de seca realizando ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense, e posteriormente adquirindo características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. Em 1991, a experiência bem sucedida do Ceará leva a uma expansão do programa para a Região Norte do país com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, sendo implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Com o PACS começou-se o enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura por família (BRASIL, 2002).

Ao longo do tempo, surgiram no país, várias propostas alternativas ao modelo tradicional hegemônico, para a organização da APS, sendo as mais importantes: Medicina Geral e Comunitária, Ação Programática em Saúde, Médico de Família, Defesa da Vida e o Programa da Saúde da Família.

A Medicina Geral e Comunitária desenvolveu-se em Porto Alegre, a partir de 1983, no Complexo Hospitalar do Murialdo e, depois, no Grupo Hospitalar Conceição, desenvolvendo uma prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade aos quais pretendia prestar uma atenção integral, contínua e personalizada.

A Ação Programática em Saúde conformou-se na década de 70, no movimento de programação da saúde na Secretaria Estadual de São Paulo, como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal de integração sanitária e na lógica de estruturação dos programas de saúde, sendo inspirada em tecnologia de base epidemiológica .

O Programa Médico de Família foi desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), com estrutura semelhante ao modelo cubano, sendo constituído por uma equipe composta por um médico generalista e por um auxiliar de enfermagem, responsáveis aproximadamente por 250 famílias, com foco na família, atenção integral e ações de saúde com orientação comunitária.

O modelo de Defesa da Vida foi desenvolvido no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp no final dos anos 80, supondo uma descentralização da gestão dos serviços de saúde através de colegiados e organizando a APS através das funções de acolhimento, assistência à saúde e vigilância à saúde (MENDES, 2002).

Todas essas propostas foram importantes, continuam vigentes, e representam alternativas bem sucedidas de proporcionar APS de qualidade à população e de concretizar os princípios do SUS.

Por volta de 1993, o Ministério da Saúde estabeleceu a legislação específica para implantação e a implementação no Brasil do Programa de Saúde da Família, através da Portaria nº 692.

Propondo o conceito de interiorização do SUS, os formuladores do PSF, permitiram relembrar o antigo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS, na década de 1970, sobre a medicina simplificada em nível federal (VASCONCELLOS, 1998).

A estratégia de Saúde da Família, concebida pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, foi destinada a contribuir para organização de sistemas locais e reordenar o modelo assistencial a partir do modelo da APS.

Segundo Vasconcellos (1998, p.156) os documentos oficiais sobre PSF (Portaria nº 692) indicavam como propósito colaborar na organização do SUS e no processo de municipalização da integralidade e participação da comunidade.

No início da implantação do PSF, o programa não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social. As áreas escolhidas foram aquelas “delimitadas no Mapa da Fome do IPEA, de acordo com as características geográficas e a distribuição da população de cada município” (BRASIL, 1994, p.12).

É claramente explicitada a intencionalidade colocada para o PSF, naquele momento, de se voltar ao atendimento das populações mais carentes e excluídas do sistema de saúde. Neste sentido, uma das críticas colocadas ao Programa foi quanto seu caráter focalizador, ferindo um dos princípios do SUS, a universalização da atenção, constituindo-se em uma perspectiva de APS como atenção seletiva (MENDES, 1996; FRANCO ; MERHY, 1999, 2003).

Só em 1996, esta perspectiva se altera, havendo a afirmação pelo governo federal de que o PSF não se constituía “[...] em modelo simplificado, de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis (primário). Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Estas idéias subsidiam o modelo do PSF” (VASCONCELLOS, 1998, p.156).

Neste sentido, o Programa ganha a partir do aprofundamento do processo de descentralização novo impulso, transformando-se gradualmente em estratégia de política pública para saúde.

A estratégia de Saúde da Família propõe a integração e organização das ações de saúde em um território definido, cuja atenção está centrada na família a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

A Unidade de Saúde da Família atua com os princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela, e de uma equipe multiprofissional, sendo estruturada em uma lógica de atenção à saúde, com a geração de práticas de cuidado, considerando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção à saúde (BRASIL, 2000).

Uma das críticas levantadas sobre a Saúde da Família refere-se a sua forma de produção e seu núcleo de trabalho, ainda, médico-centrado não mudando o perfil dos serviços, pois agem apenas na estrutura dos serviços de saúde e não na sua essência e no seu processo de trabalho.

Cecílio (1994 apud MENDES, 1998, p.170), diz que se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Um dos grandes desafios é a busca do outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais do sistema de atenção à saúde.

Assim, é importante considerar que a prática multiprofissional, a territorialização e o vínculo operam nos microprocessos do trabalho em saúde, sendo necessário penetrar nos valores e comportamentos dos profissionais de saúde, constituindo uma nova ética, presidida de valores humanitários e de solidariedade, modificando suas referências epistemológicas e incorporando ao arsenal tecnológico a produção de acolhimento, responsabilização e vínculo (tecnologias leves de intervenção) (FRANCO ; MERHY, 1999, 2003).

A crítica formulada sobre a Estratégia de Saúde da Família vem no sentido de verificar suas fragilidades, na tentativa de sua superação, a fim de que sirva como um dispositivo a mais de mudança do modelo assistencial.

Assim, a saúde da família poderá desenvolver-se de forma mais plena caso seja compreendida não como programa para saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas tendo em vista um objetivo, determinando suas ações sob um ambiente incerto, trabalhando com projetos concretos, provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades, com o objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar (MENDES, 1998; MORIN, 2004).

Desta forma, mesmo com alguns limites, a Saúde da Família ganha uma ampla adesão para reorganização do sistema de saúde, pois apresenta uma “possibilidade de abertura de um espaço para expressão das necessidades da comunidade e a possibilidades de se caminhar em direção à equidade” (MOREIRA, 2001).

De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a Saúde da Família apresentou até agosto de 2005, uma adesão de 4.900 municípios, atingindo um total de 23.900 equipes implantadas e com uma cobertura populacional de 43,4% da população brasileira, o que corresponde a 76,8 milhões de pessoas (BRASIL, 2005a). Dados mais recentes indicam que no período de 1994 à agosto de 2006, houve uma evolução 84,2% da cobertura populacional brasileira, o número de Equipes de Saúde da Família implantadas, até agosto de 2006, correspondendo à 26.259, com um total de 5.093 municípios (BRASIL, 2006a).

Em face de constante expansão no país da Saúde da Família, faz-se necessário desenvolver metodologias de avaliação que possam ser utilizadas no planejamento das políticas de saúde locais. Além disso, a estratégia de Saúde da Família está em curso no país a mais de uma década, e tem sido objeto de avaliação pelo próprio Ministério da Saúde que vem indicando a necessidade de estudos locais e que possam se voltar para analisar a relação dos serviços com os seus usuários.

Segundo Medina e Aquino (2002), a avaliação na Saúde da Família constitui hoje tarefa primordial para todos envolvidos no debate sobre as perspectivas de sua consolidação, e dos avanços possíveis do SUS no país.

Avaliações efetivadas pelo Ministério da Saúde em 2002 sobre a implantação da Estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos traz, entre outras recomendações, a necessidade de se construir “[...] estratégias abrangentes de ampliação da base de apoio com processo de discussão prévio e periódico de sensibilização de gerentes das SMS e

profissionais de saúde, além da mobilização da população para diminuir resistências e conquistar legitimidade” (BRASIL, 2002, p.213).

Cabe ressaltar, nesse sentido, a importância de se dar voz ao usuário, expressando suas expectativas quanto ao uso dos serviços, e em específico daqueles caracterizados na Saúde da Família, favorecendo assim, um diálogo entre os serviços e os usuários, de modo a se estabelecer alternativas para o processo de tomada de decisão, na direção de serviços que se voltem a atender as necessidades dos usuários e que assim possam favorecer a aceitabilidade e credibilidade destes em relação aos serviços de saúde.

Ainda nessa direção, o Ministério da Saúde coloca que os meios de comunicação devem prestar informações para a população, difundindo a importância das atividades realizadas pela equipe de Saúde da Família e como forma de fortalecer o vínculo com esses profissionais. Outra recomendação que reforça essa necessidade de dar voz ao usuário é de “[...]criar meios e instrumentos para a população apresentar queixas, denúncias e sugestões” (BRASIL, 2002, p. 217).

Outro estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, sobre a avaliação normativa do Programa de Saúde da Família traz que no cotidiano do trabalho das equipes de saúde parece ter havido avanços na criação de espaços coletivos de programação envolvendo os membros da equipe. Entretanto, ainda foram incipientes a participação da comunidade no planejamento das ações, os mecanismos sistemáticos de acompanhamento e avaliação e a participação das equipes nos órgãos gestores do SUS no nível local (BRASIL, 2004a).

Diante dessas colocações, reforçamos que a avaliação da satisfação do usuário é um parâmetro que representa respostas quanto suas esperanças e desejos, podendo se tornar um instrumento útil na organização da assistência e melhoria da qualidade de vida.

2.2. O processo de avaliação na Saúde da Família

2.2.1. Avaliação em Saúde

Diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas, de forma progressiva, nas últimas três décadas. Inicialmente, foram realizadas pesquisas acadêmicas com a intenção de avaliar serviços de saúde. Posteriormente, as próprias políticas racionalizadoras que valorizam o planejamento em saúde, mediante a formulação dos *programas de extensão de cobertura* (PEC) e dos programas especiais, traziam nos seus documentos tópicos que sugeriam uma preocupação com a avaliação (SILVA, 2005).

Segundo estas autoras, as *Ações Integradas de Saúde* (AIS) e os *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde* (SUDS), enquanto políticas democratizantes, também valorizam o planejamento e a avaliação, estando presentes nos primeiros planos estaduais e municipais de saúde na década de 80. Nos anos 90, ainda que as conferências e os conselhos de saúde constituíssem espaços potenciais para a expansão e institucionalização da avaliação, as fragilidades dessas instâncias de controle social e o esvaziamento da planificação pela onda neoliberal retardaram a consolidação da avaliação em saúde no SUS.

Na presente década, pode se afirmar que o interesse pela à avaliação em saúde não se restringe ao âmbito acadêmico. O próprio Ministério da Saúde tem recomendado um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigência de financiadores externos, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes (SILVA, 2005). Entretanto, no Brasil, os serviços de saúde apresentam dificuldades na prática cotidiana e rotineira de avaliação, principalmente nos aspectos metodológicos e operacionais.

As avaliações em saúde, ao se constituírem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, podem segundo vários autores, serem encontradas na literatura de forma muito diversificada.

A avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presente em diversos âmbitos e campos do espaço social. As suas diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação das suas opções teóricas e técnicas. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto – avaliação em saúde - que pode desdobrar-se em tantas quantas forem às concepções sobre saúde e práticas de saúde (SILVA ; FORMIGLI, 1994; SILVA, 2005).

O termo avaliação refere-se ao ato ou efeito de avaliar, ou seja, conferir valor, manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso. No entanto, quando se trata de avaliar serviços ou programas, o que corresponde a situar a avaliação no campo das modalidades de intervenção social, recorre-se à utilização de modo sistemático e apoiado em base científica, de procedimentos de forma a identificar, obter e proporcionar informações pertinentes, assim como julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável. Nesse sentido a avaliação de serviços pressupõe uma avaliação sistemática com a utilização de métodos, diferente da avaliação cotidiana (UCHIMURA ; BOSI, 2002).

Desta forma, a avaliação consiste fundamentalmente em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, *avaliação normativa*, ou ser elaborado a partir de um procedimento científico, *pesquisa avaliativa* (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Portanto, a avaliação é parte integrante e necessária do planejamento e do processo de tomada de decisão, devendo servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações (TANAKA ; MELO, 2001).

Nessa perspectiva, a avaliação normativa é definida como “[...] a atividade que consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p.34); e a pesquisa avaliativa “[...] como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p.37).

Ainda segundo Contandriopoulos et al. (1997, p.42) a pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise: análise estratégica, análise de intervenção, análise de produtividade, análise dos efeitos, análise do rendimento e análise da implantação². Na presente investigação, o que mais se aproxima é a *análise dos efeitos*, que consistirá em determinar a eficácia dos serviços para modificar os estados de saúde, e especificamente na *eficácia de utilização* que “[...] é aquela que estimamos ao analisar os resultados de uma intervenção, em um contexto natural, sobre os indivíduos que dela se beneficiaram. Nesta situação, as variáveis relativas aos usuários e aos prestadores de serviço são observadas.” Ainda no conceito de eficácia e eficácia-populacional considera-se o grau de cobertura da intervenção, sua aceitabilidade e sua acessibilidade na população-alvo.

² Para aprofundamento desta discussão ver: CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, E. F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, T.R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, ZMA (org.) **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997. Cap. 2, p. 29-47

2.2.2. Qualidade como aspecto central do processo de avaliação e a satisfação do usuário

No processo de avaliação, e em especial na saúde, o aspecto central a ser considerado é que o sustenta é a qualidade (DONABEDIAN, 1980; VUORI, 1988). Para Vuori (1988), a qualidade dos serviços de saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem empregar significados distintos a este termo. O termo qualidade estaria relacionado a um vasto espectro de características desejáveis na prestação do cuidado, tais como: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade científico-técnica; sendo que a garantia de qualidade deve estar ligada às necessidades e à estrutura do sistema de saúde de cada país.

Vuori (1988) alerta que, ao se abordar a dimensão qualidade, seria necessário especificar os aspectos de qualidade: quem define qualidade e quem seria o beneficiário desta qualidade. Completando esta afirmação, Akerman e Nadavosky (1992) exemplifica que no caso dos usuários, estes dariam atenção a aspectos ligados ao acesso, ao cuidado e ao tratamento por parte dos profissionais de saúde. Aspectos estes que são pertinentes às preocupações desta investigação, na qual nos propomos a analisar a satisfação dos usuários na perspectiva da aceitabilidade em relação à estratégia de Saúde da Família,.

Para Donabedian (1980) que desenvolveu uma discussão sistemática sobre essa questão, a busca de uma definição para a qualidade deveria se iniciar a partir das dimensões do cuidado médico, a saber: a técnico-científica, a relação interpessoal e as “amenidades” (conforto e estética das instalações e equipamentos). Elaborou inicialmente uma definição, segundo a qual a qualidade poderia ser entendida como a intervenção capaz de alcançar o melhor balanço entre benefícios e riscos. Passou, posteriormente (Donabedian, 1990), a considerar a qualidade um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Dada a variedade de definições que se pode encontrar nos enfoques teóricos sobre a qualidade do cuidado, passamos a definir as principais categorias adotadas por Donabedian (1990), em avaliação de práticas de saúde: *eficácia* – é a competência com que se produz o cuidado para melhorar a saúde; *efetividade* – é a dimensão com que se consegue o resultado para melhorar à saúde; *eficiência* – é o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo monetário; *otimização* – é o melhor cuidado efetivo, possível de ser obtido através da relação custo/benefício mais favorável; *aceitabilidade* – é a adaptação do cuidado às expectativas, desejos e valores do paciente e de seus familiares; *legitimidade* – conformidade das preferências sociais quanto à aceitabilidade, e *equidade* – distribuição dos seus cuidados e seus efeitos na saúde.

Dentre esses conceitos, portanto, o de *aceitabilidade* é o que diretamente se relaciona com as expectativas e satisfações dos usuários. Donabedian (1990) define-o como um composto de fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde. A aceitabilidade compreende a acessibilidade, a relação médico-paciente (aqui estamos incluindo também a relação equipe de saúde-usuário), as dependências e instalações³, as preferências do paciente em relação aos efeitos e aos custos do tratamento e tudo aquilo que o paciente considera ser justo e equânime.

Ao se tomar a aceitabilidade, a utilização de serviços de saúde estará sempre referida a necessidades e expectativas, individuais ou coletivas, relacionadas a um problema de saúde, ou a um conjunto de problemas. A partir da utilização desses serviços, o indivíduo terá ou não satisfeitas suas necessidades ou expectativas; e o nível de satisfação possibilitará inferir a qualidade nos diversos momentos do atendimento, num processo interativo que se dá desde a entrada até a saída da unidade de saúde (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996).

³O Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização do SUS traz em seus documentos o conceito de ambiência na saúde que “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.” (BRASIL, 2006d) Assim, consideramos a dimensão dependências e instalações inseridas no conceito de ambiência, que será mais detalhado nas análises desse estudo.

Uchimura e Bosi (2002) apoiados em outros autores sinalizam vários fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde, e que se sustentam nos pontos assinalados acima por Donabedian (1990):

competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação); satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); acessibilidade (cultural, social, geográfica, econômica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe); eficiência (custos, recursos, riscos) (UCHIMURA; BOSI, 2002, p.1565).

Neste estudo, como já assinalado, nos interessa mais detalhadamente a satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade. Nesta direção a afirmação de Kloetzel (1998, p.2) é extremamente importante quando aponta que a avaliação de qualidade “deve basear-se tanto em critérios objetivos como subjetivos, os primeiros reservados aos profissionais de saúde, os últimos dizendo respeito ao usuário.” Um dos métodos de avaliação cabíveis nesta situação é, portanto, a análise da satisfação do usuário, que é o beneficiado direto do programa. A satisfação expressa pelo usuário é um parâmetro que representa respostas quanto suas esperanças e desejos, podendo se tornar um instrumento útil na organização da assistência.

Uchimura e Bosi (2002, p.1566) trazem um fragmento de Donabedian (1984) que vai na direção acima:

La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de calidad de la atención, porque proporcionar información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores e expectativas del paciente, que son asuntos sobre los que este es la autoridad ultima. La medición de la satisfacción es, por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y plantación.

Tanaka e Melo (2004) afirmam que ao realizarmos a avaliação em sistemas e/ou serviços de saúde devemos ter em mente que os serviços/ações prestados têm como finalidade os usuários que são parte do processo de organização e prestação destas ações, e segundo Deslandes (1997, p.105) as análises dos envolvidos nos serviços/programas “sobre estas

experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos.”

Na mesma direção Westphal (2001, p.20) afirma que “A qualidade de vida contempla aspectos relacionados às condições materiais de vida e à subjetividade nas relações dos homens entre si e com a natureza”, evidenciando a importância do planejamento das intervenções nos serviços de saúde, a partir das necessidades dos usuários como também de suas atitudes e valores, de seu universo, de seus sentidos e de suas práticas. Além disso, poder oferecer aos usuários um espaço que lhes permita elaborar estratégias singulares de inserção, de reerguimento e de promoção de mudanças voltadas a uma vida mais satisfatória.

Segundo Akerman e Nadavosky (1992), não se pode ter um serviço de alta qualidade quando o alvo deste serviço – o usuário – não estiver satisfeito. Assim, a definição de indicadores⁴ de qualidade deveria também passar pela utilização de medidas que levem em conta a satisfação dos pacientes com os serviços.

Os fatores que influenciam a satisfação do usuário ainda são incipientes nas investigações e é sabido que muitos são relativos ao serviço e aos seus provedores, como relação médico-paciente, resolutividade, disponibilidade de consulta, enquanto outros referem-se aos próprios usuários, como o conceito de saúde-doença, uma vez que este pode influenciar na utilização dos serviços e no julgamento sobre qualidade dos serviços de saúde.

Além disso, as fontes de influência mais significativas são multifatoriais e dependem das experiências pessoais, socioeconômicas e culturais (SOUZA; PEREIRA, 1999).

Alves Sobrinho e Sousa (2002) apontando aspectos que se constituem desafios para superação dos problemas em relação à Saúde da Família e assinalando os pontos para sua

⁴ Os indicadores são parâmetros utilizados com o objetivo de comparar e avaliar distintas situações, e segundo Donabedian, no caso do processo de avaliação em saúde, devem evidenciar padrões relacionados à estrutura, processo e resultado, devendo ser utilizados como ferramentas para auxiliar no gerenciamento da qualidade. De acordo com as definições de Donabedian, **estrutura** refere-se à planta física, recursos alocados e características organizacionais da instituição; **processo** diz respeito às atividades desenvolvidas na assistência médica (competência técnica, relações interpessoais, oferta de serviços); e **resultado** significa o produto final da assistência, envolve a satisfação do cliente e o impacto do tratamento sobre o estado de saúde do paciente. (MALIK ; SCHIESARI, 1998)

sustentação, indicam dentre outros, a necessidade da construção de consensos nos processos de avaliação e elaboração de metodologias que possam verificar os objetivos de qualidade e organização da estratégia de Saúde da Família. Os autores ao discutirem a necessidade de um projeto de avaliação permanente, apontam a articulação que deve estar presente em relação aos aspectos teórico e práticos, e a atenção a pontos a serem considerados, tais como:

a oferta de serviços e sua relevância com as reais necessidades da população; a acessibilidade dos serviços de saúde [...]; as demandas efetivas provocadas pelos cidadãos aos serviços de saúde e sua opinião sobre a resolubilidade e qualidade da sua oferta [...] a integralidade da rede de serviços, organizada por níveis de atenção, de modo que se satisfaça “plenamente” as necessidades de atenção à saúde da população, e, em especial, a qualidade dos serviços de saúde desde os pontos de vista do acolhimento, do cuidar com carinho dos cidadãos e da capacidade de valorizar os sentimentos de pertencer dos indivíduos/famílias/comunidades as suas ESF/UBSF (ALVES SOBRINHO; SOUSA, 2002, p163).

Considerando estes aspectos, o presente estudo pode contribuir com a avaliação e qualidade de serviços de saúde, disparando processos junto aos serviços para a organização e planejamento das ações de saúde.

3. OBJETIVOS

Considerando as questões aqui colocadas, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a aceitabilidade dos usuários em relação à oferta e prestação de assistência pelas equipes de saúde da família de Ribeirão Preto-SP.

Seus objetivos específicos se voltam para:

1. Analisar a satisfação do usuário em relação: a acessibilidade à unidade de saúde e sistema de saúde; a relação equipe de saúde-usuário; a ambiência para a assistência na Saúde da Família;
2. Analisar como os usuários percebem a resolução dos problemas de saúde que eles demandam para a equipe de Saúde da Família.

4. PERCURSO DA PESQUISA

Esta investigação configura-se como uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo centrando-se numa abordagem quanti-qualitativa.

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, já os estudos descritivos pretendem descrever (e também analisar) os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1985).

Segundo Deslandes e Assis (2002) a articulação entre as abordagens quantitativas e qualitativas no campo da pesquisa em saúde tem sido alvo de debates anteriores reconhecendo a importância da interação metodológica para pesquisar (e construir) o complexo objeto saúde–doença–atenção, indicando as diversas possibilidades ou modalidades de diálogo. O quantitativo e o qualitativo traduzem cada qual a sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos saúde-doença.

A abordagem quantitativa permite revelar aspectos gerais do fenômeno avaliado, permitindo generalização pela representatividade e inferência para outros contextos, porém, o significado é sempre sacrificado em detrimento do rigor matemático exigido pela análise, não permitindo análise das relações. Já a abordagem qualitativa permite encontrar explicações e aprofundar alguns dos aspectos gerais identificados quantitativamente, permitindo a interação, a compreensão dos resultados individualizados e considerando a subjetividade dos sujeitos, porém, pode conduzir a uma excessiva coleta de dados e exige maior uso do recurso tempo (TANAKA; MELO, 2004). É referido que as duas abordagens de pesquisa não se encontrem em situação de oposição, e sim de continuidade e complementaridade, assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo Tanaka e Melo (2004) é aconselhável adotar nos processos avaliativos o uso simultâneo das abordagens qualitativa e quantitativa, pois considerando a heterogeneidade e

complexidade dos serviços de saúde, possibilitará compreender em maior profundidade a dinâmica interna do fenômeno avaliado e, por conseguinte, entender o significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados.

4.1. Campo da Pesquisa

O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do estado de São Paulo e faz parte dos 25 municípios que compõem a Divisão Regional de Saúde XVIII – DIR XVIII, sendo o município mais populoso deste conjunto. A população recenseada no censo de 2000, segundo os dados preliminares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE é de 504923 habitantes sendo que 99,57% residem na zona urbana. A projeção segundo DATASUS é de 559.650 habitantes para o ano de 2006, estando entre os maiores do Estado de São Paulo e do Brasil (BRASIL, 2006c)

O município, habilitado na gestão plena do sistema, de acordo com as orientações da NOAS/SUS/01/2002, configura-se em um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde.

A partir do processo de regionalização da atenção, Ribeirão Preto assumiu a condição de pólo assistencial, constituindo-se referência para determinados municípios segundo pactuação prévia, nos níveis de média e elevada complexidade.

O setor saúde do município é constituído pela rede pública municipal, por serviços filantrópicos, particulares de atenção à saúde. A rede municipal de saúde está estruturada com cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), trinta Unidades Básicas de Saúde (UBS), dezoito equipes de Saúde da Família, um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), dois Centros de Referências de Moléstias Infecto Contagiosas, um Núcleo de Atenção a Pessoa Deficiente (NADEF), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, um Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga (CAPS-ad), três Ambulatórios de Saúde Mental.

As Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) visam oferecer aos municípios um atendimento básico para sua área de abrangência e de pronto-atendimento em urgências, sendo referência de algumas especialidades para todo o distrito. As 5 UBDS do município de Ribeirão Preto estão localizadas nas regiões: Norte – Distrito do Simione, Sul – Distrito de Vila Virgínia, Leste – Distrito de Castelo Branco, Oeste – Distrito de Sumarezinho e Região Central – Distrito Central.

O setor hospitalar possui 14 unidades, perfazendo 1.887 leitos hospitalares, tendo 1.339 leitos disponibilizados ao SUS. Além disso, conta com ambulatórios de Hospitais Conveniados e Instituições de Ensino que oferecem atendimento e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Campus e Unidade de Emergência) oferece atenção à saúde no SUS em todas as especialidades médicas, incluindo atendimento de urgência e emergência. Conta, ainda, com um Hospital Dia para atendimento psiquiátrico, psico-pedagógico e de psicologia clínica. Constitui-se referência estadual, e em algumas áreas, nacional.

Segundo o Plano de Saúde de Ribeirão Preto, a Secretaria Municipal de Saúde está trabalhando na reorientação do modelo assistencial com a intenção de mudança do modelo centrado na assistência médica individual e curativa para um modelo que contemple uma atenção integral do indivíduo, tendo por base a saúde coletiva. A implantação da estratégia de Saúde da Família tornou-se uma alternativa de reorganização da atenção básica e consequentemente, de reorientação do modelo assistencial (RIBEIRÃO PRETO, 2006)

Em outubro de 2000, o município é qualificado para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, tendo habilitadas inicialmente 5 equipes ligadas à Universidade de São Paulo

através de convênio entre Universidade de São Paulo, governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Desta forma, em 2001 foram implantados 5 Núcleos de Saúde da Família ligados à Universidade, e a partir de 2002 foram somados a esta rede pública de serviços de saúde outras equipes de Saúde da Família, tendo-se em 2006, portanto, um total de 23 equipes (5 ligadas à Universidade e 18 de responsabilidade exclusiva do município).

Distritos de Saúde	Equipes existentes
Distrito Central	1 equipe
Distrito Oeste	12 equipes
Distrito Norte	7 equipes
Distrito Leste	3 equipe
TOTAL	23

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SIAB – maio de 2006

Quadro 1 - Distribuição numérica das unidades/equipes de Saúde da Família na rede básica de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto, segundo distritos de saúde. Ribeirão Preto, maio de 2006

4.2. Local da pesquisa

O estudo foi realizado na área básica da Unidade Distrital Distrito Oeste - Sumarezinho (Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo) nas 4 Unidades de Saúde da Família.

O Distrito Oeste tem como sede o Centro de Saúde Escola “Dr. Joel Domingos Machado” da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CSE/FMRP), vinculado a Universidade de São Paulo-USP está localizado na região oeste do município de Ribeirão Preto. A assistência à saúde é prestada em 8 unidades vinculadas à Universidade de São Paulo: CSE Joel Domingos Machado, CSE-Ipiranga, CSE-Vila Tibério (que além da atividade básica, ainda dispõe de uma unidade de Saúde da Família), e 4 Núcleos de Saúde da Família (NSF), sendo o CSE Joel Domingos Machado, referência assistencial para 9 Unidades Básicas de Saúde do Distrito além das outras unidades vinculadas à Universidade.

O CSE-FMRP/USP é um prestador de serviços ao Sistema Único de Saúde, do tipo universitário, realizando atividades de assistência à saúde da população (através da Atenção Básica, Atenção Especializada e Pronto Atendimento), ensino e pesquisa. Suas especialidades básicas são de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia e seu funcionamento conta com plantões de 24 horas, somente para clínica médica e pediatria.

Diferentemente das outras UBDS do município, a população da área básica do CSE-FMRP/USP é coberta por equipes de Saúde da Família que se organizam em 4 Núcleos (NSF Branco, NSF Vermelho, NSF Azul e NSF Verde)⁵, sendo este o motivo principal pelo qual estes Núcleos foram selecionados para a realização desse estudo.

Em cada Núcleo de Saúde da Família, a equipe de saúde é composta por um médico, um enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde, segundo os critérios definidos pelo Ministério da Saúde. Estes Núcleos cobrem em seu conjunto uma população de cerca de 20.000 habitantes e além das atividades assistenciais, neles é desenvolvido o ensino para acadêmicos de enfermagem, medicina, odontologia, farmácia e outros cursos.

4.3. Os procedimentos para a coleta de dados: a técnica e o instrumento para coleta de dados, a definição da população do estudo e os sujeitos da pesquisa

Para a coleta de dados foi utilizada como técnica a entrevista semi-estruturada. A entrevista é uma estratégia onde intencionalmente o pesquisador obtém informações através das falas dos atores sociais. Minayo (1998, p.169) afirma que a entrevista é uma fonte de informação de dados relativos às “falas, idéias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento.”

⁵ É importante esclarecer que optamos em não identificar os Núcleos de Saúde da Família, por isso, utilizamos cores para denominá-los, evitando assim sua exposição quanto às informações obtidas nesse estudo.

De acordo com Triviños (1985), a entrevista semi-estruturada é uma das melhores maneiras de coletas de dados, pois o informante pode seguir a linha de pensamento e experiências dentro do foco apresentado pelo pesquisador, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa. A entrevista semi-estruturada permite ao pesquisador a descrição, explicação e a compreensão do tema investigado em sua totalidade.

Foi privilegiada a entrevista semi-estruturada, sendo realizada no domicílio em uma única etapa e gravada em fitas de áudio cassete. As entrevistas foram transcritas de forma a prevalecer todas as características de fala dos sujeitos entrevistados, e ouvidas pelo autor, para após proceder à ordenação dos dados.

As entrevistas foram realizadas pela autora e por uma entrevistadora que foi previamente treinada pela autora e orientadora desse estudo. As reuniões para treinamento foram realizadas antes e durante toda a coleta de dados discutindo o objetivo da pesquisa, cada questão do instrumento, técnicas para entrevistas e utilização do gravador.

Foram realizadas 4 entrevistas-piloto, para identificar a necessidade de reformular as perguntas e estimar o tempo de duração das entrevistas, sendo essas incluídas na amostra, posteriormente. Nesse processo, reformulamos a maneira de elaborar algumas questões, possibilitando uma linguagem mais clara para o entendimento do usuário e o tempo de duração ficou em torno de 20 a 25 minutos.

O instrumento da entrevista constou primeiramente de questões gerais, relativas à caracterização do respondente, tais como tempo de residência na área, número de pessoas na família, sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, se está trabalhando, renda familiar, condição da residência (casa própria, alugada, cedida, invadida), plano de saúde e frequência de utilização deste, utilização dos serviços públicos de saúde existentes no município, o motivo de procurar um serviço de saúde, se teve ao menos uma experiência de atendimento

administrativo⁶ ou de saúde na Unidade de Saúde da Família em no máximo seis meses antes da realização da entrevista, a frequência de utilização do NSF e o que mais utiliza no NSF.

A segunda parte do instrumento constou de questões relativas à satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade, sendo questões fechadas em forma de escalas (excelente, bom, regular, ruim, péssimo, não sei) e uma questão aberta (que funcionou como disparadora do aspecto que tratava a questão) após cada dimensão analítica. Utilizamos como dimensões analíticas: *infra-estrutura*, *acessibilidade*, *relação equipe-usuário*, *resolutividade* e, incluímos ainda um item de sugestões. Essas dimensões analíticas e alguns indicadores (dentro de cada dimensão utilizamos indicadores propostos em forma de questões) foram selecionados de acordo com o referencial teórico Donabedian e de acordo com a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS, realizada pelo Ministério da Saúde em 2006 (BRASSIL, 2006b). É importante justificar a utilização dessas dimensões analíticas e indicadores para construção do instrumento desse estudo, devido a falta de padronização entre os instrumentos dentro de um mesmo país, levando a dificuldade na comparação dos resultados de pesquisa (ESPERIDIAO, 2005).

O instrumento utilizado para a coleta de dados encontra-se em anexo (Apêndice A).

Em relação à dimensão analítica *infra-estrutura* foi utilizada nas questões fechadas indicadores como, *ambiente físico* (percepção visual, sonora, olfativa, limpeza, luminosidade, conforto), a *qualidade e quantidade dos equipamentos*, *disponibilidade de medicações*, *disponibilidade para coleta de exames na unidade*, *disponibilidade para realização de procedimentos na unidade* (aplicação de vacinas, curativo e medicações) e na questão aberta pedimos para descrever a infra-estrutura do NSF. Utilizamos como lembrete do que é importante saber sobre esta dimensão: o estado de conservação do NSF em relação à limpeza, pintura, mobília, conforto, organização, espaço físico (tamanho e disposição de salas), trânsito

⁶ Consideramos como experiência de atendimento administrativo, quando o usuário procurou a unidade como, por exemplo, para agendamento de consulta, orientações, preenchimento de guia ou prescrição médica.

interno, presença de rampas e escadas, acesso a deficientes como trânsito de cadeiras de rodas ou carrinhos de bebê, equipamentos, privacidade, disponibilidade de realizar procedimentos em geral, como, (vacina, administração de medicamentos, dispensação de medicações, coleta de exames) e espaços adequados para atendimentos.

Em relação à dimensão analítica ***acessibilidade*** foi utilizada nas questões fechadas indicadores como, *acesso à consulta agendada, acesso à consulta eventual, tempo de espera nas consultas agendadas, tempo de espera nas consultas eventuais, tempo gasto dentro do consultório, acesso a exames complementares, acesso a encaminhamentos, horário de funcionamento, distância da unidade à sua casa*. Na questão aberta pedimos para descrever como ele percebe o acesso a esses serviços oferecidos pelo núcleo e utilizamos como lembrete exemplificações nas três classificações definidas por Fekete (1997) acessibilidade geográfica, organizacional e sócio-cultural.

Em relação à dimensão analítica ***relação usuário-equipe de saúde*** foi utilizada nas questões fechadas indicadores como, *competência e qualidade técnica da equipe, atendimento por parte da recepção, atendimento por parte da equipe de enfermagem, atendimento médico, trabalho exercido pelas agentes comunitárias de saúde e explicações oferecidas pelos profissionais*. Na questão aberta pedimos para o respondente descrever como ele percebe o relacionamento existente entre a equipe de saúde e ele, como lembrete utilizamos cordialidade, gentileza, atenção, preocupação, demonstração de interesse e responsabilidade pelas queixas, respeito, vínculo, amizade, confiança e liberdade para expor seus problemas.

Em relação à dimensão analítica ***resolutividade*** fizemos apenas questões abertas abordando se ele consegue ter seu problema resolvido, pede para exemplificar, pergunta se indicaria o NSF para algum parente, amigo e pede pra explicar o por quê.

Pedimos para dar sugestões sobre o atendimento e outros serviços que gostaria que tivesse nos NSF. E finalmente, deixamos um espaço para observações e queixas caso o

respondente queira deixar registrado algo que não tenhamos abordado. Deixamos um espaço também para o entrevistador deixar observações feitas durante a entrevista.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2006, no período da manhã e tarde, sendo realizado o total de 173 entrevistas nos 4 NSF, porém excluimos 2 entrevistas do NSF Verde, devido um sujeito negar a gravação e outra perda, devido a um problema na fita cassete, finalizando com um total de 171 entrevistas analisadas.

O NSF Branco tinha no momento da coleta um total de 943 famílias, sendo realizado 47 entrevistas, representando 27,5% das 171 entrevistas, o NSF Vermelho tinha 877 famílias, sendo realizado 44 entrevistas (25,7%), o NSF Azul tinha 898 famílias, sendo realizado 45 entrevistas (26,3%) e o NSF Verde tinha 726 famílias, sendo realizado 35 entrevistas (20,5%)

Para efeitos da seleção dos sujeitos que participaram do estudo foi utilizada a lógica da amostragem por conglomerados, que segundo Silva, (1998) “quando elementos da população são reunidos em grupos e, por sua vez, alguns destes são sorteados para compor a amostra, este procedimento denomina-se amostragem por conglomerados.”

Foi considerado 5% do número de famílias de cada NSF, e a partir destes selecionados o número de entrevistas, proporcionalmente, para cada microárea de cada NSF. Por exemplo, o NSF Branco tinha, no momento da seleção, 943 famílias cadastradas, que 5% desse valor, correspondem a 47 entrevistas realizadas. Na microárea 1 deste NSF tinha 180 famílias, que representava 19,08% do total de famílias desse NSF, e que correspondia a 8,96 famílias nessa microárea, logo, sendo realizado 9 entrevistas na microárea 1. Observação foi aproximado para mais quando o número decimal apresentasse valor acima de 5 após a vírgula.

Foi utilizado para seleção o relatório “Relação de Famílias por Microárea” de cada NSF emitida pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e através deste selecionado a amostra aleatória realizando um sorteio entre as dezessete primeiras, depois as próximas foram escolhidas seguindo um intervalo de dezessete em dezessete, conforme a tabela desse relatório

contando de forma horizontal. Caso não houvesse ninguém no domicílio no momento da visita do entrevistador, haveria outra tentativa em período oposto a primeira e mesmo assim se não encontrasse ninguém, esta seria excluída. Assim, seria selecionada a família anterior na tabela e em seguida a posterior, até conseguir realizar a entrevista. Após a seleção do número da família o entrevistador buscava no prontuário da família o endereço desse domicílio.

As entrevistas iniciaram-se pelo NSF Verde, após término de todas as entrevistas desse núcleo, foram para o NSF Azul, em seguida o NSF Vermelho e, por último, o NSF Branco.

Foram sujeitos da pesquisa indivíduos cadastrados e usuários dos Núcleos de Saúde da Família, sendo considerado um respondente por domicílio pertencente à área de atuação dos NSF. Como critério de inclusão dos sujeitos à pesquisa consideramos: 1) indivíduos maiores de 18 anos que estivessem no domicílio, de preferência o responsável pelo domicílio, quando da realização da entrevista, 2) ter tido ao menos uma experiência de atendimento administrativo ou de saúde na unidade de Saúde da Família, em no máximo, seis meses antes da realização da entrevista, garantindo assim a possibilidade de entrevistar não somente os cadastrados, mas os usuários do serviço, ou que pelo menos tenha tido um contato recente.

Como critério de exclusão dos sujeitos e domicílios/família foram: 1) os domicílios que estivessem fechados por motivos de mudança, ou falecimentos, 2) os domicílios vazios na hora da visita, nesse caso foi realizado até duas tentativas de visitas pelo entrevistador em cada domicílio em períodos opostos, e se ainda assim nenhum morador estava presente a família foi excluída, 3) o sujeito que se recusasse participar do estudo, porém, não houve recusa 4) sujeitos que não apresentasse condições para serem entrevistados, como por exemplo, algum problema de saúde mental identificado pelo entrevistador em campo, sendo que, não foi encontrado ninguém nessa condição.

4.4. Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas e aprovadas pelas normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, cabendo ainda ressaltar que há o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, principalmente junto às instituições envolvidas, uma vez que se espera contribuir para a organização e planejamento de ações de saúde no âmbito do território dessas unidades em questão.

Em anexo, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (ANEXO A).

4.5. Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos e qualitativos é discutida simultaneamente, de forma que se complementam.

Os dados quantitativos obtidos nas entrevistas foram digitados em banco de dados no programa Excell, por duas vezes, com intervalo entre as digitações para minimização de erros. A seguir foi realizada a validação do banco de dados e efetuada a correção dos erros de digitação, e por último, realizamos o cruzamento desses dados com auxílio do software Stistical Package for Social Science (SPSS) na versão 14.0 for Windows, possibilitando a dinamização da organização dos dados e alguns cálculos estatísticos (desvio padrão, média e mediana). Foi utilizada a estatística descritiva, apresentando os dados em tabelas na discussão dos resultados.

Os dados qualitativos obtidos por meio das falas dos usuários nas entrevistas foram analisados sob a análise de conteúdo, segundo a vertente temática. Foi analisado o material oriundo de apenas dois NSF, sendo escolhidos o NSF Azul e o NSF Verde, devido à homogeneidade e similaridade da área de abrangência desses dois NSF. Outro motivo que

levou a optar por isso foi o extenso número de dados obtidos e o tempo curto de realização do mestrado.

Assim, para análise dos dados qualitativos foi utilizado a análise temática que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 1998, p. 209).

Segundo Bardin (1995), a análise temática considera três etapas:

1- A *pré-análise*: é a fase de organização dos dados, onde é feita a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, levando em consideração os objetivos iniciais da pesquisa, no caso do presente estudo foi selecionado o NSF Verde e o NSF Azul. Prosseguindo, é feita a leitura flutuante do material coletado, na tentativa de se constituir o *corpus*, ou seja, a busca da organização do material, de forma a responder a determinadas formas de validade, a saber: exaustividade (contemplando todos os aspectos contidos no roteiro); representatividade (a representação do universo); homogeneidade (que sejam obedecidos os critérios de escolha em relação a temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos que forem analisados devem adequar-se aos objetivos do trabalho).

2 – *Exploração do material*: refere-se à exploração do material empírico com a realização da codificação dos dados, sendo que em primeiro lugar faz-se o recorte do texto, nas denominadas unidades de registro. Em segundo lugar, é feita a escolha das regras de contagem, ou separação dos recortes, considerando-se as convergências, divergências e o inusitado presente nestes recortes; em terceiro lugar, realizam-se a classificação e agregação dos dados, que no caso deste estudo foram agregados em temas.

3 – *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: nesta etapa busca-se a consolidação das convergências, divergências e o inusitado dos dados, de modo a analisar os achados à luz do quadro teórico.

Na exploração do material os dados foram organizados em tabelas, inicialmente divididas por dimensões analíticas, após a leitura vertical de cada entrevista e horizontal do conjunto das entrevistas foram realizados os recortes, e através de uma leitura exaustiva, identificamos sete núcleos de sentido:

- Tempo de espera depende da condição de saúde, limite de espera, fluxo da rede (referência e contra-referência), a urgência, a expectativa define o tempo de espera, a percepção das pessoas sobre a forma como se dá a priorização do atendimento, tempo para obter a consulta médica agendada e eventual, especializada, encaminhamentos;

- Facilidades e dificuldades quanto ao horário de funcionamento das unidades de saúde, necessidade de estender o horário de atendimento, obtenção de consultas agendadas e eventuais;

- Acessibilidade geográfica fácil, distância curta, relativa à condição de saúde, é perto mas demora o atendimento;

- A acessibilidade organizacional, não realização de procedimentos (coleta de exames, curativo, inalação, vacinação, excisão de sutura simples), dispensação de medicação;

- Ambiência aspectos positivos e negativos, limpeza, condições de infra estrutura do prédio, mobília, sala de espera;

- A qualidade do atendimento abrangendo a competência e qualidade técnica da equipe de saúde, confiança no serviço, resolutividade do serviço, a qualidade e quantidade dos equipamentos existentes, o tempo dentro do consultório, bom porque “especula bem”, tempo alto no consultório não significa necessariamente qualidade, baixa qualidade porque não tem acesso a exames, outros serviços diferenciados na Saúde da Família;

- Relação equipe-usuário, a interação existente entre equipe de saúde e os usuários, relações de cuidado, quanto a prática comunicativa, (o acolhimento, a escuta qualificada, diálogo, vínculo, longitudinalidade, atenção, afeto), a ambiência e os recursos existentes nessas unidades.

Finalmente, no processo de aproximação e reaproximação com o material foram identificados três grandes temas constituídos dessa maneira:

- Acesso e acessibilidade nos Núcleos de Saúde da Família;
- Humanização da assistência na Saúde da Família – os detalhes que fazem a diferença na produção do cuidado em saúde;
- A busca por qualidade da atenção

Apresentam-se os resultados e discussão nos próximos capítulos: Os sujeitos do estudo: caracterização demográfica, socioeconômica e de utilização dos serviços de saúde; Acesso e acessibilidade nos Núcleos de Saúde da Família; Humanização da assistência na Saúde da Família – os detalhes que fazem a diferença na produção do cuidado em saúde; A busca por qualidade da atenção.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, buscaremos apresentar e discutir os resultados, trazendo num primeiro momento a identificação dos sujeitos do estudo, assim como a análise dos três temas identificados: Acesso e acessibilidade nos Núcleos de Saúde da Família; Humanização da assistência na Saúde da Família – os detalhes que fazem a diferença na produção do cuidado em saúde; A busca por qualidade da atenção.

5.1. Os sujeitos do estudo: caracterização demográfica, socioeconômica e de utilização dos serviços de saúde

A caracterização geral dos usuários sujeitos do estudo foi elaborada a partir das variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de residência na área, número de pessoas na família, ocupação, renda familiar, tipo de apropriação da residência, se possui plano de saúde e frequência de utilização deste. Ainda, foram analisadas as variáveis relativas a utilização dos serviços pelos usuários, considerando-se as variáveis: utilização dos serviços públicos de saúde existentes no município, motivo de procura a um serviço de saúde, experiência de atendimento administrativo ou de saúde no NSF em no máximo seis meses antes da realização da entrevista, frequência na utilização do NSF e serviços mais utilizados no NSF.

Observando a Tabela 1 verifica-se que 150 (87,7%) dos usuários são do sexo feminino e 21 (12,3%) do sexo masculino.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo sexo e idade. Ribeirão Preto/SP, 2006

Variável	Masculino										Feminino									
	Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total		Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total	
NSF	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Idade																				
18 – 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	25,6	7	20,0	6	14,6	10	32,3	34	22,7
31 – 40	1	25,0	1	11,1	1	25,0	-	-	3	14,3	2	4,7	3	8,6	4	9,8	5	16,1	14	9,3
41 – 50	2	50,0	1	11,1	-	-	1	25,0	4	19,0	7	16,3	7	20,0	10	24,4	3	9,7	27	18,0
51 – 59	-	-	4	44,4	1	25,0	1	25,0	6	28,6	12	27,9	4	11,4	8	19,5	6	19,4	30	20,0
60 +	1	25,0	3	33,3	2	50,0	2	50,0	8	38,1	11	25,6	14	40,0	13	31,7	7	22,6	45	30,0
TOTAL	4	19,0	9	42,9	4	19,0	4	19,0	21	100	43	28,7	35	23,3	41	27,3	31	20,7	150	100

Rosa (2006) em sua pesquisa sobre acolhimento e resolutividade em uma equipe de Saúde da Família realizada em Porto Alegre, por meio de questionários aplicados no domicílio também obteve uma população constituída por 86% de mulheres. Já esperávamos o predomínio de mulheres devido, historicamente, a mulher exercer o papel de cuidadora da família, sendo mais facilmente encontrada no domicílio, onde ocorreu a coleta de dados desses estudos.

Quando verificamos a distribuição geral por idade, observamos que as faixas etárias predominantes foram mais de 60 anos com 53 (31,0%) pessoas, seguida por 51 a 59 anos com 36 (21,1%) pessoas, de 18 a 30 anos com 34 (19,9%) pessoas. Pela Tabela 1, quando verificada a distribuição da idade por sexo, verificamos que para o sexo masculino, as faixas etárias de maiores de 60 anos (38,1%) e de 51 a 59 anos (28,6) foram as mais predominantes, enquanto que para o sexo feminino, as faixas etárias mais freqüentes foram a de maiores de 60 anos (30%) e de 18 a 30 anos (22,7%).

A média de idade dos entrevistados foi de 49,92, sendo a idade mínima 18 anos, a máxima, 88 anos, o desvio padrão de 17,546 e a mediana 52,00. Observa-se que a mediana e a média de idade são valores próximos indicando que não sofreu grandes variações de idade.

O NSF Vermelho foi o núcleo com maior percentual de idosos, com 17 (32,1%) dos entrevistados acima de 60 anos, seguido do NSF Azul com 15 (28,3%) dos entrevistados, o NSF Branco com 12 (22,6%) pessoas e o NSF Verde com 9 (17,0%).

O NSF Branco foi o que teve a maioria da população jovem entrevistada, de 18 a 30 anos, com 11 (32,4%) dos entrevistados, seguido pelo NSF Verde com 10 (29,4%), o NSF Vermelho com 7 pessoas (20,6%) e o NSF Azul com 6 (17,6%).

Em relação ao estado civil da amostra 92 (53,8%) dos entrevistados eram casados, 27 (15,8%) viúvos, 26 (15,2%) solteiros, 18 (10,5%) divorciados e 8 (4,7%) amasiados.

Em relação à média do tempo de residência na área foi de 15,41 anos, sendo o tempo mínimo de 2 meses, o máximo, de 88 anos, o desvio padrão de 13,71 e a mediana de 12 anos.

Na Tabela 2 temos a distribuição do tempo de residência dos usuários entrevistados por NSF.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo tempo de residência. Ribeirão Preto/SP, 2006

Tempo de residência	NSF		Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	N°	%	n°	%
Menos de 1 ano	2	4,3	2	4,5	3	6,7	2	5,7	9	5,3		
1 a 5 anos	14	29,8	13	29,5	11	24,4	14	40,0	52	30,4		
6 a 10 anos	8	17,0	5	11,4	7	15,6	1	2,9	21	12,3		
11 a 15 anos	1	2,1	3	6,8	2	4,4	10	28,6	16	9,4		
16 a 20 anos	8	17,0	2	4,5	8	17,8	3	8,6	21	12,3		
21 a 25 anos	2	4,3	3	6,8	6	13,3	2	5,7	13	7,6		
26 a 30 anos	5	10,6	3	6,8	6	13,3	3	8,6	17	9,9		
Mais de 30 anos	7	14,9	13	29,5	2	4,4	-	-	22	12,9		
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100		

A maioria (30,4%) dos sujeitos da pesquisa vivem na área entre 1 a 5 anos, 9 (5,3%) pessoas vivem na área a menos de 1 ano e 22 (12,9%) a mais de 30 anos, sendo que estas se concentram na área do NSF Vermelho, onde também apresentou maior número de idosos. Destaca-se que no NSF Verde a maioria da população que se constituiu amostra desta pesquisa se concentrou com o tempo de residência menor de 15 anos e foi o único dos NSF que não apresentou nenhum sujeito com mais de 30 anos na área, cabendo ressaltar que esta é uma área que concentra grande número de jovens famílias, de crianças e adolescentes⁷.

O número de pessoas que vivem em cada família variou de 1 a 11 pessoas, sendo que predominou 3 pessoas em 43 (25,1%) dos entrevistados.

Na Tabela 3 podemos observar o percentual de usuários que estavam ou não trabalhando na data da coleta de dados.

⁷ Segundo dados de caracterização da área de abrangência do NSF Verde, obtidos junto ao Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo sua inserção no trabalho por Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

Inserção no trabalho	NSF		Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
SIM	10	21,3	10	22,7	5	11,1	7	20,0	32	18,7		
NÃO	37	78,7	34	77,3	40	88,9	28	80,0	139	81,3		
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100		

Verifica-se que a maioria 139 (81,3%) dos usuários participantes desta investigação não estava trabalhando, desses a maioria se encontrava na área do NSF Azul que corresponde a 18,8% do total. Vale ressaltar que este núcleo contém uma extensa área de favela.

Quanto ao nível de escolaridade dos sujeitos obtivemos 86 (50,3%) pessoas com ensino fundamental incompleto, seguido de 32 (18,7%) com ensino médio completo, 25 (14,6%) com ensino fundamental completo, 13 (7,6%) com ensino médio incompleto, 5 (2,9%) analfabetas, 5 (2,9%) com ensino superior completo, 4 (2,3%) com ensino superior incompleto e apenas 1 (0,6) com pós graduação, conforme podemos observar na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo inserção no trabalho e escolaridade. Ribeirão Preto/SP, 2006

Inserção no trabalho	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	nº	%	nº	%
Escolaridade						
Analfabeto	1	20,0	4	80,0	5	2,9
Ensino fundamental incompleto	15	17,4	71	82,6	86	50,3
Ensino fundamental completo	4	16,0	21	84,0	25	14,6
Ensino médio incompleto	2	15,4	11	84,6	13	7,6
Ensino médio completo	8	25,0	24	75,0	32	18,7
Ensino superior incompleto	1	25,0	3	75,0	4	2,3
Ensino superior completo	1	20,0	4	80,0	5	2,9
Pós graduação incompleto	-	-	-	-	-	-
Pós graduação completo	-	-	1	100,0	1	0,6
TOTAL	32	18,7	139	81,3	171	100,0

Dos que tem ensino médio completo até os que têm pós-graduação temos no total 42 usuários, sendo que desses somente 10 usuários (23,8%) estavam trabalhando. Dos analfabetos aos que tem até ensino médio incompleto temos 129 usuários e desses 22 (17,0%)

estavam trabalhando. Destaca que dos 5 analfabetos, apenas 1 estava trabalhando e também que dos 6 com ensino superior completo e pós graduação apenas 1 usuário estava trabalhando.

Quanto a ocupação de todos os entrevistados, apenas 122 usuários responderam, sendo a maioria 44 (25,7%) donas de casa, seguido de 37 (21,6%) aposentados, 7 (4,1%) que possuem trabalho informal (como artesanato, fazer biscoito e doces pra fora), 6 (3,5%) domésticas, 6 (3,5%) referiram estar afastado do trabalho, 4 (2,3%) de serviços gerais, 4 (2,3%) comerciantes, 3 (1,8%) costureiras, 2 (1,2%) pintores, 2 (1,2%) pensionistas, 2 (1,2%) desempregados e o restante 1 segurança, 1 estudante, 1 auxiliar de enfermagem, 1 professor e 1 manicure.

Em relação à renda mensal familiar dos sujeitos desse estudo podemos analisar abaixo a diferença entre as áreas dos NSF.

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo renda mensal familiar. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Renda mensal familiar										
Nenhuma	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	3	1,8
Menos de R\$ 350,00	2	9,5	3	14,3	13	61,9	3	14,3	21	12,3
R\$ 350,00 à R\$ 699,00	6	17,6	12	35,3	7	20,6	9	26,5	34	19,9
R\$ 700,00 à R\$1049,00	18	40,9	7	15,9	10	22,7	9	20,5	44	25,7
R\$ 1050,00 à R\$ 1399,00	7	35,0	6	30,0	4	20,0	3	15,0	20	11,7
R\$ 1400,00 à R\$ 1749,00	8	38,1	5	23,8	4	19,0	4	19,0	21	12,3
R\$ 1750,00 à R\$ 3499,00	2	10,2	6	31,6	4	21,1	7	36,8	19	11,1
Mais de R\$ 3500,00	4	50,0	3	37,5	1	12,5	-	-	8	4,7
Não respondeu	-	-	1	100	-	-	-	-	1	0,6
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

A maioria (25,7%) dos sujeitos da pesquisa apresentava uma renda entre 2 a 3 salários mínimos, desses a maioria se encontrava na área do NSF Branco, em seguida a concentração de renda foi entre 1 a 2 salários mínimos com 19,9% dos sujeitos. Destaca se que 3 pessoas referiram não ter renda familiar, uma do NSF Vermelho e duas do NSF Azul, lembrando que este último núcleo foi o que apresentou maior número de sujeitos desempregados.

Percebe-se que o NSF Azul foi o que concentrou maior número de pessoas com renda mensal familiar abaixo de 3 salários mínimos, 71,1% dos sujeitos da sua área de abrangência, seguido pelo NSF Verde com 60% dos sujeitos. Já o NSF Branco e o NSF Vermelho foram onde concentrou as maiores rendas mensais, 8,5% do NSF Branco e 6,8% do NSF Vermelho tem uma renda com mais de 10 salários mínimos.

Em relação ao tipo de apropriação da residência perguntamos quanto à casa própria, cedida, alugada ou invadida, cuja distribuição entre os sujeitos da pesquisa podemos observar na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo tipo de apropriação da residência. Ribeirão Preto/SP, 2006

Tipo de apropriação da residência	NSF		Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Casa própria	33	70,2	33	75,0	34	75,6	28	80,0	128	74,9		
Casa cedida	1	2,1	-	-	-	-	1	2,9	2	1,2		
Casa alugada	13	27,7	11	25,0	11	24,4	6	17,1	41	24,0		
Casa invadida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100		

Podemos observar que a maioria dos sujeitos (74,9%) apresentava casa própria, concentrando-se no NSF Vermelho⁸ com 26,6% do total dos que possuíam casa própria, seguido da casa alugada com 24,0% dos entrevistados, concentrando no NSF Branco com 31,7% do total dos que possuíam casa alugada. Destacamos apenas 2 pessoas com casa cedida, 1 no NSF Branco e 1 no NSF Verde. Nenhum dos sujeitos da investigação relatou viver em casa invadida.

A Tabela 7 abaixo mostra quais usuários possuíam plano de saúde distribuído por NSF.

⁸ Segundo dados de caracterização da área de abrangência dos NSF, o NSF Branco e Vermelho são aqueles que apresentam melhores condições de habitação, saneamento, obtidos junto ao Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo quem possui plano de saúde. Ribeirão Preto/SP, 2006

Possui plano de saúde	NSF		Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SIM	15	31,9	10	22,7	9	20,0	10	28,6	44	25,7		
NÃO	32	68,1	34	77,3	36	80,0	25	71,4	127	74,3		
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100		

Dos 171 entrevistados, apenas 25,7% possuem plano de saúde, desses a maioria se concentram na área do NSF Branco com 34,1% do total dos sujeitos que possuíam plano de saúde. A maioria dos que não possui plano de saúde se encontram na área do NSF Azul com 36 (28,3%) do total dos que não possui plano, lembrando que este foi o NSF que obteve maior número de pessoas com menores rendas mensais e maior número de pessoas que não estavam trabalhando.

Os planos de saúde mais citados foram São Francisco com 17 (9,9%), seguido por: Unimed com 10 (5,8%), Sasson⁹ com 4 (2,3%), Medirp com 2 (1,2%) e outros com 10 (5,8%). Apenas uma pessoa (0,6%) referiu plano odontológico.

O número de pessoas cobertas na família com plano de saúde foram a maioria 21 (12,3%) com duas pessoas na família, seguido de 14 (8,2%) com apenas 1 pessoa na casa coberta pelo plano. Portanto, a maioria dos que tem plano de saúde, este cobre apenas 1 a 2 pessoas da família, aumentando a necessidade da utilização de serviço público por essa população.

A frequência de utilização do plano de saúde predominou em 24 (14,0%) dos sujeitos anualmente, 9 (5,3%) mensalmente, 2 (1,2%) trimestralmente e 9 (5,3%) não responderam talvez por não conseguirem quantificar, sendo que um desses explicou ser raramente.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do País. Destes, 29 milhões (75%) estão vinculados aos planos de saúde

⁹ Caixa de Previdência dos servidores públicos municipais.

privados (operadoras comerciais e empresas com plano de auto-gestão) e 9,7 milhões (25%) estão vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar (IBGE, 2000).

Todos os sujeitos da amostra responderam utilizar algum serviço público de saúde do município, sendo que 100% utilizam o NSF. As outras unidades de saúde também citadas foram 102 (59,6%) o Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP¹⁰, 29 (17,0%) o Hospital das Clínicas FMRP-USP, 7 (4,1%) o Núcleo de Gestão Assistencial (um Ambulatório Regional de Especialidades) e 6 (3,5%) referiram outros serviços públicos, como Pronto Socorro Central, Hospital Santa Casa, Hospital Beneficência Portuguesa, conforme podemos observar pela Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo o serviço público mais utilizado. Ribeirão Preto/SP, 2006

Serviço público mais utilizado	NSF		Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	nº	%	Nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
NSF	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100		
CSE	30	63,8	19	43,2	29	64,4	24	68,6	102	59,6		
NGA	2	4,3	3	6,8	2	4,4	-	-	7	4,1		
HC	9	19,1	8	18,2	6	13,3	6	17,1	29	17,0		
Outros	1	2,1	2	4,5	2	4,4	1	2,9	6	3,5		

* As categorias não são mutuamente exclusivas

Observamos na Tabela 8 que dos 102 (59,6%) citações de utilização do CSE-FMRP-USP, a maioria desses se encontra no NSF Branco com 29,4% e no NSF Azul com 28,4% do total dessas citações.

Os que referiram também utilizar o HC FMRP-USP, 29 (17,0%) de citações nesse serviço terciário, a maioria dessas também se concentraram no NSF Branco com 31,0% desse total.

Com relação a pergunta “O que leva você a procurar um serviço de saúde?” os motivos variaram entre consultas médicas (consideramos aquelas referidas como “consulta”, “consulta rotina”, “consulta agendada”), consulta especializada ou encaminhamentos (quando o usuário

¹⁰ Cabe lembrar que este serviço é a unidade de referência distrital e de urgência e emergência para a área dos NSF.

referia uma especialidade médica ou para obter algum encaminhamento), odontologia, realização de exames, queixas (consideramos quando o sujeito relatou o motivo ser alguma morbidade referida), dispensação de medicação, prevenção de doenças (insere relatos como, “prevenção”, controle de pressão arterial, controle de glicemia), receber orientações, outros motivos (insere relatos como, “somente necessidade”, “necessidade extrema”, “falta de convênio”). Podemos observar a frequência de citações na Tabela 9 abaixo.

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo motivo que os leva a procurar um serviço de saúde. Ribeirão Preto/SP, 2006

Motivo da procura	NSF		Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Consulta médica	34	72,3	21	47,7	30	66,7	29	82,9	114	66,7		
Consulta especial./Encam.	-	-	3	6,8	1	2,2	2	5,7	6	3,5		
Odontologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Realização de exames	-	-	4	9,1	-	-	2	5,7	6	3,5		
Queixas	22	46,8	25	56,8	17	37,8	16	45,7	80	46,8		
Dispensação de medicação	2	4,3	3	6,8	1	2,2	-	-	6	3,5		
Prevenção	2	4,3	1	2,3	4	8,9	4	11,4	11	6,43		
Receber orientações	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	0,6		
Outros motivos	-	-	2	4,5	2	4,4	1	2,9	5	2,9		

* As categorias não são mutuamente exclusivas

Observamos que a maioria das pessoas citou procurar um serviço de saúde devido consulta médica (66,7%), em seguida temos como motivo uma morbidade referida (46,8%), o que provavelmente levaria a uma consulta eventual no serviço de saúde. Destacamos que apenas 1 pessoa disse procurar o serviço de saúde para receber alguma orientação e nenhuma citou procurar por consultas odontológicas.

Segundo Ribeiro et al. (2006), o padrão de utilização dos serviços de saúde pelos usuários do SUS foi o uso quase que exclusivo da rede pública para procura por consultas para atendimentos preventivos ou por motivo de doença.

Sendo um dos critérios para inserção de sujeitos nessa pesquisa ter tido ao menos uma experiência de atendimento administrativo ou de saúde na unidade de Saúde da Família, em no máximo, seis meses antes da realização da entrevista na pesquisa obtemos então 100% dos sujeitos

entrevistados com algum tipo de atendimento nesse período. Podemos observar na Tabela 10, o motivo citado pelos entrevistados nessa última vez que procurou o atendimento no NSF.

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo o último tipo de atendimento realizado nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

	NSF		Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Último tipo de atendimento	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Consulta médica	36	76,6	31	70,5	22	48,9	23	65,7	112	65,5		
Consulta especial./Encam.	-	-	-	-	1	2,2	2	5,7	3	1,8		
Odontologia	-	-	1	2,3	-	-	-	-	1	0,6		
Realização de exames	4	8,5	2	4,5	9	20,0	7	20,0	22	12,9		
Queixas	6	12,8	11	25,0	13	28,9	9	25,7	39	22,8		
Dispensação de medicação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Prevenção	5	10,6	3	6,8	7	15,6	6	17,2	21	12,3		
Receber orientações	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Outros motivos	1	2,1	1	2,3	1	2,2	1	2,9	4	2,3		

* As categorias não são mutuamente exclusivas

Na Tabela 10, observamos que a maioria (65,5%) das citações foi consulta médica, lembrando que essas consultas foram aquelas referidas como “consulta”, “consulta rotina”, “consulta agendada”, ou seja, a demanda programada da unidade de saúde. Das 112 (65,5%) citações da demanda programada a maioria se concentrava no NSF Branco.

Na seqüência, observamos a demanda eventual com 22,8% dos sujeitos citaram ter buscado o NSF devido uma queixa aguda. Do total dessas citações a maioria se concentrava no NSF Azul.

Destacamos que o número de citações sobre realização de exames e atendimentos preventivos (como na maioria citado controle de pressão arterial) no último atendimento no NSF foi maior do que quando perguntado o motivo que leva a procurar um serviço de saúde. Talvez seja porque os usuários quando pensam na busca de um serviço de saúde pensam imediatamente por motivo de doença, sendo que com a implantação dos NSF tenha potencializado o acompanhamento desses indivíduos e as ações de prevenção.

Apenas 1 pessoa relatou o seu último atendimento no NSF ser devido a tratamento dentário e este usuário encontrava-se no NSF Vermelho.

A consulta especializada ou algum encaminhamento no último atendimento no NSF foi citado por 3 pessoas, estes foram um encaminhamento para oftalmologista, um encaminhamento para realização de RX e um encaminhamento para cirurgia de emergência.

Não houve nenhum relato sobre a busca por orientações e nem por dispensação de medicação, já que este último não é realizado nos NSF. Temos na Tabela 11 a frequência de utilização dos NSF.

Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a frequência de utilização dos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

Frequência de utilização	NSF		Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Semanalmente	-	-	-	-	2	4,4	2	5,7	4	2,3		
Quinzenalmente	-	-	1	2,3	-	-	1	2,9	2	1,2		
Mensalmente	9	19,1	20	45,5	23	51,1	15	42,9	67	39,2		
Trimestralmente	8	17,0	2	4,5	3	6,7	1	2,9	14	8,2		
Semestralmente	1	2,1	-	-	-	-	2	5,7	3	1,8		
Anualmente	27	57,4	19	43,2	13	28,9	11	31,4	70	40,9		
Outros	2	4,3	2	4,5	4	8,9	3	8,6	11	6,4		
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100		

Observamos que houve uma grande proximidade do percentual dos usuários que responderam utilizar o NSF mensalmente (39,2%) e anualmente (40,9%). Além disso, temos que 4 pessoas (2,3%) utilizando semanalmente e 2 (1,2%) quinzenalmente. Diferente da frequência de utilização dos planos de saúde que se concentrou em anualmente, trimestralmente e outros (aqueles que não conseguiram quantificar, sendo que um desses explicou ser raramente) e ninguém relatou semanalmente ou quinzenalmente. Reforçando a maior possibilidade de acompanhamento que se tem com os NSF.

Dos que referiram utilizar o NSF mensalmente (39,2%) a maioria se concentrou no NSF Azul, sendo que este obteve 2 pessoas que utilizam semanalmente. Do total dos que utilizam o NSF anualmente 70 (40,9%) a maioria se concentrou no NSF Branco com 38,6%, sendo que este obteve 8 pessoas que utilizam trimestralmente e 1 semestralmente.

É importante dizer que dos 11 sujeitos que responderam *outros* na frequência de utilização dos NSF a maioria não especificou qual seria o período de utilização, alguns disseram “raramente só quando dor”.

Analisando a questão “os serviços que mais utilizam no NSF” e tendo como itens consulta médica agendada, consulta médica eventual, consulta de enfermagem, procedimentos em geral (como por exemplo, controle de PA, glicosimetria, curativo, medicações), atividades em grupos educativos ou de convivência, visita domiciliar ou outros (tendo um campo para especificar), temos a frequência na Tabela 12 abaixo. Lembrando que o usuário poderia responder mais de um item.

Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo os serviços que mais utilizam nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Serviços que mais utilizam										
Consulta médica agendada	47	100	41	93,2	36	80,0	30	85,7	154	90,1
Consulta médica eventual	2	4,3	9	20,5	5	11,1	4	11,4	20	11,7
Consulta de enfermagem	1	2,1	-	-	1	2,2	1	2,9	3	1,8
Procedimentos em geral	18	38,3	15	34,1	20	44,4	10	28,6	63	36,8
Atividades em grupos	7	14,9	1	2,3	-	-	-	-	8	4,7
Visita domiciliar	-	-	2	4,5	-	-	-	-	2	1,2
Outros motivos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* As categorias não são mutuamente exclusivas

Observamos que os serviços que mais utilizam nos NSF são as consultas médicas agendadas com 154 (90,1%) de citações, sendo que dessas 100% dos usuários do NSF Branco respondeu utilizar este tipo de atendimento. Na sequência temos 63 (36,8%) de citações em uso de procedimentos em geral, sendo que a maioria citou o controle de pressão arterial.

Das consultas eventuais tivemos 20 (11,7%) de citações, sendo que a maioria está presente no NSF Vermelho, representando do total das 20 que responderam o percentual de 45,0%.

Apenas 3 pessoas disseram utilizar consultas de enfermagem, estas estavam distribuídas entre o NSF Branco, NSF Azul e o NSF Verde. Apenas 8 (4,7%) pessoas citaram utilizar atividades educativas, sendo que dessas citações, 7 (87,5%) se concentraram no NSF Branco.

É interessante notar que apenas 2 pessoas do NSF Vermelho citaram utilizar visita domiciliar, sendo que este serviço é oferecido a 100% da população adscrita pelos NSF e realizada mensalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Não houve nenhuma citação de utilização de outros serviços além desses selecionados e ninguém deixou de responder essa questão.

Uma vez realizada a caracterização dos sujeitos da pesquisa, passamos agora a apresentar os temas que emergiram da análise do material.

5.2. Acesso e acessibilidade nos Núcleos de Saúde da Família

Na análise do material, identificamos nas narrativas dos usuários o tema **acesso**, abrangendo acessibilidade geográfica, organizacional e cultural, assim como as facilidades e as dificuldades quanto ao horário de funcionamento das unidades de saúde, obtenção de consultas agendadas e eventuais¹¹, tempo de espera e possibilidades de encaminhamentos (sistema de referência e contra referência).

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196, tem-se a definição da saúde como um direito de todos e dever do Estado, “garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 133). O princípio do SUS que garante o acesso aos serviços de saúde é o da universalidade que traz em seu conceito o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1999, p.9).

Pinheiro et al. (2002), apoiados em diferentes autores afirmam que o conceito de *acesso* aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de

¹¹ Estamos definindo consultas eventuais, como as consultas médicas não programadas (agendadas) para problemas que requerem ação imediata na avaliação do profissional de saúde ou do usuário.

saúde e da conversão destas em demanda, e destas em uso. Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso.

Segundo Travassos, Oliveira e Viacava (2006), acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. Acesso expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso.

Segundo Fekete (1997), a acessibilidade restringe-se ao processo de buscar e receber a assistência de saúde. Assim como a disponibilidade (presença de recursos e sua capacidade para produzir serviços) representa um extremo do processo de busca, outro extremo seria a obtenção da assistência, através da utilização (consumo real dos serviços).

Segundo Starfield (2002, p.482), a avaliação da atenção primária à saúde abarca aspectos exclusivos da atenção primária (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação). *A atenção ao primeiro contato* refere-se a características de acessibilidade das unidades, como por exemplo, o horário de disponibilidade, a facilidade do transporte coletivo, instalações para portadores de deficiências, possibilidade para marcação de consultas e tempo de espera pela mesma, ausência de barreiras lingüísticas e outras culturais.

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde necessário para se atingir à atenção ao primeiro contato. Starfield (2002, p.225) aponta que é o elemento estrutural e necessário para a primeira atenção, sendo que para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível.

A idéia de porta de entrada refere-se a um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso, sendo isso inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção -primário, secundário, terciário (STARFIELD, 2002, p. 208).

A acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica (FEKETE, 1997).

A **acessibilidade geográfica** deve ser medida considerando-se o tempo que o sujeito consome para obter a assistência à saúde, através de meios de transporte. Além disso, deve se considerar não somente a distância entre a população e os recursos, mas também as características físicas do território que podem impedir ou dificultar o acesso à população. Ressalta também, que a existência de alta acessibilidade geográfica não garante a possibilidade de utilização dos recursos por parte da população. Isto ocorre, devido a interferências de outros elementos que fazem com que a população não utilize dos serviços de saúde mais próximos de seu local de moradia, como credibilidade do serviço, preferência por médicos, existência de terceiro turno, e outros (FEKETE, 1997).

Ao serem questionados acerca da acessibilidade, podemos verificar uma significativa expressão de satisfação entre os usuários de todos os NSF investigados em relação à acessibilidade geográfica, conforme pode ser verificado na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e a distância do Núcleo de Saúde da Família à casa dos sujeitos. Ribeirão Preto, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Escala	Nº	%	nº	%	Nº	%	nº	%	nº	%
Excelente	11	23,4	13	29,5	16	35,6	12	34,3	52	30,4
Bom	31	66,0	25	56,8	29	64,4	23	65,7	108	63,2
Regular	5	10,6	4	9,1	-	-	-	-	9	5,3
Ruim	-	-	1	2,3	-	-	-	-	1	0,6
Péssimo	-	-	1	2,3	-	-	-	-	1	0,6
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Na Tabela 13 podemos observar que a classificação dos usuários dos quatro serviços investigados, se concentrou entre o excelente e bom com 93,6%, principalmente quando se considera os NSF Azul e Verde. Apenas 6,5% dos usuários classificaram como regular, ruim ou péssimo, sendo que para o NSF Vermelho se concentra o maior percentual de respostas (13,7%). Este percentual pode estar relacionado com outras variáveis além da distância, como aquelas que envolvam seu processo saúde doença, sua percepção e necessidade de saúde ou suas expectativas e experiências anteriores. É importante mais uma vez ressaltar, que esses usuários que classificaram como regular, ruim ou péssimo, não faziam parte das duas unidades de saúde selecionadas para entrevista aberta, por isso, a impossibilidade de buscar os motivos e se aprofundar com as narrativas.

Quando analisado o material empírico oriundo das entrevistas dos NSF Azul e Verde em relação à acessibilidade geográfica, podemos verificar a expressão recorrente de satisfação dos usuários, que referiram a uma boa localização dos NSF, a distância pequena da unidade a sua casa, a possibilidade de ir a pé até à unidade e do tempo gasto para o deslocamento era curto, reiterando a facilidade para se chegar às unidades e os benefícios para o bairro.

Nossa! É muito pequena! Excelente! É só virar a esquina. É muito bom. (047NSF AZUL)

É dentro da minha casa, né, dois quarteirões! (058NSF AZUL)

Nossa, que beleza! Por isso que eu tou te falando, se colher material aí vai ser uma bênção! Ótimo! Ótimo! Ótimo! Na Cuiabá já dificulta, tá vendo? (063NSF AZUL)

Porque é pertinho pra chegar eu gasto uns 5 minutos, chega ali rapidinho. Então, por isso, eu acho excelente. (001NSF VERDE)

E podia ter mais aqui no núcleo que é pertinho de casa. Mas é bom, é muito bom ter aqui perto, porque qualquer coisa é só correr lá, é muito bom para o bairro isso. (019NSF VERDE)

Nossa! Isso aí é rapidinho! Isso aí tá ótimo! (032NSF VERDE)

É pertinho! É pertinho mesmo, não gasta nem meia hora. (050NSF AZUL)

A ***acessibilidade organizacional*** diz respeito aos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos da assistência, tanto na entrada como no interior da unidade de saúde. Os obstáculos encontrados na entrada da unidade estão relacionados ao contato inicial, como por exemplo, horário de funcionamento da unidade de saúde, demora para obter consultas; e no interior da unidade, aqueles referentes a tempo de espera para ser atendido e para realizar exames, bem como, obstáculos que surgem na continuidade da assistência, nos mecanismos de referência e contra-referência (FEKETE, 1997).

A acessibilidade organizacional aparece como uma questão central nas narrativas dos usuários dos NSF Azul e Verde, sendo que os usuários demonstram suas insatisfações tanto em obstáculos que dificultam o contato inicial, como no interior da unidade de saúde.

Um elemento relacionado aos aspectos que caracterizam o contato inicial com a unidade é o *horário de funcionamento* dos NSF, sendo importante analisar a satisfação dos usuários para estas unidades, que lhes são atribuídos como porta de entrada ao sistema de saúde.

A seguir apresentamos a Tabela 14 referente à classificação dos usuários quanto ao horário de funcionamento dos NSF.

Tabela 14 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e horário de funcionamento dos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Escala										
Excelente	3	6,4	2	4,5	3	6,7	-	-	8	4,7
Bom	30	63,8	21	47,7	23	51,1	21	60,0	95	55,6
Regular	11	23,4	13	29,5	10	22,2	5	14,3	39	22,8
Ruim	3	6,4	4	9,1	6	13,3	5	14,3	18	10,5
Péssimo	-	-	4	9,1	3	6,7	4	11,4	11	6,4
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Podemos perceber que quando analisamos os dados quantitativos para a variável horário de funcionamento dos NSF, os itens excelente e bom obtiveram 60,3% do total dos usuários entrevistados e 39,7% referiram insatisfeitos quanto a esse quesito, cabendo ressaltar que o maior percentual (47,7%) de regular, ruim e péssimo foi observado para o NSF Vermelho, serviço aonde também foi observado maior quantidade destas respostas em relação à variável distância do serviço (13,7%), conforme já assinalado anteriormente.

Os NSF Azul e Verde são os que na seqüência apresentam maior percentual de insatisfação em relação ao horário de funcionamento, com 42,2% e 40,0% respectivamente, sendo este último NSF o que não apresenta nenhuma indicação do horário ser excelente. Embora a satisfação expressa quanto ao horário de funcionamento esteja presente em todos os serviços, chama atenção estes percentuais para os itens regular, ruim e péssimo. Esta contradição pode ficar mais bem identificada ao analisarmos o conteúdo das entrevistas com usuários dos NSF Azul e Verde.

Podemos observar nas narrativas uma alta expectativa dos usuários em se estender o horário de funcionamento das unidades de saúde, mesmo, muitas vezes, classificando essa pergunta na escala como bom e excelente. E, além disso, alguns expressam a percepção quanto à necessidade de mais profissionais para revezar nas trocas de turnos, caso isso viesse a ocorrer.

É das 8 da manhã até o meio dia, quando é meio dia eles vão almoçar, à uma hora eles volta, abre e vai até 5 da tarde. Bom, esse horário de funcionamento, aí esse horário aí, acho que deveria ser até um pouquinho mais tarde, né? Às vezes a gente tá com um da família passando mal, tem que ir correndo lá pra Cuiabá. [...] Se ele ficasse aberto assim, mais tempo, né, aí a gente não precisava correr pra lá. A gente já ia aqui mesmo. Péssimo. (049NSF AZUL)

Ah, é bom. Das 8 ao meio dia ...da 1 às 5. Regular, né? Podia ser mais, né? As horas podia ser mais. (059NSF AZUL)

Que eu saiba é das... das 8, né? Das 8 até às 4 e meia, 4, 5 horas. Acho que tá dentro do padrão dos outros postos não tá? Ah, esse horário tudo bem, né? Ué, se eles pudesse, tendo melhorias, esticar um pouco mais, né, lógico, vai ter que revezar funcionário, claro, que ninguém é de ferro, seria melhor ainda pro povo. Tá bom, uai, tá na faixa normal. (063NSF AZUL)

Outra idéia que emergiu dos dados foi a falta de compreensão dos usuários sobre a diferença de serviços prestados entre serviços estruturados na estratégia da Saúde da Família e o “Cuiabá”, um serviço de nível secundário, com atendimento de urgências e emergências. Alguns gostariam que o NSF fosse como o serviço secundário, pronto atendimento de segunda a segunda e 24 horas.

Eu acho fraco, eu acho que deveria ter mais horários, sabe? Que eles param 4 horas. Nos fins de semana é fechado eu acho que Posto nenhum deveria fechar. Porque a doença não tem hora, né? Qualquer hora é hora. Qualquer coisa aqui aí caminha tudo pra Cuiabá. É a hora da enchente na Cuiabá. Então aqui nesse sentido é péssimo, né? (038NSF AZUL)

Eu acho..., não sei a hora que abre, mas eu sei que é da uma e meia às 5 e meia, é pouco, né? Eu acho que deveria ficar aberto. Eu acho, igual a um convênio médico, você vai lá de sábado, domingo, 24 horas tá lá, aí é o lugar mais assim, aí seria como se fosse particular, né? Pra mim, péssimo. Pra mim seria bom no fim de semana. Que aí é mais tranquilo do que na Cuiabá. (030NSF VERDE)

É, ele vai até à uma, né? Até meio dia ele vai, depois ele fecha, volta à uma até às cinco. Então, eu acho... não funciona? Poderia aumentar um pouquinho, né? E no fim de semana um plantão, né, alguém pra fazer plantão....Ah, regular, né? [...] Do horário de funcionamento, né, regular sim, vamos supor se aumentasse um pouquinho, não que seja ruim pra mim, né? É, melhorar porque daí, né? Teria menos assim, mais possibilidade de ir mais pessoa, né, e diminuiria... Seria melhor, eu acho, porque muita gente reclama quando chega no Posto é barrado na porta não pode entrar, às vezes...a gente ouve reclamação, mas eu não posso falar nada assim de sobre isso, porque pra mim se eu vou ali, vamos supor, fechou, eu vou aqui embaixo, né? (031NSF VERDE)

Outros demonstram uma insatisfação e uma incompreensão quanto aos horários e períodos que os NSF ficam fechados para realização de reuniões de equipe. Estas reuniões de equipe são espaços onde a equipe discute situações vivenciadas pelas famílias atendidas, e que necessitariam de uma abordagem não apenas de caráter médico, mas que implicaria no planejamento das ações para a intervenção mais adequada. Ainda, são espaços onde se realiza a

educação permanente da equipe e a discussão de ações administrativas. Alguns sugerem que as reuniões deveriam ser realizadas após o horário de funcionamento, ou antes, de abrir a unidade.

Eu acho o horário deles, tem que ser o horário pra abrir é o horário pra trabalhar com o público, não o horário de fazer reunião! Esse horário de fazer reunião, abre 8 horas vai atender o povo depois das 9 e meia, 10 horas da manhã, é... quer dizer, das 8 às 9 e meia da manhã é o horário de reunião, então por que que abre o Posto 8 hora? Ou já faz a reunião antes de abrir o Posto ou faz a hora que fecha! Ruim. Eu acho que poderia ficar melhor sim, mais tempo assim, mais tempo aberto pra melhorar sim. (043NSF AZUL)

Oh, eu acho assim, oh, porque abre as 7 quando é 11:30 fecha, depois abre a 1:30 quando é 5 hora fecha. Eu acho né, muito cedo né, as vezes né, ter que fazer tudo correndo, às vezes, que nem eu, é depois do almoço não dá nem tempo de mim almoça e às vezes eu fico sem almoça pra podê leva ela, que nem ela almoça meio dia. [...] Podia tê outra turma, né, que ficasse no lugar daqueles que ia almoça pra deixa aberto né, que nem hoje sexta-feira abre às 10, quando é meio dia fecha para almoço aí quando é uma e meia vai abri, as veis quando é cinco horas já fecha, as veis até quatro e meia já tá fechado, eu acho muito cedo mesmo. Ai tudo mundo pro Cuiabá <risos> Aí lota o Cuiabá e você não tem hora pra sai de lá,.. 1 hora..., meia noite..Eu acho regular.” (014NSF VERDE)

É importante esclarecer que os quatros Núcleos de Saúde da Família vinculados a Universidade de São Paulo têm como rotina a realização de reuniões administrativas, todas as sextas-feiras, no período da manhã, nas quais fazem parte toda equipe de trabalho, a coordenação composta por docentes vinculados à Faculdade de Medicina e à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, os residentes de Medicina de Família e Comunidade, os alunos e docentes que estejam passando por estágios acadêmicos naquele período. Nestas reuniões são discutidas questões pertinentes à organização do serviço, à assistência e ao ensino.

Os horários das reuniões e a unidade de saúde estar fechada ou aberta neste período é uma questão que deveria ser refletida pelas equipes de Saúde da Família, pois entendemos ser um momento essencial no desenvolvimento de um trabalho em equipe, de articulação do trabalho, porém, caberia à equipe esclarecer de modo mais claro e permanente a razão da realização das reuniões, bem como fazer uma reflexão acerca da possibilidade de abertura da unidade, revezando os profissionais, fazendo o acolhimento e realizando procedimentos neste período.

Porém, alguns usuários apresentam-se satisfeitos quanto o horário de funcionamento e colocam não ter necessidade de estender o horário devido à presença de um serviço de retaguarda disponível 24 horas e próximo aos NSF.

Eu acho que é normal, porque em todo lugar aqui em Ribeirão é esse horário mesmo, né. E tem a Cuiabá, que depois pode recorrer a Cuiabá. (009NSF VERDE)

É das 8 acho 11, 11 e meia, não sei e depois da uma até às 5 horas. Tá bom! Depois tem o PA ali embaixo, né? (069NSF AZUL)

Prá mim, é ótimo. Das 8, é...8, né, que abre até às 5 da tarde, tá ótimo! Sábado e domingo não. Olha! Até podia, mas não tem assim aquela necessidade não, devido o Posto que tem logo descendo ali, tá entendendo? Prá mim até tá ótimo do jeito que eles estão fazendo. (026NSF VERDE)

Outro aspecto presente no contato inicial às unidades de saúde diz respeito às facilidades e dificuldades em relação o acesso dos usuários para obter uma *consulta agendada* ou uma *consulta eventual*.

Na Tabela 15 é apresentado como foi avaliada a variável facilidade para obter uma consulta agendada e a consulta eventual, pelos usuários dos quatro NSF.

Tabela 15 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e acesso a consulta agendada e consulta eventual nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

Variável	Acesso à consulta agendada										Acesso à consulta eventual									
	Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total		Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total	
NSF	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Escala																				
Excelente	8	17,0	5	11,4	7	15,6	7	20,0	27	15,8	8	17,0	11	25,0	8	17,8	11	31,4	38	22,2
Bom	24	51,1	23	52,3	20	44,4	12	34,3	79	46,2	21	44,7	18	40,9	23	51,1	14	40,0	76	44,4
Regular	7	14,9	6	13,6	9	20,0	8	22,9	30	17,5	3	6,4	5	11,4	2	4,4	5	14,3	15	8,8
Ruim	6	12,8	4	9,1	2	4,4	4	11,4	16	9,4	8	17,0	4	9,1	6	13,3	1	2,9	19	11,1
Péssimo	1	2,1	4	9,1	4	8,9	4	11,4	13	7,6	0	-	1	2,3	3	6,7	3	8,6	7	4,1
Não sei	1	2,1	2	4,5	3	6,7	0	-	6	3,5	7	14,9	5	11,4	3	6,7	1	2,9	16	9,4
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Podemos observar pela Tabela 15, que a maioria dos usuários dos quatro serviços investigados, está satisfeita tanto com o acesso a consulta agendada, com 62% de excelente e bom, como com o acesso a consulta eventual com 66,6% de satisfação. Ainda, podemos verificar que com relação às consultas agendadas, os maiores percentuais de excelente e bom estão concentrados nos NSF Branco (68,1%) e Vermelho (63,7%), enquanto que o NSF Verde (54,3%) é o que apresenta menor percentual entre os quatro NSF. Quando se considera o acesso às consultas eventuais, verifica-se que os percentuais para excelente e bom apresentam distribuição inversa, ou seja, os NSF Verde (71,4%) e Azul (68,9%) são os que concentram os maiores percentuais em relação aos outros dois NSF.

Porém, quando analisamos as narrativas percebemos que a grande maioria dos usuários tem expectativas e desejos que a consulta agendada tivesse um menor tempo para o agendamento. Ainda, as consultas eventuais, apesar da crítica pelo tempo na sala de espera, os usuários demonstram satisfação por conseguirem, muitas vezes, o atendimento no mesmo dia.

Assim, verificamos que embora os usuários afirmem ser possível conseguir consultas agendadas, é presente a insatisfação devido a demora, em média três meses.

É demorado! Você tem acesso, mas é demorada a consulta. Ah... Uma vez eu marquei uma consulta aí, eu até esqueci o dia, se você quer saber. Porque tava tão longe que acabei esquecendo o dia. Ah, eu acho que tem que melhorar. Regular. (062NSF AZUL)

Não. Só da consulta mesmo que eu acho que tem que ser mais e não esperar tanto. Porque eu tenho consulta em julho e depois a minha próxima consulta será só em janeiro, muito longe. (017NSF VERDE)

Contraditoriamente, identifica-se satisfação destes usuários pelo simples fato de conseguirem a consulta. Outros usuários ressaltam a possibilidade de ser atendido nesse intervalo de espera pela consulta agendada, caso tenham alguma intercorrência aguda no seu processo saúde doença.

Consegue. Quando a gente é... que a gente já sabe, né? Quando ela fala: Graça, qualquer problema de seus filho ou eu, que mesmo que não tando agendado, mas se você precisar... você tem que correr aqui logicamente, né? Eu vou pra lá, elas me atende normal, se eu não for pela parte da manhã eu vou pela parte da tarde, pra mim, elas eu não tenho o que falar das menina. A gente vai dia de segunda feira agenda a consulta ,sabe? Tem médico, né que tem uma agenda já tá cheia, né, mas

têm outros que não mas elas procura... fazer o máximo assim ou um ou outro pra atender. Excelente. (053NSF AZUL)

Consigo. Isso daí em termos de consulta agendada eu acho ótimo, e também vamos supor se tiver passando mal, assim... não agora que é muito tarde, mas dependendo do horário se eu for lá ainda consigo consulta. A gente consegue encaixar, dependendo do seu problema, só se não tiver jeito mesmo. Mas eles ainda, além da consulta agendada, os pacientes que são daí do Núcleo sempre dão um jeito de atender. Isso daí eu acho, a consulta agendada é ótima! (045NSF AZUL)

Observa-se a dificuldade dos usuários expressarem sua insatisfação, o que pode ser observado, quando alguns usuários mesmo explanando sobre sua insatisfação classificam como bom ou excelente o acesso à consulta.

A gente consegue, mas é só que elas marca muito longe, né, pra gente. É muito demorado. Até que vai consultar já assim tá com outra dor, tem que consultar, né? Ah, excelente, né? Mesmo demorando. (048NSF AZUL)

Eu consigo. Demora um pouco. Agenda só pra novembro quase no final. Ah, eu acho que devia ser menos, né menos tempo, né? Porque... o exame já foi feito, agora eu vou ter que esperar até final de... até final de novembro quase pra mim poder ver o resultado. Acho que isso demora um pouco. Excelente, né, regular. Regular. (064NSF AZUL)

Estudos de Vaitsman e Andrade (2005) sobre satisfação apontam altos graus de satisfação expressos pelos usuários, o que de certa forma é indicado como crítica a estudos desta natureza, uma vez que os usuários apresentam dificuldade em apontar aspectos negativos em relação aos serviços de saúde, muitas vezes temendo que a expressão de críticas comprometa seu acesso aos serviços.

Uma questão interessante, e que possibilita ampliar a discussão aqui colocada, refere-se a forma como as expectativas são expressas. Na narrativa de um usuário idoso, ao falar sobre o acesso à consulta agendada, aponta a necessidade dos atendimentos serem semanais.

Consigo. É... atendimento é rápido, mas assim pra agendar é rápido, agora costuma ser demorado, 3 mês. 4 mês. Errado. Acho que idoso tinha que ser atendido pelo menos uma vez por mês. Dependendo dele, né, dependendo se tiver bem de saúde, uma vez por mês, tendo saúde boa, acho que tinha que ser atendimento toda semana. Errado. Péssimo. (077NSF AZUL)

Alguns usuários conseguem perceber e compreender o motivo da demora para os agendamentos, justificando ter muita gente que buscam as unidades de saúde e que seu problema de saúde pode esperar esse tempo.

Consigo. É... a gente vai lá e a moça vem, atende, aí ela pega e marca só que assim já é um pouco demorado porque já tem muita gente já agendada, né? Então eles

atende aqueles lá e já passa a gente daqui 2, 3 meses. Mas assim, é... a gente não, eu principalmente eu vou lá, eu marco, então eles marca pra daqui 2, 3 meses, só que fala se tiver sentindo dor, se tiver... não puder agüentar até lá, então a gente atende antes. Mas como dá pra agüentar, então... isso vai depender de cada um, né? Bom. (049NSF AZUL)

Consigo. Ah, aí é demorado, já demora... Costuma demorar dois mês, três mês pra frente. Como aqui na Cuiabá, qualquer lugar que vai. Aí eu já classifico... apenas bom. Quando eu vou eles sempre têm uma data lá dois mês pra frente... três... que sempre meu negócio, é negócio pra medir pressão. (055NSF AZUL)

Mesmo expressando sua insatisfação em relação à dificuldade de atendimento para as consultas eventuais, ou seja, um atendimento no mesmo dia, os usuários apontam que são encaminhados a outros serviços de saúde.

Às vezes consegue, às vezes não. Ah!? Porque é assim, né? As que já estão agendadas, né, já está, então a gente não vai fazer caso também, né? Eles encaminham, mandam lá no Posto. Tá bom também. (044NSF AZUL)

Tem dia que sim, tem dias que não. Acho que ruim, porque a gente pode tá precisando sentindo uma dor, né, às vez é urgente, eles manda pro pronto socorro, então, eu acho que precisa melhorar isso aí. (075NSF AZUL)

Estas últimas narrativas nos chamam atenção para refletir sobre a utilização dos serviços de saúde. O padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é predominantemente explicado por seu perfil de necessidades em saúde. O uso de serviços está condicionado, também, por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor (PINHEIRO et al., 2002).

A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos WENBERG¹² (1985 apud PINHEIRO et al., 2002). Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas.

Dessa forma, desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Igualmente, indicam diferenças no comportamento

¹² WENBERG, J.E. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Medical Care* v. 23, n. 5, p. 512 – 520, May 1985.

do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (PINHEIRO et al., 2002).

Entre 1998 e 2003, segundo dados comparativos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a utilização de Postos ou Centros de Saúde cresceu de 41,8% para 52,4% e é maior entre menores de 19 anos, sexo feminino e renda baixa. (TRAVASSOS, 2006)

Dentre os obstáculos enfrentados pelos usuários no interior das unidades de Saúde da Família o que obteve maior destaque de insatisfação pelos usuários foi a *não realização de dispensação de medicação e procedimentos* (coleta de exames, curativo, aerossol, vacina, excisão de sutura simples - retirada de ponto, entre outros), prejudicando a longitudinalidade e a continuidade da assistência.

Na Tabela 16 podemos observar a distribuição numérica e percentual para a variável *não realização de dispensação de medicação e procedimentos*. Verificamos que 35,1% dos usuários classificaram como excelente ou bom a disponibilidade de dispensação de medicações, 49,7% como regular, ruim ou péssimo, 14,6% referiu não saber se realizava a dispensação na própria unidade de Saúde da Família e 0,6% não quis responder.

Quanto à disponibilidade para coleta de exames na unidade, 28,1% classificaram como excelente ou bom, 57,3% como regular, ruim ou péssimo, 14% referiu não saber se realizava essa atividade e 0,6% não quis responder.

Quanto à disponibilidade para realização de procedimentos na unidade, 29,8% classificaram como excelente ou bom, 38% como regular, ruim ou péssimo e 32,2% referiram não saber se realizava essa atividade.

Tabela 16 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e disponibilidade para medicações, coleta de exames e realização de procedimentos nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

Variável	Disponibilidade para medicações										Disponibilidade para coleta de exames										Disponibilidade para procedimentos									
	Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total		Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total		Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
NSF																														
Escala																														
Excelente	3	6,4	6	13,6	2	4,4	4	11,4	15	8,8	2	4,3	-	-	2	4,4	5	14,3	9	5,3	-	-	1	2,3	4	8,9	1	2,9	6	3,5
Bom	16	34,0	8	18,2	13	28,9	8	22,9	45	26,3	13	27,7	8	18,2	10	22,2	8	22,9	39	22,8	12	25,5	10	22,7	11	24,4	12	34,3	45	26,3
Regular	14	29,8	15	34,1	12	26,7	5	14,3	46	26,9	12	25,5	11	25,0	12	26,7	7	20,0	42	24,6	6	12,8	5	11,4	5	11,1	6	17,1	22	12,9
Ruim	8	17,0	6	13,6	6	13,3	4	11,4	24	14,0	15	31,9	13	29,5	8	17,8	2	5,7	38	22,2	10	21,3	10	22,7	8	17,8	2	5,7	30	17,5
Péssimo	2	4,3	3	6,8	6	13,3	4	11,4	15	8,8	2	4,3	6	13,6	6	13,3	4	11,4	18	10,5	2	4,3	2	4,5	7	15,6	2	5,7	13	7,6
Não sei	4	8,5	6	13,6	6	13,3	9	25,7	25	14,6	3	6,4	6	13,6	7	15,6	8	22,9	24	14,0	17	36,2	16	36,4	10	22,2	12	34,3	55	32,2
Não resp.	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	0,6	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Portanto, verifica-se que a maioria dos usuários classificou como regular, ruim, péssimo ou não sabe se esta atividade é realizada na unidade de saúde. Quando confrontados com o material das entrevistas com os usuários dos NSF Azul e Verde, os dados do conjunto dos usuários dos NSF são corroborados, confirmando assim a insatisfação dos usuários pela falta de acesso a esses procedimentos, dificultando a longitudinalidade, a continuidade da assistência e prejudicando a integralidade da atenção.

Em relação à dispensação de medicação verifica-se que as narrativas convergem à dificuldade na continuidade da assistência, levando os usuários a procurar outro serviço, no caso, a unidade de saúde, “Cuiabá”, um serviço de nível de atenção secundário para realizar algo que é de responsabilidade da atenção básica. Relatam a dificuldade pela distância do outro serviço e os problemas com as filas dentro deste serviço de saúde.

Eles não dava lá [medicação], precisa ir lá no Cuiabá. Então eu acho que fica difícil pra gente, eu acho, porque às vezes o nenê não tá bom, as vezes a gente também não tá boa, então pegando ali é mais perto. Às vezes tem que ir lá no Cuiabá enfrentar aquela filona, pra pegar remédio, então você acaba desistindo, e vem embora pra buscar no outro dia. Porque a única coisa que eles dava ali é soro, só isso eu pego ali, mais remédios para outras coisas, quando ela fica com infecção de garganta, aí precisa ir lá no Cuiabá busca remédio pra ela. Porque se pudesse fazer isso pra gente era melhor né, porque aí fazia uma caminhada só né, porque você consulta aqui né no núcleo, e depois tem que desce lá no Cuiabá pra pegar remédio. Regular.(014NSF VERDE)

Não, no Núcleo, não. Eu sempre pego na Cuiabá, né? Se eles tivessem condição de ter todos os remédios, que nem tem na farmácia, 100%, né, como na Cuiabá, acho que tudo facilitaria. Mas eu acho difícil, né? Eu acho que os remédios básicos deviam ter, seria melhor. Não, aí como não tem, não tem como classificar, né? Eu acho que poderia ter os remédios, os remédios básicos assim. (028NSF VERDE)

No Núcleo a única coisa que eu consegui que me deram foi o soro, de criança. Não. Poderia ficar mais fácil se na hora que sai e pega, do que ter que enfrentar fila no Posto mais longe. Eu acho que pra mim é péssimo, né.” (030NSF VERDE)

Não, aqui no Núcleo a gente não pega remédio. Porque agora não sei se tá tendo, mas antes não tinha. Eles passava a receita pra gente ir buscar lá na Cuiabá. Eu acho assim que deveria ter o remédio aqui porque aí já consultava, às vez já consulta tarde, às vez já não dá tempo de chegar na Cuiabá pra pegar o remédio. A farmácia tá fechada. É péssimo. (049NSF AZUL)

Não. Pego lá na Cuiabá. Eu acho que já que tem o Núcleo aí, podia ter uma farmacinha pelo menos pra um remédio mais fácil. Não é? Mas não tem nada, aí não tem. É ruim porque a gente consulta aí às vezes até uma consulta com pressa e ainda vai buscar remédio lá na Cuiabá. O Cuiabá fica longe, né? Eu não agüento mais ir à Cuiabá a pé. Sempre tenho que mandar uma pessoa buscar pra mim. (052NSF AZUL)

Destacam-se alguns usuários que referem ter possibilidades de retirar medicação - amostra grátis - no NSF e expressam grande satisfação por isso, classificando como bom, excelente, devido a esse motivo.

Ah, pego. Aí só quando tem assim alguma amostra grátis. Mas eu pego lá embaixo na Cuiabá. Bom, porque elas sempre me dão quando tem remédio. Ah, se tiver, né? Quando elas têm, elas arrumam, porque eu uso muito. (036NSF AZUL)

De vez em quando eu pego. No Núcleo mesmo. Quando tem eles lá me dão. Ah, eu acho que é bom, né, porque assim eu não preciso descer lá embaixo. (040NSF AZUL)

Ainda em relação à acessibilidade organizacional, para as unidades de Saúde da Família investigadas os relatos abaixo demonstram a insatisfação dos usuários em relação à não realização de procedimentos, como: coleta de exames, curativo, aerossol, vacina, excisão de sutura simples, entre outros, uma vez que ter que realizar estes procedimentos em outra unidade de saúde, acaba por prejudicar a continuidade da assistência e a relação que se estabelece do usuário com a equipe que o acompanha.

O usuário relata algo inusitado dentre as entrevistas em relação à realização de coleta de sangue no domicílio ou em situações específicas, o que poderia expressar como indicador de qualidade do atendimento.

Aí não tem, né, Rose, aí não faz. Só faz na Cuiabá. Quando a pessoa tá doente que não pode ir lá, eles vêm tirar o sangue aqui. É, pra mim se tivesse aqui, eu acho que era melhor, né? Se tivesse aqui é pertinho, ué? A gente sai daqui pra ir lá embaixo, né, então pra mim se viesse aqui seria ótimo. Não colhe. Eu gostaria que viesse pra aí, né? Não posso dizer que é péssimo. Eu tenho que dizer uma coisa que eu tô vendo que... se viesse pra aí é melhor, viche! Pra mim era ótimo isso daí se viesse pra aí. (053NSF AZUL)

Seria muito interessante se colhesse no Núcleo! Só colhe no Núcleo, vamos supor se é por exemplo a ...pessoa tem muito medo de tirar sangue. Aí eles conseguem o material pra colher ali. Aí elas colhem. Aí pelo contrário teria que ir lá embaixo. Bom! Bom? Bom! (027NSF VERDE)

Este aspecto lembrado pelo usuário aponta que pode estar presente no serviço de saúde a preocupação de possibilitar maior cuidado e atenção nas situações de maior fragilidade de um usuário. Contudo, a realização da coleta de exames no NSF é uma expectativa bastante forte nos usuários entrevistados. Outros relatos apontam percepções de alguns usuários quanto à presença dos profissionais dentro da unidade, competência técnica e habilidade para realização de procedimentos e realização destes em determinados momentos ou situações

(campanha de vacinação, no domicílio, situações especiais), dificuldades quanto espaço físico nas unidades de saúde, sugerem pelo menos realização de procedimentos mais simples, a dispensação de medicações básicas.

Tamém, tamém ó porque, ó porque, ó, qui nem a medicação, que nem tudo é lá no Cuiabá. É tudo lá, é tudo lá, que nem, o méis que vem, lá tem vacina e é lá, é lá no Cuiabá. Quando eu fui fazê curativo no peito, a primeira vez que faço, o primeiro é lá no Cuiabá, tudo é Cuiabá, coitado.<risos> Então eu achava assim que podia tê ali no posto o ceis não acha né, porque óia se fica ali um tempão as veiz você sai de lá quase na hora deles fecha aqui você tem que descer lá embaixão e você já tá cansada de ficar ali esperando, chega lá tem fila para pegar remédio que nem é as vezes tem criança lá que tem que toma vacina e vou tem que espera tamém e podia tê ali também. Porque tem enfermeira e ela sabe fazê isso. Curativo, assim que ela acha mais difícil assim, tudo bem, e eu não posso ir porque eu tenho que passar pelo médico porque tem que vê a mama tudo né. Quando é um corte ou tirar um ponto né, mesmo dá ponto né, as veis se tá perdendo muito sangue né, ai se tem que descer lá embaixão no Cuiabá, pra fazer curativo. Regular tamém. (014NSF VERDE)

Isso não tem [procedimentos]. Não tem, só quando é campanha de vacina, eles colocam. É muito bem atendido, eu acho que deveria também ter. Se é que tem espaço, a gente fala assim, mas não sabe se tem espaço, mas se quisesse...arrumaria. Regular. (034NSF VERDE)

Alguns autores ressaltam que, no setor público, a avaliação feita a partir dos usuários envolve uma interação mais complexa de elementos, incluindo os que influenciam as percepções sobre os serviços públicos. O sentimento de gratidão seria comum em países periféricos, dificultando uma visão mais crítica do atendimento. Os pacientes evitariam criticar os serviços devido a este viés, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto à relação de dependência aos profissionais de saúde. Por um lado, a cultura, os princípios e os valores específicos do setor público, e por outro, as expectativas de cada usuário, informadas tanto por suas experiências passadas quanto pela informação e pela mídia, são aspectos que devem ser levados em conta nestas avaliações. As percepções são partes da cultura política e cívica englobando valores, crenças, representações e atitudes em relação aos direitos e deveres de cidadania, sendo construídas a partir das experiências presentes e passadas. Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas (VAITSMAN ; ANDRADE, 2005).

Nas narrativas a seguir os usuários trazem um sentimento de satisfação pelo serviço de saúde pelo fato do bom relacionamento que tem com os profissionais de saúde, um sentimento de gratidão pela possibilidade de ser atendimento e da melhoria de acesso que tiveram com a implantação das Unidades de Saúde da Família.

Vacina de campanha, têm. Vacina normal tem que fazer lá embaixo. Poderia ter no Núcleo também, né? Poderia ter no Núcleo. Mas eu acho que isso aí, pelo atendimento deles ali, supre tudo isso aí. Porque eles atendem muito bem! Ah, como bom também. (027NSF VERDE)

Também não [coleta de exames], que eles passa... eles encaminha a gente lá pro Posto também, que aí não tem. Se tivesse era melhor, né? Ah, eu não sei nem responder. Não vou falar que é ruim porque eles atende a gente, a gente vai lá pro outro Posto. É muito bem atendido. Ah, bom, né, porque depois que pôs esse Posto aí melhorou muito pros pobres. (051NSF AZUL)

Não, não tavam fazendo [coleta de exame], pelo menos os meus não colheu nenhum foi tudo lá embaixo. Muito bom. Você quer dizer o fato de ter que ir lá? Um desconforto, né? Um desconforto a mais, mas a gente levando em conta como tá a situação atualmente, eu não vou poder dizer que tá ruim porque estão atendendo, né? Então caminhando direitinho, a gente vai consegue direitinho, né? Vêm os resultados adequados direitinho, então eu classifico como bom, também porque futuramente vai retirar aqui também, vão melhorar. (042NSF AZUL)

Tá bom também porque a gente tá ali pra tentar uma vaga, então tem que, né,.. ou demora ou não demora a gente tem que agradecer porque conseguiu a vaga. (044NSF AZUL)

Porque é assim, quando é um adulto ainda tem paciência e espera, quando é criança, você está ali com o teu filho ali esperando, agente que é não quer que seja atendido até na hora, mais assim que seja possível, porque é um órgão público tudo então se eu quiser melhor eu vou ter que fazer um convênio. (010NSF VERDE)

De acordo com documentos do Ministério da Saúde, 2001, a estrutura mínima da Unidade de Saúde da Família deve conter, entre outros, uma sala de vacinação, de acordo com as normas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização, e um local para cuidados básicos de enfermagem, como curativos e outros pequenos procedimentos (BRASIL, 2001).

Segundo Starfield (2002), uns dos aspectos exclusivos para avaliação da atenção primária é a integralidade que envolve vários tipos de informações, sendo um deles o desempenho de atividades relacionadas ao atendimento das necessidades da população. Estas incluem as atividades preventivas primárias e secundárias, como imunizações, educação em saúde e procedimentos de exame indicados, bem como as atividades direcionadas para a detecção e manejo dos problemas de saúde na comunidade atendida.

Tomando estes aspectos apontados tanto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) como por Starfield (2002), nos NSF investigados a ausência da realização de dispensação de medicações, coleta de materiais e de procedimentos, indica que pode estar havendo um privilegiamento de atividades médicas nestas unidades de saúde, comprometendo a integralidade e a longitudinalidade da atenção, mesmo que se possibilite a continuidade destas ações consideradas básicas para o atendimento na atenção primária em outros serviços de saúde. A ausência destas atividades é apontada pelos usuários como geradoras de insatisfação em relação ao serviço de saúde.

Outra dificuldade relatada no interior da unidade foi em relação à demora para obter os *encaminhamentos*, principalmente para consultas especializadas e também outra queixa freqüente foi à contra referência dos exames complementares realizados em outros níveis de atenção a saúde, os resultados de exame que não tiveram acesso e resposta.

Na Tabela 17 podemos observar a distribuição das respostas dos usuários dos quatro NSF investigados para a variável acesso a consulta especializada e exames complementares.

De acordo com a Tabela 17, 63,2% dos usuários dos quatro NSF investigados classificaram como excelente ou bom o acesso a exames complementares e 46,2% o acesso as consultas especializadas. Porém, percebemos que o percentual de usuários que respondeu “não sei” para consulta especializadas foi 30,4%, já para exames complementares 11,7%, devido muitos nunca terem precisado de um encaminhamento para uma especialidade.

Tabela 17: Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e acesso a consulta especializada e exames complementares. Ribeirão Preto/SP, 2006

Variável	Acesso à consulta especializada										Acesso à exames complementares									
	Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total		Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total	
NSF	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Escala																				
Excelente	6	12,8	5	11,4	9	20,0	5	14,3	25	14,6	7	14,9	10	22,7	7	15,6	4	11,4	28	16,4
Bom	19	40,4	16	36,4	9	20,0	10	28,6	54	31,6	20	42,6	22	50,0	21	46,7	17	48,6	80	46,8
Regular	4	8,5	1	2,3	4	8,9	2	5,7	11	6,4	7	14,9	3	6,8	6	13,3	7	20,0	23	13,5
Ruim	3	6,4	2	4,5	3	6,7	3	8,6	11	6,4	4	8,5	2	4,5	4	8,9	4	11,4	14	8,2
Péssimo	4	8,5	3	6,8	6	13,3	5	14,3	18	10,5	2	4,3	1	2,3	1	2,2	2	5,7	6	3,5
Não sei	11	23,4	17	38,6	14	31,1	10	28,6	52	30,4	7	14,9	6	13,6	6	13,3	1	2,9	20	11,7
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Ao se analisar as entrevistas dos usuários dos NSF Azul e Verde estas mesmas questões se fazem presentes.

Encaminha mas demora muito, né? Eu acho que é muito demorado. A minha filha estuda à noite, ela não tá conseguindo ver, e não consegui uma consulta até hoje. Não sei pra onde encaminharam, disseram que iam encaminhar não sei pra onde. Eu acho péssimo, viu? (075NSF AZUL)

Encaminham, mas aí tem consulta que você espera mais de mês, né? Já aconteceu eu atacada da fissura, fissura anal, passei aqui, daqui passei no Cuiabá e esperei mais de dois meses pra ser atendida lá na rua Minas. Aquela consulta agendada. Aí é barra! Aí é péssimo mesmo, porque se você tá ruim, se você conseguisse ir lá com o especialista mais rápido, não culpo eles aqui, é lá pra onde encaminhou, eles deu o papel mas lá é que não marcou logo, né? Ah, minha filha, se eu não me virasse com as coisinha que desse dentro de casa, eu não conseguia esperar o tempo que eu tive que esperar a consulta lá. Uai, como é que eu ia ficar dois meses ruim sem tentar nada? É brabo, né? Com dor? Ah! Não há humor que güente! (063NSF AZUL)

Encaminha, que encaminha, encaminha que eu também faço lá. Demora mas chega. Ah, agora mesmo foi uma demora que só Deus mesmo! Pra vc ver, essa demora agora que marcou pro ortopedista vai pra uns 6 mês! Ah, pra mim, é regular, né? (065NSF AZUL)

Ah, sim, o negócio do Raio X aí é problema. Porque há uns tempos atrás aí, me pediu um Raio X, que eu tou com um desvio no nervo aqui, pedi o Raio X aí, até hoje eu não sei desse resultado, isso tá indo pra um ano quase. Tá com mais de seis mês. É, mandou tirar lá na... É a segunda vez que isso me acontece lá na Cuiabá. Eu nunca vi esse resultado. Vem aí diz: não mandaram, extraviou pra outro lado, extraviou não sei pra onde. Nessa parte aí, eles tão me devendo. Raio X eu classifico péssimo tanto aqui quanto na Cuiabá.” (055NSF AZUL)

Os usuários ressaltam que a maior dificuldade está na demora para os agendamentos desses encaminhamentos e que o problema não são os NSF, pois eles fazem a referência, tentam agendamento pelo telefone na própria unidade, porém, muitas vezes não tem retorno, ou só conseguem data após 4 meses.

Encaminha, né, porque eles não fazem, né? O acesso aqui você pega é fácil, aí depois vai depender de onde te mandou, minha filha, demora lá! Esse que é o problema! Então como se vai falar? Ah, um regular, né? Péssimo não vou dar pra ninguém, porque muitas vezes é aquela história, tudo depende como se diz, “das ferramentas de trabalho que dão pros cara”, não culpo eles também. Não é mesmo? É aquela história, às vezes sobrecarrega muito um lugar então o tempo pra você conseguir aquilo ali vai mesmo demorar. (063NSF AZUL)

Aí eles não fazem nada disso. Encaminham. Eles encaminham sim. Pra Cuiabá, exame de sangue eles mesmos ligam, marcam falam tal dia. Às vezes 15, 20 dias. Uma mamografia não cheguei a fazer, então...mas ultra som, que nem otorrino, minha filha precisa de emergência de otorrino! Já faz o que? Mais de 12 dias! Sabe quando pega assim: urgente! Ligaram na rua Minas, e não teve retorno. (034NSF VERDE)

Encaminham. Ou liga ou te dá um papel, né? O encaminhamento no papel...Então! Aí é o seguinte: aí depende da onde a gente vai. Entendeu? é tipo assim, me encaminharam pro ortopedista, chegou lá demorei 4 mês pra conseguir a consulta na Cuiabá. Não é no Núcleo, é lá. Encaminha. Bom. Mas lá, lá na Cuiabá. Já mandou. Não foi culpa deles não. Pro Núcleo? Bom. (056NSF AZUL)

A maioria das críticas a respeito dos encaminhamentos foi em relação as consultas especializadas, tanto nas narrativas como nos dados quantitativos, cabendo ressaltar que embora os usuários formulem a crítica, identificam que o problema com o agendamento não se localiza especificamente no NSF, mas está na articulação da rede de atenção, como de certa forma dito pelo usuário *é aquela história, tudo depende como se diz, “das ferramentas de trabalho que dão pros cara”, não culpo eles também.* (063NSF AZUL)

Em relação ao acesso a exames complementares, os usuários referem que a demora tem sido menor.

Encaminha pro Cuiabá. Não. Aí vai ser marcada essa mamografia, entendeu? Que inclusive eu sempre fiz esses exames, mas pelo Cuiabá. Então as mamografias são marcadas assim, às vezes demora 15 dias. O Núcleo que encaminha. Um pouco demorado, eu acho demorado também. Ah, eu vou pôr regular, viu? (062NSF AZUL)

Encaminha. Encaminha. É rápido. É rápido. Aí eles encaminha pra Santa Casa, né? Igual gestante mesmo já encaminha lá pro... [...] Encaminha pra esse lugar lá pra fazer ...é...pra ver lá o sexo do bebê, né? É rápido. É ótimo. (049NSF AZUL)

Encaminha. Bom. O exame que eu fiz de esteira faz tempo, não demorou, eu fui fazer lá na Beneficência Portuguesa. O exame de mama, eu fui no Santa Lúcia, o exame que faz pela barriga que põe aquele coisa foi lá no São Sebastião, não sei o nome do hospital lá. Eu fui lá...Foi rápido, não demorou, foi tudo bem, eu trouxe o exame pra ele ver... Foi bom, porque graças a Deus, o tempo que fiz aí eu tenho tido nada, minha pressão não sobe. Eu tenho ido marcar a pressão porque eu gosto de ir lá marcar....?... medir, né? (050NSF AZUL)

Todos. Tudo que você precisa, ultra som, endoscopia,você entendeu? Que foi o meu caso, eu tou te falando o meu caso, não sei como funciona pra todo mundo, pra mim sempre foi encaminhado assim. (037NSF AZUL)

Outro item muito importante que se enquadra na acessibilidade organizacional e que interfere com a assistência ao usuário dentro da unidade é o *tempo* que o usuário aguarda na *sala de espera* pela consulta agendada ou eventual.

Na Tabela 18 são apresentados os dados relativos a variável tempo que o usuário aguarda na sala de espera pela consulta agendada e pela consulta eventual, para todos os NSF investigados.

Tabela 18: Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o tempo na sala de espera para consulta agendada e para consulta eventual. Ribeirão Preto/SP, 2006

Variável	Tempo na sala de espera para consulta agendada										Tempo na sala de espera para consulta eventual									
	Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total		Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total	
NSF	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Escala																				
Excelente	7	14,9	9	20,5	9	20,0	7	20,0	32	18,7	1	2,1	4	9,1	3	6,7	4	11,4	4	7,0
Bom	30	63,8	23	52,3	18	40,0	17	48,6	88	51,5	21	44,7	17	38,6	15	33,3	6	25,7	9	36,3
Regular	5	10,6	6	13,6	7	15,6	4	11,4	22	12,9	6	12,8	7	15,9	5	11,1	2	17,1	6	14,0
Ruim	4	8,5	4	9,1	4	8,9	3	8,6	15	8,8	6	12,8	3	6,8	6	13,3	6	5,7	2	9,9
Péssimo	-	-	1	2,3	4	8,9	4	11,4	9	5,3	-	-	3	6,8	4	8,9	9	17,1	6	7,6
Não sei	1	2,1	1	2,3	3	6,7	-	-	5	2,9	13	27,7	10	22,7	12	26,7	4	11,4	4	22,8
Não respondeu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	11,4	4	2,3
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Os dados quantitativos mostram que a satisfação dos usuários quanto ao tempo na sala de espera enquanto aguardam pela consulta agendada teve 70,2% de excelente e bom, já pela consulta eventual apenas, 43,3%. Porém, não podemos dizer sobre essa diferença como uma insatisfação maior para consulta eventual, pois 25,1% dos usuários responderam “não sei” ou “não responderam”, talvez porque nunca utilizaram a esse tipo de consulta ou porque não sabiam dimensionar esse tempo.

Se compararmos os percentuais obtidos para cada NSF, podemos observar que em relação ao tempo na sala de espera para consulta eventual o NSF Verde foi o que teve maior percentual de insatisfação recebendo 39,9% de regular, ruim e péssimo, em seguida o NSF Azul com 33,3%, o NSF Vermelho com 29,5% e o NSF Branco com 25,5%. Tais diferenças podem ser decorrentes das marcantes distinções em relação aos quatro serviços, sendo que o NSF Azul e Verde apresentam características sócio-demográficas, econômicas e culturais, de acesso a bens e serviços, semelhantes e que podem caracterizar um perfil de utilização dos serviços de saúde bastante próximos.

Este é um aspecto que merece atenção. Sugerimos que se dê uma atenção especial a esses percentuais de insatisfação e que estes possam ser disparadores para uma discussão acerca das possibilidades de organizar o atendimento, já que seria uma situação em que o usuário diz estar mais necessitado. Várias são as possibilidades para se discutir esta questão, trazendo para o cotidiano dos serviços, alternativas para a organização da assistência, desde a reunião da equipe, a discussão destas questões com usuários em reuniões na comunidade, participação em fóruns de controle social como as Comissões Locais de Saúde, os espaços de encontro com outras unidades de Saúde da Família, como por exemplo, as Reuniões Gerais que ocorrem uma vez a cada dois meses nas unidades investigadas, ligadas à Universidade de São Paulo, como forma de troca de experiências e busca de alternativas.

Já em relação o tempo na sala de espera pela consulta agendada não houve muitas diferenças entre os NSF, o NSF Branco obteve 78,7% de excelente e bom, em seguida NSF Vermelho com 72,8%, o NSF Verde com 68,6% e o NSF Azul com 60% de satisfação.

Os usuários queixam da demora pelo atendimento médico na sala de espera, principalmente quando é uma consulta eventual, que a princípio o usuário chega à unidade com uma queixa e com o desejo de ser atendido de imediato. Porém, outros já entendem que quando é uma consulta eventual ou encaixe o usuário tem que esperar, a não ser que se configure alguma situação/problema/queixa que exija a intervenção imediata da equipe.

Ah, isso você tem que esperar mesmo, espera porque não tá agendado, né? Ah, eu já cheguei a esperar uma hora mais ou menos. Só se for o caso assim, de não tá agüentando pra cair, mas graças a Deus é muito difícil, né? Ah, regular também. (032NSF VERDE)

[...] meia hora, filha, se a gente tiver numa necessidade tremenda, de um socorro médico, eu acho péssimo. Porque se eu chego me sentindo mal, eu tenho que ser prontamente atendido. Concorde comigo? (035NSF VERDE)

Mais ou menos uma hora. Tem que ficar esperando os outros que tá na frente. Ah, eu não reclamo não, eu acho bom. Porque também, né, você não quer na hora, né? (069NSF AZUL)

Muitos usuários expressaram-se satisfeitos quanto ao tempo de espera pela consulta agendada e expressam como um fator de qualidade para o serviço de saúde.

Eu não espero muito porque quando marca tal hora eu vou naquele horário já e eu espero 10, 15 minutos. Também bom. (064NSF AZUL)

Tenho, basta entregar meu cartão e esperar, não demora, se eu marco... 3 e meia, né? Não demora já me chama, e me atende muito bem. (050NSF AZUL)

Agendada geralmente se estiver agendada aquele horário, aí você chegou aquele horário você vai ser atendido. Nesta parte tudo bem, depois que agendou aquele horário tudo bem, o problema é a demora que é agendado. (012NSF VERDE)

Muitos sugerem a priorização do atendimento, de acordo com a gravidade do problema, quanto mais grave e agudo o problema, mais rápido o paciente será atendido, outros já percebem que isso é realizado.

O acolhimento nos NSF é realizado pelas auxiliares de enfermagem, que ficam na recepção e pelo enfermeiro, quando há necessidade. Porém, ainda existem muitas críticas em relação à espera quando o paciente está passando mal. Algumas vezes, o usuário não tem

compreensão sobre a gravidade do seu problema e se pode ou não esperar o tempo exigido pela unidade, além disso, envolve valores, cultura pelo imediatismo, e outros.

Ai eu espero mais porque, por eu não esta agendada tem outras pessoas que já estavam agendadas ai eu tenho que aguarda ali uma vaga. Péssimo, às vezes eu chego muito ruim com febre, passando mal, como já aconteceu, eu levo minha filha vomitando com febre e eu tive que fica ali esperando com febre e eu tive que fica ali esperando encaixe. A mais de uma hora. (010NSF VERDE)

Na sala de espera? Tipo assim então tem vez que eu chego lá 1 hora, que é o limite, 1 e meia, ...?...diz que tá passando mal tem que ir lá. Eu acho assim se a pessoa tá passando mal não tem que ficar esperando, né? Tem que ser atendido na hora. Mas às vezes tem que ficar esperando os que tão agendado, eles não atende na hora não. É péssimo. Quem tá passando mal tem que passar na frente, você não acha? (030NSF VERDE)

Óia, dependendo do tipo de problema, porque eu acho que se a pessoa chega com uma dor de cabeça, você não sabe do que é que pode ser causada, uma pressão alta, teria... eu se eu fosse médica numa dessa aí, eu chegou um que a situação tá ruim, eu atendia ele primeiro. Teria que ser mais rápido. (079NSF AZUL)

Não, é o que eu tou te falando, quando ele tava passando mal assim da pressão, uma hora e meia, duas horas, espera. Pra pessoa que tá passando mal, eu acho. Ah ,eu acho que tem que atender logo, né? Chegou...a pessoa tá passando mal, se não der jeito aí, encaminha, né? Então muitas das vezes eu acho que...tem que ser atendido praticamente quase na hora, né? Péssimo. (024NSF VERDE)

Se você tiver passando mal, aí eles atendem rapidinho. Põe na frente dos outros, agora se não tiver...regular. Não bom, porque eles atende, uai. (016NSF VERDE)

Aí depende do estado que você está, porque já aconteceu quando eu estava pra ser operada, que eu não sabia que eu tinha um câncer ainda, eu chegava, eles me atendiam rapidinho, que eu chegava com uma dor assim, e dava pra você perceber. E de repente fica difícil também pra você passar uma pessoa na frente que ela diz que tá mal não se sabe se realmente ta mal, então, eu acho assim, quando você precisa realmente eles te atendem rapidinho. (037NSF AZUL)

Podemos observar, contudo, que em geral a variável tempo de espera é muito subjetiva e relativa para cada indivíduo, dependendo muito de suas expectativas, suas experiências anteriores, sendo que, para alguns usuários ter que esperar 15 a 30 minutos, pode ser considerado como péssimo e outras pessoas comparam esse tempo com o serviço privado.

Ah, não foi bom, foi rápido! Ah, assim...porque isso até em consultório particular hoje em dia espera uma barbaridade, né, então eu acho que aí coisa de uma hora, uma hora e pouquinho, isso aí não foi um tempo muito grande, no máximo uma hora e meia. Ah, esse tempo é bom, né? (031NSF VERDE)

Ah, acho que eu esperei mais ou menos uma hora. É. Também em qualquer que a gente vai, eu tenho convênio, às vezes espera até mais de uma hora, né? É bom. (070NSF AZUL)

Olha, eles atende muita gente, né? Eu acho não é mais rápido pela quantidade de funcionários que tem, que não são muitos, mas pela qualidade, eles... eles têm uma qualidade muito boa. E outra... demorado, em todo canto é demorado até onde você tem convênio. Eu não tenho nada a declarar, não. Acho que eles têm um atendimento maravilhoso! (054NSF AZUL)

Outros justificam a demora pelo atendimento devido o número de pessoas para ser atendido, “muita gente” e sugerem mais consultórios e mais médicos nas unidades.

[..]o único problema hoje do Núcleo tanto faz o Núcleo da Cuiabá também é a demora daí é por causa eu também tem muita gente, e tem que esperar. (038NSF AZUL)

Aí vc tem que ter paciência. Não tinha nada marcado mas vai te atender... Aí vc tem que esperar o último a ser atendido, depende de quantas pessoas tem no dia, não dá pra saber o tempo exato, né? Seria um regular, né, se fosse mais rápido, é aquilo que eu falo, mas é aquela história, é poucos talvez pra atender, né? Por isso que demora mais, né? Então se fosse assim, mais salinha, mais médico talvez ajudaria o atendimento ser mais rápido pras pessoas.” (063NSF AZUL)

Consigo, já levei meus filhos foi atendido, mas demora muito, às vezes tem que ficar esperando muito tempo lá na recepção, porque primeiro eles atendem quem já tá na fila, quem já tá agendado, então eu acho que podia ter mais gente atendendo pra poder ser mais rápido pra gente, né. Mas é bom, porque pelo menos eu consigo ter o atendimento. (018NSF VERDE)

Aquilo que eu te falei quanto tem mais...muita gente ali fora pra ser atendida, aguardando às vezes fica meio confuso porque parece que tem pouca gente atendendo, então demora um pouco mais, mas eu parece que eles fazem agendamento normal, só demora um pouco quando tem mais gente pra ser atendida ali. Então eu acho que poderia ter mais gente, mais disponibilidade de gente. (071NSF AZUL)

Foi perguntando para os usuários qual seria o *tempo limite de espera* para que a pessoa não se irrite, percebemos que isto é muito relativo para cada um, uns disseram que o ideal seria ser atendido de imediato, outros que toleram até 30 minutos, até 2 horas, comparam com a espera no serviço privado, outros que esperam o tempo que for necessário, sem problemas.

Ah, o ideal seria você chegar lá e já ser atendido, mas nunca é possível sempre tem muita gente, né? (036NSF AZUL)

Ah, eu acho até uma hora e meia, duas horas eu acho que é...porque mesmo que você tiver um convênio, você vai esperar isso ou até mais. Então eu acho que é bom. (069NSF AZUL)

Segundo Dinsdale¹³ et al. (2000 apud VAITSMAN; ANDRADE, 2005), no setor público, o usuário pode se colocar ora como consumidor, avaliando os serviços do ponto de vista de seus ganhos individuais, ora como cidadão, avaliando os serviços ao levar em conta a sociedade como um todo. Como consumidor, ele pode desejar um tempo de espera menor para a consulta e atendimento mais ágil, mas, como cidadão, pode querer que todas as pessoas sejam atendidas, implicando um tempo de espera maior.

¹³ DINSDALE, G.B; MASON D.B; SCHIMIDT F.; STRICKLAND T. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. Brasília, ENAP, n. 20, 2000.

Este conjunto de aspectos, relacionados à *acessibilidade organizacional*, presentes nas narrativas trazem no geral uma grande insatisfação dos usuários na Saúde da Família, reafirmando o que Fekete (1997, p.120) traz em suas considerações finais sobre o “estudo da acessibilidade em seu sentido mais restrito, visando determinar o grau de ajuste entre as características de uma determinada população e uma determinada Unidade de Saúde, observa-se que o principal entrave à sua análise, encontra-se na forma de organização dos serviços de saúde”.

5.3. Humanização da assistência na Saúde da Família – os detalhes que fazem a diferença na produção do cuidado em saúde

Sob o ideal de “humanização da atenção à saúde” observam-se diferentes iniciativas no Brasil, tanto na forma de uma política nacional, como o HumanizaSus, como de propostas técnicas mais específicas, a exemplo a Humanização do Parto; Maternidade Segura; Método Canguru. Sem desconsiderar a centralidade do acesso à atenção à saúde e a qualidade técnica das ações desenvolvidas, as propostas de humanização têm dado especial ênfase à integralidade da atenção e, em particular, às interações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde (BRASIL, 2005b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Assim, aqui estaremos tomando para a análise do tema humanização da assistência na Saúde da Família a interação existente entre equipe de saúde e os usuários, conformando relações de cuidado, a ambiência e os recursos existentes nessas unidades que de certa forma possibilitam a construção de processos de cuidado e de atenção visando a integralidade da assistência à saúde.

Ao analisar a interação existente entre a equipe e o usuário dos NSF pode se perceber uma grande satisfação dos usuários nesse aspecto, uma relação diferenciada de relações interpessoais atenciosas e afetivas.

Relatam serem tratados com respeito, cortesia, serem bem recebidos na unidade, sentindo interesse e preocupação pelas suas queixas, um atendimento digno, atencioso, uma escuta qualificada e responsabilização quanto seu problema.

Muito bom, o pessoal muito atencioso.[...] Inclusive eles me colocaram muito à vontade pra perguntar coisas, né? Me perguntaram várias coisas também, alguns assuntos que eu queria falar de anos atrás sobre a minha saúde, eles ouviram muito bem, deram sugestão, então nesse aspecto é ótimo, é muito atencioso. (042NSF AZUL)

Ele é bem atencioso, então primeiro ele já pergunta se a gente tá bem se não tá, né? Se a gente quer desabafar, falar alguma coisa, algum problema. É super legal.(049NSF AZUL)

Porque eles ali são muito atenciosos, eles atendem a gente muito bem, eu gosto daí. Ah, é bom, eu acho isso excelente aí. O Núcleo aí eu acho excelente. É agradável. (055NSF AZUL)

São atenciosa e educada. Eu acho que elas têm preocupação, elas se preocupa sim. (061NSF AZUL)

[...] porque eles atendem muito bem, trata bem, explica as coisas, a gente pergunta eles ensinam. É confiança, carinho, respeito, com dedicação, então por isso que eu gosto. (001NSF VERDE)

[...] é bom porque eles é muito atencioso, tem lugar que é estúpido, mas aí não, eles são muito bom. Trata bem. Os médico pega na mão quando vai embora. (002NSF VERDE)

Pequenos gestos, pequenos detalhes: *“Os médico pega na mão quando vai embora. (002NSF VERDE)”*. Gestos que são valorizados pelo usuário como constitutivos da atenção à saúde que recebe para a resolução de seu problema de saúde, mas muitas vezes não valorizados e não ensinados ao profissional de saúde, “porque parecem tão óbvios” (FRANCESCHINI, 2005, p.54).

Nesta direção Franceschini (2005, p.59) assinala que uma das questões importantes para o estabelecimento de vínculos no trabalho em saúde é o “aprendizado da flexibilidade, da escuta qualificada, atenta para além do não dito, da identificação de outras necessidades que são marcadas pela subjetividade presente nas relações.” Chama atenção para a “complexidade dos encontros propiciadores de vínculos qualificados, revelando o aprendizado de que os bons encontros dependem do cuidado com pequenos, mas importantes detalhes” (p.64). Detalhes

presentes no cotidiano, mas permanentemente disponíveis para o agir em saúde, sendo necessário, contudo, que não passem despercebidos, ou não sejam valorizados.

Esta autora ainda explicita que “é o olhar voltado para as necessidades do outro como singulares ou específicas de determinadas situações, que pode valorizar detalhes essenciais para o que se propõe como integralidade da atenção à saúde” (FRANCESCHINI, 2005, p.140)

Narrativas dos usuários dos NSF Azul e Verde, percebe-se que estes relatam ter recebido um atendimento acolhedor, um acesso fácil aos profissionais, até mesmo ao médico, a existência de uma familiaridade, vínculo e a presença da longitudinalidade da atenção.

Excelente. Você pode perguntar, você pode... às vez até nem falar só de saúde, se você tá... outro dia eu tava com problema no pé, falei pro Dr. Fulano, é tipo... a gente fala olho de peixe, não sei como chama o nome, ele... nossa! deu a maior atenção, me passou um ácido, se não resolver você volta. Acho assim, mesmo não tando dentro da consulta eles são super legal! (037NSF AZUL)

Por exemplo eu chego nas meninas ali na mesa que é só uma coisa que eu quero uma informação e vou embora, não é nem consulta, nem nada, elas já atendem ali direitinho. Hoje mesmo eu fui lá, porque eu tou com dois medicamento aqui que eu fiquei na dúvida. A minha cunhada falou que podia tomar, eu falei:ah, eu não vou tomar sem ter certeza se eu posso tomar, fui lá tirar a dúvida com as meninas. (063NSF AZUL)

Consigo, porque ela não me esconde nada. Dá, elas não... como se diz, nós se torna como um lá de casa, então é toda vez que tenho uma dúvida, algum exame elas me explica direitinho. Então elas são legal. (024NSF VERDE)

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2004b) o acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções (MATUMOTO, 1998, 2003; BRASIL, 2004b). Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (MATUMOTO, 1998).

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica: 1) protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; 2) uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário; 3) elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado; 4) mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode, também, garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população; 5) uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; 6) construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. Uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica (BRASIL, 2004b).

Na Tabela 19 pode ser observada a distribuição das respostas dos usuários dos quatro NSF investigados acerca da variável explicações oferecidas pelos profissionais da equipe.

Tabela 19 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e as explicações oferecidas pelos profissionais da equipe dos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Escala	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Excelente	8	17,0	15	34,1	15	33,3	10	28,6	48	28,1
Bom	32	68,1	25	56,8	26	57,8	20	57,1	103	60,2
Regular	-	-	2	4,5	-	-	2	5,7	4	2,3
Ruim	4	8,5	1	2,3	-	-	-	-	5	2,9
Péssimo	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	0,6
Não sei	3	6,4	1	2,3	3	6,7	-	-	7	4,1
Não resp.	-	-	-	-	1	2,2	2	5,7	3	1,8
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Observa-se que 88,3% do conjunto dos usuários classificou como excelente e bom, 5,8% como regular, ruim ou péssimo, 4,1% não sabia responder e 1,8% não quis responder. Apenas para o NSF Azul não houve nenhuma indicação de regular, ruim, péssimo.

Alguns participantes do estudo de Teixeira, Mishima e Pereira (2000) entendem que cuidar da saúde compreende ensinar as pessoas a tê-la e a conservá-la, possibilitando-lhes maior autonomia. Entretanto, o estímulo à autonomia vai além do fornecimento de informações, sendo relevante o modo como essas informações vão ser compartilhadas com os usuários.

Para Campos (1997), o vínculo entre usuários e serviço deve aumentar a eficácia das ações de saúde, favorecendo, também, a participação do usuário.

Podemos observar nas narrativas seguintes a percepção dos usuários dos quatro NSF investigados quanto às explicações fornecidas pela equipe, esclarecimentos sobre diagnóstico, tratamento, o diálogo, a liberdade, linguagem clara, letra legível, escuta qualificada, responsabilização, vínculo, a busca pela resolutividade dos problemas e o fácil acesso que os usuários têm com os profissionais, melhorando na adesão ao tratamento.

Ah, é boa porque... muito bom! Eles explicam, né? Quando eu tive essa dor mesmo, né, falou que era um caso de ortopedista, né? Pra mim ir, tudo, me encaminharam, então explicou, né, porque... estava inflamado mesmo, né? Nossa! Porque eu, vira e mexe, quando ele vem ver meu esposo eu sempre tou perguntando, né, por que disso doutor, por que isso, por que aquilo... (039NSF AZUL)

Ah, sim. Eles explicam. Entendo bem o que eles falam. Dão toda liberdade pra mim fazer pergunta. Não vai perguntar só... a gente não pergunta se não quer! Dá tempo, responde, tudo! Eu acho que é ótimo, né? Isso daí nesse sentido, é bom também, né? Dá tempo pra gente, explica direitinho, né? Como agora que eu fui lá ultimamente, por causa do meu joelho, eles explicaram tudo o motivo do meu joelho porque tá assim, né? E indicaram o remédio, eu tou tomando, vou ver agora o que vai dar. (038NSF AZUL)

Explica, faz tudo assim, talvez você possa até não entender, né? Porque não tem sabedoria pra entender as coisas, mas ele faz tudo assim com as palavras mais simples, escreve até assim, com a letra mais legível, faz tudo pra você entender, explica várias vezes, pra ver se você tá realmente entendendo, fala assim se você tiver alguma dúvida pra você voltar lá pra perguntar, mesmo que não seja, que não tenha consulta. Igual ontem eu fui lá, aí ele tirou os remédio de mim, falou: ó! Vou tirar os remédio seu, mas qualquer coisa a Sra pode voltar aí sem ser... sem ser dia de consulta. pode ser eu tando aqui eu vou dar um jeito pra conversar com a Sra. Quer dizer que ele faz tudo pra gente! Pra mim é ótimo. Excelente os meninos, os meninos que vêm aí, pelo menos os que me atenderam até hoje, graças a Deus, foi excelente. (045NSF AZUL)

As coisas que eu perguntei, expliquei e falei relacionadas comigo, ele explicou bem, né? Entender... até relacionado com a minha operação de estômago que eu fiz há muitos atrás, e na questão de anemia, então eles acharam que um médico que eu consultei numa ocasião, não aqui, em outro lugar, ele me disse que essa deficiência de ferro no organismo é por causa do estômago, que foi tirada uma parte, então não assimila mais o ferro. Então, mas eles aqui disseram: não, não seria bem isso. Aí tem que fazer outro exame pra avaliar se não tá acontecendo uma outra coisa no organismo. Então foi quando me mandaram fazer esse exame que agora vou ver a receita dia 15, né? Então achei que foi uma coisa muito boa, porque não se conformaram simplesmente com a minha explicação, né? Embora eles aceitaram, acharam que tem uma certa validade, mas querem esclarecer o assunto. Isso é muito bom. (042NSF AZUL)

Segundo a OMS (World Health Organization – WHO, 2000), o profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o paciente possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.

Nesta mesma direção, a lei número 10.241 do Estado de São Paulo sobre os direitos do paciente (SÃO PAULO, 1999), estes devem receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas; riscos e benefícios do tratamento, etc.

Para além dos aspectos formais e legais, Franceschini (2005, p.198) afirma que “São pequenos detalhes da comunicação, muitas vezes, não valorizados como produtores dos sentidos que darão rumo às relações, que configuram os vínculos” e que possibilitam a produção de cuidados no atendimento das necessidades e expectativas dos usuários.

Para que o usuário possa assumir a responsabilidade pelo seu tratamento, pressupõe-se que ele deva ser informado e orientado adequadamente, de forma a, nas palavras dos profissionais, “se conscientizar” da importância de seguir suas prescrições (OLIVEIRA; LANDRONI; SILVA, 2005).

Nos diferentes espaços de atenção, há a comunicação entre os profissionais e os usuários e a possibilidade e se estabelecer espaços intercessores, onde trocas entre o profissional e o usuário e a intervenção sobre seu problema se fazem presentes em momentos sempre únicos, singulares na busca de produção de cuidado que atenda as necessidades e expectativas dos usuários. Neste sentido, os grupos educativos desenvolvidos nos NSF, embora pouco citados pelos usuários podem se constituir nestes espaços de troca e intervenção.

Explica. Entendo. Até inclusive eu participei lá de uma campanha que eles tavam fazendo contra a AIDS, né? Como usar camisinha, depois teve aquela outra campanha sobre câncer de mama e câncer de útero, eu também participei, eles explica tudo direitinho, dá pra gente entender. (049NSF AZUL)

Excelente! Eu acho que tem que explicar. Nas reuniões eu acredito que sim. Porque existe uma reunião, toda semana tem uma reunião ou na segunda ou na terça, eu não posso dizer o dia, porque quase não vou, mais ao menos eu fui uma eu fui duas vezes. Eu fui e achei que eles esclareceram muito bem, que cada vez mais tem que explicar. Olha! Eu fiz algumas não deu aquele tempo suficiente mas valeu a pena, porque eu quero perguntar e quero receber resposta. (073NSF AZUL)

São porque eu fiz o curso de gestação lá né, até foi ela que fez o curso. A moça lá que eu esqueci o nome, acho que é a Fulana ela que dá, então eu fazia muita pergunta pra ela, e ela me respondia direitinho. Elas deixa a gente que nem de segunda-feira tem um curso pra nenenzinho novo pra saber como que vem a febre, então eles deixa a gente fala bastante, as vezes tem pessoa que a gente sabe que aquela pessoa não sabe então a gente passa pra aquela muié, as veis nem ela sabe e nós sabe e elas aprende co nós tamem. Dá, então eu converso muito com elas e elas me orienta bastante, a gente conversa qui nem na gravidez dela tudo, ela me explico tudo, falo que eu ia pode da mama normal pra nenê tudo, tudo bem com a nenê. (014NSF VERDE)

Conforme Merhy (1994), a esperança do usuário é de que seja acolhido a partir da relação com o trabalhador de saúde, para que exista uma resposta resolutiva ao seu problema, que as ações sejam efetivas e o satisfaçam, e, neste sentido, a troca de informações, experiências, saberes, em que todos possam se ver também como alguém que ensina e que aprende parece ser fundamental na produção de cuidados em saúde.

Na Tabela 20 pode ser observada a distribuição das respostas dos usuários dos quatro NSF investigados acerca da variável atendimento médico.

Tabela 20 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o atendimento médico nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Escala	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Excelente	18	38,3	15	34,1	16	35,6	11	31,4	60	35,1
Bom	27	57,4	27	61,4	27	60,0	21	60,0	102	59,6
Regular	2	4,3	1	2,3	1	2,2	1	2,9	5	2,9
Ruim	-	-	1	2,3	-	-	-	-	1	0,6
Péssimo	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	0,6
Não sei	-	-	-	-	1	2,2	1	2,9	2	1,2
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Verificamos que 94,7% dos usuários dos quatro NSF investigados classificaram o atendimento médico como excelente e bom, apenas 4,1% como regular, ruim ou péssimo e 1,2% não sabiam responder. Não há grandes variações entre os NSF, apenas que houve um usuário do NSF Vermelho que classificou como ruim e um do NSF Verde como péssimo. Aprofundando na narrativa do NSF Verde verificamos o motivo expresso por este indivíduo para sua insatisfação, devido uma experiência anterior negativa, de erro de diagnóstico, de acordo com o usuário.

Depois do que aconteceu aquilo com a menina, eu não tenho muita mais não, eu fico com o pé atrás porque não sei, eles só falam que tudo é virose, hoje em dia, né? Tá com virose, tá com virose! Péssimo porque eu acho que eles tinham que ter um diagnóstico mais preciso, né? Porque tá mexendo com vida, não é animal, né? Ah, é virose aí depois de uma semana vai ver que não é, é errado, né? (030NSF VERDE)

Ter um diagnóstico mais preciso. O que este usuário estará querendo dizer com esta afirmação; em seu sentido literal, como solicita o usuário, nem sempre será possível tanta precisão. Uma das marcas do processo saúde-doença é sua imprevisibilidade (MENDES, 1995), sendo que nem sempre o profissional de saúde disporá de todas as ferramentas para imediatamente identificar um problema/situação de saúde, ou mesmo de ter uma pronta intervenção para solucioná-lo.

Starfield (2002) afirma que na atenção primária o profissional de saúde, lida com problemas mal definidos, imprecisos, com sinais e sintomas muitas vezes vagos expressos pelos usuários. Neste sentido, o profissional necessita estar municiado de ferramentas básicas para a identificação do problema apresentado pelo usuário. Consideramos que uma destas ferramentas é a conformação de uma competência técnica específica que permita a ação clínica, sustentada por saberes e práticas de distintas áreas do conhecimento, e que implicaria no manejo de tecnologias duras (equipamentos, protocolos assistenciais) e leve-duras (saberes que possibilitam um dado fazer) pelo profissional de saúde dentro de seu núcleo específico de competência (MERHY, 1997).

Outro conjunto de tecnologias necessárias para a identificação do problema são as tecnologias leves seriam aquelas consideradas tecnologias de ação, colocadas em operação em processos de intervenção em ato, são aquelas presentes em processos de relações, como por exemplo, as relações de interação, de vínculo, de escuta e intersubjetividade (MERHY, 1997; MISHIMA, 2003).

Para Merhy (1997), na utilização de tecnologias leves os recursos para a intervenção em saúde tornam-se inesgotáveis, “possibilitando a produção de compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar a relação entre trabalhadores de saúde/usuários” (MISHIMA, 2003, p.19).

Neste sentido, seria importante que expressões de insatisfação como esta trazida pelo usuário pudesse lidar com mais cautela pelas equipes que atuam na Saúde da Família, uma vez que há uma aposta nesta estratégia para a mudança das relações entre usuários/profissionais de saúde na produção de cuidados que se voltem à integralidade da atenção.

“Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Cuidar, mais que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante” (PESSINI, 2000, p.236). Implica ainda, em confiança mútua e necessária por quem cuida e por quem é cuidado. Confiança que significa

estabelecer relações singulares, entre o cuidador e quem está sendo cuidado (MISHIMA, 2003, p.21). Ressaltamos a importância de se pensar neste aspecto uma vez que

do ponto de vista do usuário [...] em geral, este não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seu problema (MERHY, 1998, p.105).

O conjunto das demais narrativas em relação ao atendimento médico, destacamos que em sua maioria é assinalado pelos usuários entrevistados a presença de um atendimento mais humano, pessoal, reconhecem o médico pelo nome, vínculo, parecendo configurar-se a longitudinalidade da atenção, elemento fundamental no trabalho em atenção primária à saúde.

Foi ótimo. Dr. Beltrano. Ah, sim! São assim muito humano, gente muito boa mesmo. (058NSF AZUL)

Consigo assimilar tudo. Inclusive Dr Ciclano numa certa ocasião ele quis me internar porque eu tava muito desequilibrado e ele até me incentivou uma internação, eu abri minha visão. Eu to sendo sincero, eu fui maltratado lá na minha cidade, mas aqui em Ribeirão eu não tenho queixa. Todos os médicos que eu passei por aqui, graças a Deus são médicos de coração humano. (035NSF VERDE)

O médico que atende a gente também é excelente, quer descobrir coisa que você nem tem.<riso> E são muito educados, conversa, fala se você tiver... Isso! Se você tiver, não precisa assim, tá doente, ele fala. Se você estiver sentindo triste, alguma coisa, pra você conversar com eles, entendeu? Ele quer ser amigo seu, quer dizer que isso é importante pra nós, né? (045NSF AZUL)

Na Tabela 21 podemos observar as repostas dos usuários dos quatro NSF acerca do atendimento prestado pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Tabela 21 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Escala	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Excelente	8	17,0	15	34,1	13	28,9	16	45,7	52	30,4
Bom	35	74,5	28	63,6	29	64,4	16	45,7	108	63,2
Regular	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	0,6
Ruim	2	4,3	-	-	1	2,2	-	-	3	1,8
Péssimo	1	2,1	-	-	-	-	1	2,9	2	1,2
Não sei	1	2,1	1	2,3	22	4,4	-	-	4	2,3
Não resp.	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	0,6
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

O atendimento do Agente Comunitário de Saúde obteve 93,6% de excelente e bom, apenas 3,6% de regular, ruim ou péssimo, 2,3% não sabiam responder e 0,6% não quiseram responder.

Destaca-se para dois usuários que classificaram como péssimo; um do NSF Branco e um do NSF Verde, sendo que ao nos atentarmos para a fala, percebemos a não aceitação do usuário quanto à mudança de modelo de atenção para estratégia de Saúde da Família, assim como seu descrédito em relação ao trabalho desenvolvido pelas Agentes Comunitárias de Saúde, expressando desta forma sua expectativa de que o trabalho fosse resolutivo e que recebesse atendimento médico quando da procura pelo NSF.

Um desperdício de dinheiro público. Porque elas passam na porta da casa da gente, perguntando se tá tudo bem, e só vai marcando. Passa acho que toda semana perguntando, mas acho que isso não resolve pra gente perguntar se tá tudo bem, porque quando a gente precisa de ir no núcleo, o núcleo não atende, só se tiver marcado lá. Aí o que que acontece? A gente tem que ir lá no Cuiabá. Porque que passa na porta da casa da gente perguntando se tá tudo bem e marcando no caderno. Um desperdício de dinheiro público. Deveria de contratar, ter mais médico no postinho da Cuiabá, mais auxiliares de enfermagem, mais enfermeiros, mais médico, muito melhor do que mandar essas mulheres na porta da casa da gente perguntando se tá tudo bem, elas não vão resolver nada. Olha, o pior, o péssimo mesmo. [...]Ah, poderia acabar com os núcleos e aumentar o postinho da Cuiabá e ser atendido todo mundo lá. Como no Pronto Socorro Central (008NSF VERDE)

No conjunto dos demais entrevistados em relação ao trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, estes destacam a frequência de visitas domiciliares, sua função, a conversa, a familiaridade por morarem no mesmo bairro, por conhecerem sua família, sua casa, tem amizade, vínculo, atenção, ressaltando a importância da escuta proporcionada por este trabalhador.

Na porta, né? Elas veio aqui também. Veio a Fulana, veio uma outra. Ah, é bom...você sabe que às vezes até esqueço o dia do retorno e elas até me alembra? Teve um dia que eu falei: é tal dia. Ela falou: não, é amanhã. Nossa! Se não fosse você eu ia perder, falei pra ela. Eu tinha certeza que era outro dia. Excelente. (058NSF AZUL)

A que vem aqui na minha casa é muito boa. É muito bom, ela pergunta também tudo direitinho como é que tá, se tá tudo bem mesmo, se eu tou acompanhando certinho.”(064NSF AZUL)

Olha, eu acho bom. Ela passa aqui todos os meses. Pelo menos a que passa aqui é sempre a mesma, né? Eu tenho muita amizade com ela. (021NSF VERDE)

Gostei.[...] Ela vem sempre, eu gostei. É. Ela chama Ciclana. Pergunta, conversa, o que ela puder tá respondendo também ela responde. Tá assim, como fala? Instruindo a gente também. Ela é muito excelente. (022NSF VERDE)

Passa sempre são muito educadas. Ela faz pergunta, né, dona Fátima? Pergunta se tá passando bem, se tá sentindo alguma coisa. A que passa aqui é muito boazinha, é, a que passa é muito atenciosa, e elas tão sempre aí na porta mesmo. (029NSF VERDE)

“Quem vem fazer visita aqui na minha casa é só o Beltrano. Ele me trata muito bem, chega, ele senta vem perguntar pra mim, eu falo pra ele, ele é muito bonzinho! Não, muito bom, é muito educado, respeitador, não tem o que dizer, pra falar a verdade, não tem palavra.”(050NSF AZUL)

Se não me engano é o Fulano. Até encontrei com eles aqui, mas muito bom. Passa sempre. Agora recentemente ele não passou, apesar que eu saio muito também. Mas hoje por coincidência eu encontrei ele na casa da frente, até tava vendo um negócio com o rapaz do Correio ali, não me dirigi a ele, ele viu, me chamou pelo nome, né? Perguntou se eu não tava com nenhuma necessidade, ... consulta agendada, mas pra você ver, por ele me chamar pelo nome, achei uma atenção muito grande, marcou o nome e gravou. Geralmente a pessoa é monte de gente, esquece, né? (042NSF AZUL)

Na Tabela 22 podemos observar as respostas dos usuários dos quatro NSF acerca do atendimento prestado pela recepção e pelo pessoal de enfermagem.

O atendimento na recepção teve 91,2% de excelente e bom e apenas 8,8% de regular, ruim ou péssimo. Já em relação ao atendimento de enfermagem obteve 71,9% de excelente e bom, 2,9% de regular, nenhuma classificação de ruim ou péssimo, porém 24,6% de usuários responderam “não sei”, pois muitos não sabiam quem eram essas profissionais, identificavam e conheciam por nome a recepção, porém, não com a função de auxiliares de enfermagem e nem do enfermeiro.

Com relação às entrevistas, os usuários apontam que o atendimento na recepção é um atendimento humano, pessoal, identificam os profissionais pelo nome, mantém relações respeitadas, atenciosas, adotando uma postura acolhedora, reconhecendo as necessidades do outro por meio da escuta qualificada.

São muito mesmo educadas, atenciosas, pode chegar a hora que for... por elas tinha hora pra tudo, né, se fosse por elas, elas medicariam a pessoa na hora. São humanas essas meninas. Ah, tem a Fulana, tem a Beltrana, a Ciclana. A outra como é que ela chama? Uma moreninha lá? Esqueci o nome dela agora. Todas que tão aí são ótimas, são muito atenciosas. (067NSF AZUL)

Iche! Muito preocupada com a gente, quando a gente chega lá, né? Se preocupa muito com a gente, elas atende muito bem, quando vê que a gente tá passando mal, elas que atende mais rápido também. É bom. (076NSF AZUL)

Elas são muito educadas, atende muito bem, acho bom. Ah, então, mais a que eu tenho mais contato assim... são as que fica na frente, né? Acho que se eu não me engano, o nome é Beltrana. (021NSF VERDE)

Perfeitamente. Perfeitamente. Perfeitamente. Qualquer dúvida que a gente tem... eles escutam e respondem numa boa. Excelente. Excelente também. De enfermeira é... Ciclana? Ciclana! ou Beltrana, um dos dois. Uma gracinha! Excelente! (027NSF VERDE)

Tabela 22 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o atendimento da recepção e da equipe de enfermagem nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

Variável	Atendimento por parte da recepção										Atendimento por parte da enfermagem									
	Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total		Branco		Vermelho		Azul		Verde		Total	
NSF	Nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	Nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Escala																				
Excelente	12	25,5	12	27,3	11	24,4	12	34,3	47	27,5	5	10,6	8	18,2	9	20,0	8	22,9	30	17,5
Bom	31	66,0	26	59,1	31	68,9	21	60,0	109	63,7	23	48,9	24	54,4	24	53,3	22	62,9	93	54,4
Regular	2	4,3	4	9,1	1	2,2	1	2,9	8	4,7	1	2,1	2	4,5	1	2,2	1	2,9	5	2,9
Ruim	2	4,3	1	2,3	-	-	-	-	3	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Péssimo	-	-	1	2,3	2	4,4	1	2,9	4	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	38,3	10	22,7	11	24,4	3	8,6	42	24,6
Não resp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,9	1	0,6
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Em relação ao atendimento da enfermagem ocorreu uma dificuldade de identificação desses profissionais na unidade pelos usuários, pois devido não existirem escriturário nos NSF quem fica na recepção, revezando o atendimento, são as auxiliares de enfermagem. O problema é o desvio de função dessas profissionais que acabam limitando seu trabalho e função, porém, os usuários ressaltam grande satisfação pelo atendimento na recepção, acolhedor, afetivo, orientações adequadas, presença de prioridade nos atendimento e avaliação de risco.

Pelo que eu vi ali , eu nunca precisei também. Não. Com enfermeira, não. A não ser tirar a pressão, me atenderam muito bem. Muito competente. (042NSF AZUL)

São muito boazinhas! Nunca, nunca, nunca eu levei um não delas, elas são muito boazinhas. Então, a Beltrana, a ...tem a ..como é que ela chama? Que eu falei agora? Ciclana! Tem diversas ali. São boazinhas, atenciosas! Ah, eu acho elas muito boazinhas, são... Bom. (024NSF VERDE)

Ah, é tão pouco assim as vezes que precisa de enfermeira pra gente quando vai ali, que nem sei te falar!No exame ginecológico quando precisa de ajuda é uma vez ao ano, então cada vez é uma que ta lá, então não presto atenção. (034NSF VERDE)

Então, são elas que mexem também. Elas estão ali na frente elas que faz tudo. Na hora! Que nem outra mora aqui, só atravessa a rua, né? ...que foi, fia? A senhora fica aí pelo menos 5 minutinhos, que a senhora mora perto mas sempre tem uma diferença. Aí ela faz eu sentar um pouquinho, ela já vem e já me dispensa eu. (024NSF VERDE)

Não passei...ainda não [enfermagem]. Não, porque ainda não passei por nenhum atendimento por elas. (029NSF VERDE)

Aquela enfermeira chefe lá a Beltrana eu gosto muito dela, ela me atendeu bem, as meninas que ficam ali, eu ligo lá, elas sabem a hora que eu falo meu nome. (030NSF VERDE)

Muito bom. Então, a que mediu minha pressão e aplicou uma injeção na veia, até pegou minha veia que é muito difícil, é uma de cabelo curtinho, essa que fica na recepção. Essa enfermeira branquinha, não sei o nome dela. (058NSF AZUL)

Obstáculos que surgiram das narrativas foram sobre a percepção negativa que os usuários trazem a respeito dessas unidades de saúde ser um serviço escola, prejudicando no vínculo, longitudinalidade e confiança. A residência de Medicina de Família e Comunidade da FMRP/USP é realizada nesses NSF pelo período de dois anos e ocorre a troca de médico após esse período, sendo essa uma das queixas mais frequentes pelos usuários, que em seus retornos médicos precisam passar por um período de adaptação com o novo médico e repetir novamente toda sua história.

Olha, é uma coisa que eu peço porque... aí sempre fui atendida. É uma coisa que eu não gosto, eu sei que tem estagiários e tudo, mas eu gosto que seja sempre a mesma pessoa, a

mesma médica. O tempo que ela está aí, isso eu exijo. Só me marca quando for você porque eu não gosto, cada vez que você vai é uma pessoa. Isso você deixa de conhecer a pessoa, né? E ela também o paciente. [...] Não sei se ela vai ficar o ano que vem, porque geralmente vem e fica dois anos, né? Ela já é R3. Eu gosto muito dela, chama Dra Beltrana, sabe? Então, eu gosto muito dela. (028NSF VERDE)

[...] E também esse negócio que você acostuma com médico, depois de um ano, dois ano, ele vai embora, aí também.... Entendeu? Toda vez tem que mudar o médico. Quando você tá acostumando com o médico. Isso daí eu acho péssimo. (030NSF VERDE)

Tem, é o que falo pra você, até hoje não tive reclamação, não. Eu acho que confiança mesmo, ninguém tem.<riso>. É que cada vez que você vai é um médico, né? Você não tem aquela que atualmente você vai ah... Você fica meio em duvida. É regular, porque eu acho que devia ser um médico só, pra que toda vez que for lá consultar é aquele médico, né? Que você marca uma consulta hoje, daqui... daqui 6 meses você vai lá já é outro médico, então como você pode ter confiança? Não tem condições, né? E liberdade talvez vc nem tem ,né, porque o médico nem te conhece direito, nem sei também. (032NSF VERDE)

Não! Inclusive assim, a gente vai ali, até porque a cada dois anos vem um médico diferente, né? Mas logo eles fica conhecido, até assim, fica até triste que logo eles vão embora, né? Mas assim, as meninas, tudo,logo já conhece e sabe. (045NSF AZUL)

Óh! Principalmente, igual ao que eu tou te falando, a cada vez vem um médico novo, né? Então aí a gente fica assim, quando você vê um médico... você tem que passar por um momento pra você ter confiança, então igual quando abriu o Núcleo, era o Dr. Fulano, não sei se você chegou a conhecer o Dr. Fulano. Esse aí se você falar o nome dele ali, é como que se ele fosse santo! Sabe a pessoa que faz milagre? Mas aí nós pegamos... ele foi embora, né? Aí veio o Dr. Beltrano, também muito bom, né? Eu acho que esses dias veio um outro médico! Agora assim, mas é tudo muito confiável porque todo mundo pega confiança neles. O trabalho deles eu acho excelente. (045NSF AZUL)

Quando tem uns funcionários competentes eu acho excelente que vai sempre trocando funcionário estagiário, eu não sei como funciona, então não é sempre que.. entendeu. Na ultima vez que eu fui eu não gostei do jeito que o estagiário me tratou então nem voltei, eu não voltei no retorno nem nada, eu só voltei porque tem um atendente muito bom, e ela sempre me cobra, ela sempre fala quando seu retorno? Você já foi, o que você esta sentindo, ela é uma pessoa excelente, alguns atendentes estes dias que eu não estava legal parece que já trocou a estrutura daí eu já senti melhor, parece que eles são interessados. (012NSF VERDE)

Os NSF se constituem ainda campo de formação para acadêmicos de diferentes cursos da área da saúde, sendo que este aspecto merece maior atenção pelas equipes de trabalho. Há necessidade de acompanhamento do estagiário de forma que este possa ter seu aprendizado nas questões clínicas, éticas, das relações que se estabelecem na produção do cuidado em saúde, o aprendizado dos pequenos detalhes (FRANCESCHINI, 2005).

Ainda, é fundamental o monitoramento da atenção prestada no NSF tanto pela equipe como pelos estagiários, para que não ocorram situações como a descrita pela usuária: *“eu não gostei do jeito que o estagiário me tratou então nem voltei, eu não voltei no retorno nem nada ... (012NSF VERDE)”*

Ainda no tema de humanização ao analisarmos as narrativas emergiu como um elemento fundamental que propicia a humanização na assistência a *ambiência*.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d) a *ambiência* na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humana.

O conceito de *ambiência* está relacionado em três eixos: 1) o espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; 2) o espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; 3) o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma *ambiência*, sendo esta subdivisão apenas didática. (BRASIL, 2006d)

Na Tabela 23 são apresentadas as respostas dos usuários dos quatro NSF investigados, em relação à variável espaço físico.

Tabela 23 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e a aparência física dos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Escala	nº	%	Nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Excelente	8	17,0	8	18,2	3	6,7	8	22,9	27	15,8
Bom	34	72,3	31	70,5	32	71,1	15	42,9	112	65,5
Regular	5	10,6	5	11,4	8	17,8	10	28,6	28	16,4
Ruim	-	-	-	-	1	2,2	-	-	1	0,6
Péssimo	-	-	-	-	1	2,2	2	5,7	3	1,8
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

A aparência física dos NSF foi classificada como excelente e bom por 81,3% dos usuários classificaram a aparência física dos NSF e que apenas 18,7% demonstraram insatisfeitos, classificando como regular, ruim ou péssimo.

Houve diferença entre os NSF, sendo que o NSF Branco obteve 89,3% de excelente e bom, seguido do NSF Vermelho com 88,7%, NSF AZUL com 77,8% e o NSF Verde com 65,8% de satisfação. Os únicos NSF que receberam classificação de ruim ou péssimo foram também o NSF AZUL e o NSF Verde. Cabe ressaltar que a localização destes dois Núcleos é em uma área geográfica mais acanhada do ponto de vista da disponibilidade de edificações que comportem um serviço de saúde. É importante destacar que os NSF investigados estão instalados em casas já existentes na área, e que foram adaptadas para abrigarem as equipes de Saúde da Família.

O NSF Verde é o que apresenta, conforme já explicitado, o menor percentual de satisfação (65,8%), sendo que quando consideradas as falas dos usuários em relação à aparência física da unidade de saúde, os usuários parecem que foram generosos em sua avaliação inicial.

Ah, muito modesta, né. Muito simples, né. [...] Agora a pintura é muito fraca, é uma casa, uma residência, muito humilde, muito simples, né. (003NSF VERDE)

Ah, sei lá eu acho que podia ser um ambiente melhor, assim, eu acho eu sujo, o chão, as paredes, os móveis. Não tem conforto. Ah, o tamanho das salas são boas, mas o ambiente em si, não sei se é por causa, dos móveis, não sei acho ali feio, ruim. Não sei acho que deveria ser melhor. Em relação a conforto, cadeiras pra sentar, muito barulho, calor, eu não acho bom ambiente ali não. Eles atendem muito bem, mas eu falo, que o ambiente deixa a desejar. Não, não tem não. É muito junto, tudo misturado, não tem privacidade não. Eles atendem, mas o local deixa a desejar pra tudo. (005NSF VERDE)

Ah, eu acho que precisava melhorar um pouquinho, sabe. Tem hora que a gente chega lá, ta meio sujo, tem uns papel no chão, então podia melhorar um pouquinho né, mais é bom. Ahm, a mobília é meio velha tava precisando troca umas coisa, melhora as coisa pra gente, porque a gente ta sempre precisando indo lá, levar os filhos, então tem que melhora um pouquinho. Ahm, eu acho regular. Eu acho, que tava precisando de uma reforma, precisava melhorar um pouco, podia limpa, manter tudo mais limpo, pra onde a gente espera lá, ficar um ambiente melhor né. (018NSF VERDE)

Não sei não, mas acho o muito sujo ali. Ah, eu acho, quando chega lá de manhã, aquelas cadeira tudo empoeirada, nossa! Uma papelada no chão. Ah, quanto a isso não! Essas coisas eu não reparo não, mas eu acho a sala de espera ali devia ser mais limpa. Ah, acho que devia melhorar um pouco, né? Que nem essa parte da sala de espera, né? Que ali é quente, né? Acho que ninguém agüenta esse calor, agora vai entrar o calor, a limpeza, né? tudo isso! (032NSF VERDE)

Além de ser apontado como um lugar modesto, o que chama atenção nas falas é a referência à sujidade da unidade de saúde. Um ambiente “não cuidado” para produzir “cuidado às pessoas”. Matumoto (1998) quando discute o acolhimento faz uma referência que a unidade de saúde se prepara para receber os usuários, a limpeza do ambiente, os

profissionais com aventais limpos indicam que há uma preocupação com quem chega ao serviço de saúde para ser atendido.

É importante também retomar o conceito de ambiência, no sentido de ser um espaço que possibilita o conforto dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação; o que parece não estar presente no NSF Verde.

Embora já um alto percentual de excelente e bom em relação à aparência física, evidenciamos nas falas insatisfação dos usuários quanto à ambiência, sendo que suas críticas estão relacionadas principalmente em relação à sala de espera, caracterizado como um local pequeno, apertado, sem iluminação e adequação térmica (algumas vezes muito calor ou muito frio), sem privacidade, sem conforto, com mobílias velhas, algumas vezes citado como um lugar sujo, que nem parece um serviço de saúde, pintura ruim, paredes com infiltração, enfim um lugar feio para um serviço de saúde.

Eu acho bom. Lá dentro eu acho limpinho, tudo, lá fora que é meio acabadinho, né? Mas parece assim, lá fora não importa não, o que importa é lá dentro né? Poderia, eu acho. Lá fora onde a gente fica ali esperando, eu acho que poderia melhorar na frente. Ali na frente eu acho...regular. [...] Só lá na frente, o resto, não. O resto tá ótimo! É tudo limpinho lá dentro, tudo organizado, as menina, eu acho. Mas lá fora onde a gente fica esperando eu não acho que tá bom, não. (033NSF VERDE)

Regular. Porque eu acho que não tem bem uma estrutura pro atendimento. Ah, sobre a limpeza, é ótimo.né? Conforto não tem, conforto é muito pouco, mas sobre limpeza é ótimo.Tanto é... limpeza quanto o atendimento. Ah, eu acho que tem a entrada, a espera, a sala de espera não é confortável.” (054NSF AZUL)

Péssimo. Porque falta muita coisa pra ser feita ali. Não, tá toda... tudo velho, tem que mudar tudo, tinha que pintar de novo aquilo ali, pra você ver, tem um vazamento, tem bolor, parede rachada... Péssima! Não, é agradável, o ambiente é bom. (067NSF AZUL)

Ah ,eu acho que a limpeza...a limpeza é boa. Tá sempre limpinho, sabe? Agora não sei, parece que a ...tenho a impressão que a estrutura do prédio não é grande coisa não. Quando chove muito já chegou a molhar tudo lá, né? (061NSF AZUL)

Ruim. Porque precisa de muita reforma, tem umas coisa pra arrumar. É infiltração de água, as pessoas que trabalham lá até já comentou isso com a gente que teve uma época de chuva que teve que ficar uns dois dias fechado por causa disso, fazendo infiltração, mais assim a parte de parede, do piso. (046NSF AZUL)

Me parece aconchegante ali, né? Como eu te falei eu tou aqui, há dois meses só. É um lugar aconchegante, bem atendido, o pessoal gosta. Acho que tá bom. Parece assim limpinho. Pintura, pintura é uma coisa que... precisa de pintura. Dá uma melhor aparência. Não, é bem organizado. Não, é bem organizado. Bem organizadinho! Bom, eu acho bom. (071NSF AZUL)

Também tá razoável, não tá atendendo exatamente como deveria ser uma coisa médica, né? Com todas as exigências, mas atende bem. Mas evidentemente pode melhorar a

questão de móveis, por exemplo, a limpeza a questão da pintura da própria casa, né, lugares que precisa ter um pouco mais de ...talvez até azulejo, coisas desse tipo e a limpeza em geral também, né? Porque lugar de saúde precisa ter muita limpeza, né? Mas tá razoável, tá atendendo bem no momento. (042NSF AZUL)

É assim, a casa é tipo casa velha, poderia ter um piso mais decente, e aquele que te falei, falta bebedouro, copo descartável, então eu acho assim que de aparência está bem feio, [...] eu não tenho queixa deles não, só o prédio mesmo que... (010NSF VERDE)

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d), as salas de espera nas Unidades Básicas são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde. Podem ser criadas ambiências externas multifuncionais, tanto para espera confortável quanto para diferentes práticas de convívio e interação, incluindo atividades físicas como relaxamento, alongamento (ginásticas, tai chi, etc.) tanto para trabalhadores como para usuários.

Distante desta perspectiva, as falas apontam para necessidade das equipes de Saúde da Família reverem esses locais, principalmente quanto à limpeza do chão, cadeiras e outras mobílias, de modo a tornarem o quanto for possível um lugar mais interativo, por meio de murais e atividades educativas realizadas nesse espaço, a possibilidade de deslocar uma televisão ou música e revistas, melhorando na distração do paciente enquanto espera pelo atendimento, decoração e pintura do ambiente através da ajuda de voluntários na comunidade.

Uma narrativa muito interessante foi à percepção de um usuário comparando a limpeza do serviço de saúde com as orientações em educação em saúde fornecida pela equipe do NSF. Reforçando ainda mais as equipes estarem mais atentas quanto à limpeza da unidade de saúde.

Esse tempo atrás nois eu e a moça, nós tava conversando da pueira, pá donde nós senta, tinha muita queimada, papel de bala no chão, então, nós acha assim né, antes de abri lá, dá uma jogada de água né, porque como eles imprica com a gente, vocês tem que por água debaixo da cama, então lá tamém é a mesma coisa. Ah, esses dia eu fui lá e vi que tava moiado o chão ai eu falei as veis alguém reclama, né. [...] as cadeiras fais muito baruió, é muito baruianta. (014NSF VERDE)

Outro aspecto presente e que merece destaque, refere-se à ausência de privacidade. Muitos usuários relataram não haver privacidade na recepção, ser um local aberto e exposto, prejudicando na sua interação e no acolhimento para expor suas queixas.

Não, ali é muito pequeno em certo ponto, mas a gente pergunta. Acho que tá bom assim. Lá dentro é bom, fora acho que todo mundo ouve as suas perguntas que tem que fazer naquela sala de atendimento, acho que tem que melhorar. (073NSF AZUL)

Isso poderia passar por uma reforma, ou então sei lá, uma casa maior, né, que tivesse mais, porque tá apertado ali. Tem vez que às vezes chega ali várias pessoas ali no espaço da sala ali da recepção, né? (031NSF VERDE)

Eu acho que se fosse maior, era melhor! É...tem que dar uma arrumada. <riso> Os cômodo lá, né? Se fosse mais grande! A organização é, é bem organizado. Acho que seria melhor uma sala, né? Uma recepção sem ninguém tá passando, né? (025NSF VERDE)

Não 100%, mas uns 60% ; 70%. Não tem privacidade. Às vezes ela pergunta sobre o que você quer a consulta aí você tem que falar no meio daquelas pessoas. (012NSF VERDE)

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d) o espaço dos serviços de saúde visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos. A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade.

Ainda, muitos usuários relatam os NSF com uma casa simples, modesta, sem conforto, sem recursos, sem identificação nenhuma que ali é um núcleo ou serviço de saúde, compara com o Centro de Saúde e outras Unidades Básicas.

[...] igual ao que eu te falei, eu sinceramente eu acho é inadequado porque é uma casa transformada e tudo, então quer dizer, não chega a ser uma coisa assim que você vai... de repente eles têm poucas salas, então, ah, eu acho regular, acho que poderia ser assim um centro de saúde realmente seria melhor. Se eles transformassem aquilo ali num centro de saúde mesmo, né, então. É exatamente o que eu tou te falando, não dá, o espaço é pouco, de repente tá... você entendeu? Tá entrando pessoas, às vezes criança que abre a porta de repente, então, eu acho que precisaria de uma coisa assim, mais... de espaço físico melhor. (037NSF AZUL)

A aparência física do Núcleo até agora que eu frequentei, que eu tenho ido, né, sempre foi bem, sabe? Eu acho a aparência boa, legal, sabe, as menina trata muito bem...Tá sempre limpinho. Bom, as salas são um pouco pequenas, né, meio apertadinho as salas, de modo que é uma casa e tem os quartos, né, então ali é

formado os consultórios médicos, né? De modo que é um pouco pequeno, né? Não, a mobília eu acho uma mobília muito simplezinha, aquela mesmo a mesinha onde o médico fica, duas cadeira, né, somente, né? Não, a rampa não tem, é tudo piso reto, né? Eu acho que bom, né? Ram ram. Eu acho que bom, porque em vez de um deficiente chegar com cadeira de roda é mais complicado, né? Lá é tudo certinho assim. (038NSF AZUL)

Eu acho que deveria ser num lugar maior e mais localizado, tipo, naquele canto ele é meio escondidinho, quem vê acha que é uma casa. A minha primeira aparência foi essa de ser uma casa. (017NSF VERDE)

Não tem assim, não parece um Núcleo, nem sabia que era, né? Então não tem nada avisando que é. Não tem placa, não tem nada. Bom! Não sei se...agora, uma pintura, uma ajeitada por fora, por dentro é arrumadinho, mas por fora é...não tá muito arrumado, né? Podia dar uma melhorada. (071NSF AZUL)

Ah! Precisava melhorar! Assim, aparência, né? Não está se falando de...De...de...das pessoas, do Núcleo, assim, é uma casa, né? Eu acho que fica ruim até pros profissionais, né? Mas assim...isso aí eu classifico assim que precisa melhorar a aparência pra aparecer mais realmente com Núcleo, uma coisa mais de saúde, porque quem chega assim de visão, não... nós que moramos aqui sabemos, que desde que fundou tamos indo. Mas as pessoas de fora que vem, se a pessoa não avisar que é ali, não sabe porque tem a aparência de uma casa. Regular, né, porque melhor ter assim do que não ter. Isso aí eu acho bom, assim lá onde a gente é atendido é bem limpinho, sabe? Às vezes, fora igual eu tou te falando tem uma aparência, né? Mas lá é sempre, nunca que eu fui lá pra encontrar, sempre tá bem limpo até o banheiro limpo, eu acho confortável. (045NSF AZUL)

Outro obstáculo apresentado pelos usuários em relação à ambiência foi a falta de facilitação física dificultando o acesso dos portadores de deficiências no trânsito interno das unidades de saúde, e não atendendo o indivíduo em todas suas necessidades, enquanto princípio de desenvolver uma ação integral.

[...] meu irmão mesmo berrou pra subir aquela escada, banheiro é lá no fundo, e a sala que ele foi atendido lá, a última lá do fundo também, doeu aquele degrau pra subir, que dificuldade. Ruim. Péssimo, porque uma pessoa que teve derrame cerebral, não consegue mal andar, com esses barrancos tudo pra poder chegar até na sala pra ser atendido, é difícil, né. [...] a única coisa que eu te falei, o que é ruim ali é os degrau que tem pra uma pessoa quando não tá podendo andar, igual o caso do meu irmão. (015NSF VERDE)

Sempre falam na televisão, né, não pode esquecer das pessoas que precisam disso. Que ali na entrada tem rampa, mas depois na segunda parte já não tem. É degrau. Então, igual te falei, quando a gente vai no médico, a gente não presta atenção nessas coisas. Se estivesse em péssimo estado, acho que todo mundo viria e comentaria, que quando você tá lá, está conversando então rola vários assunto, então eu acho, eu não sei, eu acho que tá bom. (034NSF VERDE)

Segundo a Política Nacional de Humanização do SUS os serviços de saúde devem contemplar a facilitação física para acesso, não excluindo pessoas com deficiência visual ou que usem cadeiras de rodas ou muletas, ou ainda que não saibam ler, que tenham linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções. (BRASIL, 2006d)

Outros usuários referem nunca ter prestado a atenção ou parado pra pensar sobre a ambiência das unidades de saúde e outros dizem que isso não importa o que importa é ser bem atendido.

Oh, eu vô fala eu nunca reparei, eu vou lá mais e nunca reparei essas coisas não. Não sei porque sabe, eu vou mais no médico assim, sabe. Eu não fico, eu fico mais é lá fora assim, vô pá sala, um pouco é desconforto para os médicos, às vezes tem uma sala que tá ocupada, a outra tá ocupada, então eu acho que é pouca sala né pra eles, não sei eu acho isso. Porque as vezes não tem sala, ai, você tem que espera a outra pessoa sai pra entra, mais toda vez que eu vô lá eu tô sendo bem atendida né. Ôh, a frente ali, voceis pode repara a hora que voceis chega lá, é um frio lá, memo a lá que tem sol quente, lá ta frio, não bate um sol ali na frente né, principalmente pra criança né, pra gente idosa né. (014NSF VERDE)

A aparência física? Não prestei atenção, mas acho que não tem assim o que falar. Mal, não. Bom. Tá. Eu acho que tá sempre limpo. (034NSF VERDE)

A maioria dos usuários ao analisar a ambiência, relaciona com a interação que estabelece com a equipe de saúde, ou com facilidade da acessibilidade geográfica, por isso, classificam como bom, apesar de apresentar várias críticas com a infra-estrutura.

Ah, eu acho ótimo! É bom! Ah, porque é bom, porque fica perto e o atendimento é bom. Bom também, boa. (075NSF AZUL)

É muito pequeno lá, nossa! Aumentar mais. Mas não tem como. Ah, a pintura tá um pouco péssima! Mas lá é bom lá. (023NSF VERDE)

Eu não sei, minha filha. Eu não vejo nada lá... eu vejo lá tudo organizadinho! Não vejo assim coisa...não tem nada quebrado, então acho lá...sei lá! Eu acho lá tudo excelente. Uma que é pertinho pra gente, né, então... (053NSF AZUL)

Ah, sei lá, eu acho que pra mim tá bom. Tá sempre, né, limpinho. Elas cuidam muito bem, a moça que trabalha lá. Eu não vejo nada pra modificar, não. Eu acho que ta bom. (024NSF VERDE)

Eu acho muito fechado ali onde nois fica né, mais oh eu não tenho muita reclamar não, a gente é bem atendida ali, as moça atende bem. Pelo menos onde nois fica sentada, da uma mudadinha ali né, porque aqui fora ta esse solzão, lá dentro tá gelado, ta frio lá dentro, eu acho muito fechado ali, devia entra um pouquinho de sol lá, não entra sol, eu acho bem geladinho lá. Ainda mais quando leva criança resfriado tudo, é bem geladinho viu, a única coisa. Regular.” (014NSF VERDE)

Finalizando, embora haja um alto percentual apontando satisfação dos usuários em relação à ambiência, ao se aprofundar nas narrativas dos usuários entrevistados percebemos grande insatisfação e várias críticas em relação a este aspecto, sendo um fator importante para ser revisto juntamente com a equipe e gestores.

5.4. A busca por qualidade da atenção

A qualidade da atenção significa quanto às necessidades de saúde existentes ou potenciais estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde (STARFIELD, 2002).

O termo qualidade também tem sido usado em um sentido amplo para refletir não apenas a qualidade da atenção conforme acima definido, mas também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e a aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos, e a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços. A satisfação com os serviços pode estar indiretamente relacionada com a qualidade, porque pode influenciar a busca de determinados tipos de serviços que influenciam o estado de saúde (STARFIELD, 2002).

O tema qualidade foi identificado nesta investigação emergindo das narrativas, assim como nos aspectos em que os usuários apontam a competência e qualidade técnica da equipe de saúde, resolutividade do serviço, a qualidade e quantidade dos equipamentos existentes, o tempo dentro do consultório, outros serviços diferenciados na Saúde da Família, e se indicaria ou não o NSF para um amigo ou parente.

A Tabela 24 mostra que 150 usuários (87,7%), em relação à competência e qualidade técnica da equipe nos Núcleos de Saúde da Família, classificaram como excelente ou bom e 21 (12,3%) como regular, ruim ou péssimo, indicando um alto percentual de satisfação quanto a este aspecto. Comparando os NSF, verifica-se que os usuários mais insatisfeitos foram os do NSF Vermelho com 15,9% de regular, ruim e péssimo, seguido pelo NSF Verde com 14,3%.

Tabela 24 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e a competência e qualidade técnica da equipe nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Escala	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Excelente	21	44,7	17	38,6	21	46,7	11	31,4	70	40,9
Bom	20	42,6	20	45,5	21	46,7	19	54,3	80	46,8
Regular	3	6,4	4	9,1	1	2,2	4	11,4	12	7,0
Ruim	2	4,3	3	6,8	1	2,2	-	-	6	3,5
Péssimo	1	2,1	-	-	1	2,2	1	2,9	3	1,8
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Foi questionado aos usuários sobre o que achavam da *competência e qualidade técnica da equipe de saúde*, se consideravam que os profissionais desse serviço tinham capacidade técnica, competência, habilidades para trabalhar numa unidade de saúde e se tinham confiança na equipe. A maioria dos usuários respondeu essa questão mais relacionada ao atendimento médico, demonstraram-se satisfeitos, afirmando ter confiança na equipe, ter recebido sempre diagnóstico, tratamento e orientações adequadas. Uma afirmação interessante de um usuário foi a relação que estabeleceu entre competência da equipe com a frequência diária dos profissionais na unidade: “*Não falta, todos os dia tão na hora certa*”.

Ah, eu acho que sim [competência]. Pelo menos às vezes que eu estive lá, foi bem atendido, foi a medicação correta, no outro dia não tinha mais nada, tava melhor, então eu acho que tem competência sim. Uai, pra mim foi excelente. (070NSF AZUL)

Acho que sim [competência]. Sinto [confiança], sinto. São até professores. Excelente. (071NSF AZUL)

Eu tenho [confiança]. Vc sabe por que? É mesma coisa que..... pelo menos o remédio eles dão certo, né? Porque eu nunca, que a minha doença, nunca fez mal, nunca troquei de remédio ainda, é o mesmo remédio ainda. Eu chego lá ele me pergunta: tá fazendo mal? Tá fazendo isso? Não! O remédio da urina, da pressão, da dor de cabeça, o remédio que eu tomo é só esses 3. Não, é bom. (050NSF AZUL)

Com certeza [competência]. Ah, não sei, porque eles têm caráter pra isso, eles sabem explicar as coisas muito bem, sabe? Excelente. (047NSF AZUL)

A equipe como você diria? Os funcionários? Eu acho que sim [competência]. Eu tenho [confiança] Bom. (028NSF VERDE)

Eu acredito que sim. [competência]. Eu tenho confiança neles, tanto que eu procuro só lá, né? Excelente. (054NSF AZUL)

Acho[competência]. Eles têm competência porque trabalha muito bem, né? Não falta, todos os dia tão na hora certa.. Confio, né? Eu confio. Muito bom. (076NSF AZUL)

A confiança aparece como recorrente nas falas dos usuários. *Ter confiança, sentir confiança*, traduz a perspectiva de colocar para que o outro cuide de um bem precioso – sua saúde, ou como diz Merhy (1997) um *bem simbólico* para o usuário, algo que considera como algo inestimável e único em sua vida.

Porém, alguns usuários colocaram dúvida sobre a capacidade técnica da equipe expressando insegurança, não ter confiança devido ser um serviço de saúde–escola e ser atendido por alunos ou já ter tido alguma experiência com erro no tratamento ou diagnóstico.

Tem sim [competência], porque, por exemplo, mesmo que a gente esteja sendo medicada por jovens, estudantes, mas depois tem lá dentro um professor. Eu acho bom. Mesmo que seja aí pra estudantes de medicina, mas sempre tem uma pessoa lá dentro, quando é uma coisa mais complicada, aliás tudo eles levam pra autoridade maior e ali eles fazem um apanhado de tudo e explica direitinho pra poder ser encaminhado ou não. É conforme o caso, né. (006NSF VERDE)

Dos que eu fui atendido tem [competência]. Pra gente nova com a inexperiência, devido a idade, se formaram à pouco tempo, mas qualquer dúvida vai falar com a professora, o professor, o que tiver na hora. Acho muito bom também. Eles também tem que praticar pra atender melhor no futuro, né. (003NSF VERDE)

Então eu vejo assim, tem muito estagiário ali, estudando, às vezes eu vejo que tem um só, seria o que professor ou residente eu não sei como que é? Às vezes tem um professor só, às vezes não tem. Sinceramente não tenho, não, eu só tenho confiança quando eu vejo ali o CRM, aí eu tenho confiança, mas meio assim, eu fico meia né ... Tipo assim, este médico que fez a biopsia na perna do meu filho é um rapaz novinho, eu até entendo né, que precisa de alguma cobaia para ele aprender, mas com a professora do lado né, ele deu os pontos muito mal na perna, tanto é que o ultimo na retirada dos pontos o ponto abriu, e agora vai ficar com a perna aberta, um pedacinho pequenininho, mas, tá um buraco ele não quer voltar para costurar que ele sentiu muita dor na hora da anestesia, mas que nem eu falei para ele, filho você tem que entender, eles estão estudando, tem que ter paciência vai fazer o que né? O atendimento é bom, o atendimento é bom, eles demonstram muito carinho e muito paciente, só que você fica meio assim né, eles estão aprendendo ainda, entendeu. Bom. (010NSF VERDE)

Não [competência]. Tem uns dois anos atrás com meu marido, fiquei bastante chateada com o Núcleo, mas depois resolveu e nunca mais teve. Inclusive ele passou a ser atendido com muito mais atenção, sabe? Inclusive eu tive, ele foi, ele tava com pneumonia, a ... que é a ... as tais estagiárias, acho que é muito... então, ela mandou esperar três dias, sabe? Isso de manhã, na hora do almoço, ele tava mal, eu tive que ligar, eu tenho uma amiga no...no...naquele Núcleo da Rio Grande do Norte, aquela...aquelas 4 ou 6 daquele Núcleo, então eu fui lá e ela conversou com o chefe de lá, né, com o médico chefe de lá, ele disse que ele tava com pneumonia grave e se esperasse três dias poderia ser um caso muito... depois eu reclamei, inclusive ele mesmo mandou uma cartinha pra esse Núcleo. Agora, depois disso, não, foi a única coisa... talvez uma mediquinha, uma estagiária menos experiente, né? Então, foi só isso, só essa vez, mas depois disso... Não, sempre...sempre resolvido. (028NSF VERDE)

Lá é tudo estudante, não tem nenhum médico no Núcleo, não.[...] Médico, médico mesmo?[...]Mas não é médico, médico, médico mesmo aí não tem.” (065NSF AZUL)

Já foi apontado anteriormente que os usuários por vezes se ressentem do atendimento prestado por estagiários, e neste momento esta questão é reiterada por afirmações mais duras: “[...] *precisa de alguma cobaia para ele aprender... (010NSF VERDE)*” ou “[...] *talvez uma mediquinha, uma estagiária menos experiente (028NSF VERDE)*”. Além de desejarem esta relação mais próxima de “confiança” que é construída no tempo, também esperam que o profissional (ou estagiário) que o atenda tenha competência clínica, embora reconheçam a necessidade do espaço de formação nos serviços de saúde. A figura do “professor” que ajude a adquirir esta competência também se faz presente e é reconhecida como importante pelos usuários.

Na Tabela 25, ao analisarmos os dados quantitativos em relação à variável tempo gasto dentro do consultório nos Núcleos de Saúde da Família, observamos que 154 usuários (90,1%) classificaram como excelente ou bom o tempo gasto dentro do consultório e o restante 17 usuários (10%) como regular, ruim ou péssimo. O NSF Verde foi a unidade que obteve maior percentual de crítica, com 22,8% dos usuários que classificaram como regular, ruim ou péssimo, chamando atenção este alto percentual em relação aos outros NSF.

Tabela 25 - Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e o tempo gasto dentro do consultório nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Escala	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Excelente	11	23,4	10	22,7	9	20,0	10	28,6	40	23,4
Bom	32	68,2	32	72,7	33	73,3	17	48,6	114	66,7
Regular	3	6,4	2	4,5	2	4,4	2	5,7	9	5,3
Ruim	-	-	-	-	-	-	2	5,7	2	1,2
Péssimo	1	2,1	-	-	1	2,2	4	11,4	6	3,5
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Na análise do *tempo gasto dentro do consultório* numa consulta médica ou de enfermagem, os usuários na maioria se expressaram satisfeitos colocando esse tempo alto como um fator de qualidade do atendimento. Referem maior atenção, escuta qualificada, valorização de suas queixas, a coleta criteriosa dos dados para a anamnese do paciente,

“examinam tudo, dos pés a cabeça”, sentem-se cuidados, e comparam com outros atendimentos rápidos que já tiveram.

Ah, é mais ou menos uns 40 minutos, eles demoram, porque eles examinam tudo, mede a febre, olha a garganta, olha o ouvido. Eu acho excelente! (040NSF AZUL)

Ah, o tempo... às vezes que eu fui, ele ficou bastante tempo porque ele queria realmente saber de tudo. Eu achei bom. Eu achei bom, porque cada detalhe que eu mencionava, ele queria examinar, verificar, deu atenção em tudo, então nesse aspecto eu achei muito bom. Minha esposa também achou muito bom. (042NSF AZUL)

Ah, é um tempo bom porque examina a gente tudo, né? Examina a gente dos pés à cabeça até revira, né? <riso> Pergunta se tá se sentindo bem, faz um monte de pergunta lá. Ótimo. (049NSF AZUL)

É bom também, não demora muito não. Ah, eles especula muito, né? Eles olha muito bem a gente, demora uma hora, meia hora... Bom, porque se a gente entrasse lá e saísse, é porque eles não cuidou da gente, né? (051NSF AZUL)

Pra mim é bom, porque consulta que é rapidinho que o médico só faz assim, pra mim não é consulta não. A pessoa que examina que nem eles faz, ele fica examinando, olhando, eu gosto assim, se quer perguntar as coisa a gente pergunta a eles. (053NSF AZUL)

Apesar de muitos expressarem aspectos positivos sobre o tempo gasto durante as consultas, houve também quem citou alguns problemas, como a demora do atendimento, principalmente para quem tem horário no trabalho isso se constituir em uma complicação. Nessa questão também surgiram muitas críticas devido aos NSF serem um serviço de saúde-escola, sendo que alguns usuários colocaram que os alunos ou estagiários demoram um tempo maior no atendimento, pois durante a consulta eles têm que sair para discutirem o caso com o docente ou médico contratado.

Um horror, péssimo! Viche! Meu marido quer morrer, porque ele trabalha, e ele chega lá o médico pergunta toda vez a mesma coisa, o que não tem nada a ver. Espera. Espera na consulta. É, mesmo agendada o médico demora demais lá dentro. Ah, eu já passei ali de querer brigar porque quem trabalha tem horário, né, mesmo se dá... (030NSF VERDE)

Bom, não é todos, mas tem uns que às vezes você vai ai eles até esquece que você está lá eles troca idéias um com o outro lá e uma rodinha lá e encosta num canto e fica num lero lero e nem lembram que você esta lá. Não é questão de tempo, a questão é que para examinar um paciente se a pessoa chega lá mal, pedi um checape geral, né. (012NSF VERDE)

Na hora da consulta isso aí é assim, a gente quando é tempo assim da gente consultar, em vez dele ficar ali atendendo a gente, pra saber o que a gente tá sentindo, eles deixa a gente lá sentado, fica lá pra fora, lá dentro lá conversando, batendo papo com o outro e esquece da gente. A gente fica ali...a gente fica ali esperando eles. Péssimo. (048NSF AZUL)

Nossa é mais demorado, eu não sei se é eu, só sei que esse médico demora muito, se acha que médico que demora tá consultando bem? Ou é eles que tá lerdo. Eu ia às 3:00

horas e saio de lá à mais de 5:00 horas. Uma vez eu fui lá as 9:00 horas e sai de lá meio-dia e não tinha mais ninguém, só tinha eu e o médico e o portão fechado, a moça estava esperando, eu sai e ela já tava até nervosa.. É péssimo, né. (011NSF VERDE)

Merhy (1994) considera o tempo de atendimento dispensado ao paciente e o tempo de espera pela intervenção como componentes de medidas de avaliação do acolhimento, sugere também que sejam medidas questões como o grau de informação do usuário acerca de seu problema e se o que foi feito resolveu alguma coisa em relação às expectativas do usuário.

Na Tabela 26 podemos observar a distribuição numérica e percentual para a variável qualidade e quantidade dos equipamentos nos Núcleos de Saúde da Família, sendo que ao analisarmos os dados temos que 143 dos usuários (83,6%) classificaram como excelente ou bom, 19 usuários (11,2%) como regular, ruim ou péssimo e 9 usuários (5,3%) responderam não saber avaliar quanto os equipamentos. Não havendo variação nos percentuais entre os NSF.

Tabela 26 - Distribuição percentual e numérica dos usuários participantes da pesquisa, segundo a escala de satisfação e qualidade e quantidade dos equipamentos nos Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto/SP, 2006

NSF	Branco		Vermelho		Azul		Verde		TOTAL	
Escala	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Excelente	6	12,8	6	13,6	5	11,1	4	11,4	21	12,3
Bom	33	70,2	33	75,0	32	71,1	24	68,6	122	71,3
Regular	6	12,8	2	4,5	2	4,4	4	11,4	14	8,2
Ruim	-	-	-	-	3	6,7	-	-	3	1,8
Péssimo	-	-	-	-	-	-	2	5,7	2	1,2
Não sei	2	4,3	3	6,8	3	6,7	1	2,9	9	5,3
TOTAL	47	27,5	44	25,7	45	26,3	35	20,5	171	100

Ao analisar as falas dos usuários sobre a questão da qualidade e quantidade dos equipamentos, estes trouxeram em suas respostas um sentido de qualidade ou não no atendimento nos NSF. A maioria traz em suas respostas uma satisfação, pois os equipamentos existentes apresentam-se em boas condições de uso, funcionando, e parece haver quantidade adequada, ainda citam os equipamentos mais utilizados, como por exemplo: balança infantil e adulto, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, ostoscópio, espécule e detector ultrassônico (para ausculta dos batimentos cardíacos).

Normal, para pesar, medir pressão. Excelente. (011NSF VERDE)

Quando eu precisei que foi mais o otoscópio, né, que o doutor examinou o ouvidinho dele, balança tava em bom funcionamento. (070NSF AZUL)

É bom lá, é bem. Tem, os aparelho tudo certinho, né? (076NSF AZUL)

Olha! Pra mim é normal, sabe por que? Eu descobri que tava grávida tarde. De 6 meses mais ou menos e eu fui lá, ela me atendeu super bem, ela falou já que você tá disso, já dá pra ouvir o coraçãozinho do nenê, né? Foram e já ouvi o coraçãozinho, sabe, de aparelhagem assim tá ótimo! Porque na hora assim já ouvi o coraçãozinho ali, tudo. Ah, tá bom! (057NSF AZUL)

Bom, balança, as criança... o outro pequenininho pesa na balancinha, né? [...]eu vejo duas balanças, uma que é pra pesar criança maior e outra pra pesar bebê. Tava funcionando. Todas as vezes que eu vou lá eles pesam. Pesa e mede altura. Ah, eu acho que é bom, né? (040NSF AZUL)

Os usuários que manifestaram insatisfeitos quanto aos equipamentos trouxeram em suas falas a quantidade ser um obstáculo no atendimento, referem ter poucos equipamentos funcionando e muitos estagiários, aumentando na demora pelo atendimento, alguns afirmaram haver necessidade de outros equipamentos no NSF, como RX.

Tá razoável, mas podia melhorar. A questão de... questão de pressão ali tem um aparelho bom mas é pouco, porque é muita gente. Eu mesmo fiz um acompanhamento de pressão ali durante 15 dias, então tinha que ficar esperando um tempão, às vezes tinha dia que tinha muita gente pra ver, né? Tive que ficar esperando, mas o aparelho funciona bem. O que os médicos usam ali, os estagiários usam também, pelo que eu vi, funciona muito bem. (042NSF AZUL)

É... se tivesse mais seria melhor ainda, né, porque por exemplo, se precisa de um Raio X tem que ir lá na Cuiabá. Todas as vezes! Às vezes eu vou lá medir a pressão de manhã, sou muito bem atendida, o aparelho é muito ótimo. (041NSF AZUL)

Igual aparelho de medir pressão, eu acho assim, tá em falta, né? Igual as meninas falaram que tão precisando de mais. Até às vezes a gente vai medir pressão, elas tão ... acho que alguns quebrado, e o que tá bom fica rodando, né, no caso precisaria de mais aparelho, né? Então isso aí não é ruim só pra nós mas principalmente pra eles que são profissionais que tão trabalhando. Que se tiver o aparelho igual vamos supor, o médico tá consultando, aí ele vem aqui pega o aparelho, aí leva e aí, vamos supor, eu vou lá só pra medir pressão, e as menina tem que esperar, né? Igual eu já entendo não fico assim...apressada, posso até ficar ansiosa, mas não fico culpando elas, porque eu sei, mas tem pessoa que até fica brava, xingando e as meninas não têm culpa, né? Não, essa parte eu acho até ruim, porque precisa comprar aparelho. (045NSF AZUL)

Olha! Tirando o aparelho de pressão e a balança, falta tudo. Nada, é somente isso. Só o aparelho e a balança [...] olha...regular. (067NSF AZUL)

Outro aspecto que emergiu do conjunto das narrativas, que demonstra a qualidade do atendimento, foi o oferecimento de alguns serviços e atendimentos pelos NSF que se diferenciam de outras unidades de saúde no nível de atenção básica. Os mais citados foram coleta de exame no domicílio, a comunicação telefônica na residência do paciente para avisar

caso o exame der alterado, a visita domiciliar para acompanhamento da situação de saúde da família, grupos educativos na unidade, responsabilização da equipe pelos pacientes (a equipe busca conhecer o motivo dos pacientes que não comparecem aos retornos).

Eles vêm em casa colher do meu esposo, fazem exame de sangue e de urina. Eles vêm em casa colher. Ah, outro dia meu esposo não tava bem, né? Aí eu liguei, né lá falando que não tava bem, o que que eles achavam, ele falou: olha, já, já a gente não vai, mas daqui a pouquinho...e foi dito e feito. Daí a uma hora mais ou menos, meia hora eles tavam aqui. Nossa! É fora de sério! [...] É, porque qualquer coisa eles mandam ligar aqui, sabe? [...] A classificação, só pra você saber, minha mãe é tratada como uma princesa e meu pai como um príncipe. <riso> Eles vêm aqui... nossa! Elas vêm, elas fazem questão de conversar com ele, só que ele não conversa, né? Mas elas chamam, elas medem a pressão e tudo. Nossa! Elas são ótimas! Dão uma atenção pra mim, sabe? (039NSF AZUL)

Ah, eles me atende bem, eles me perguntam tudo, eles vão falando e vão dizendo, explicando tudo o que pergunto, falam, né? Bom, depois eles passa minha receita, né, aí vou pegar meu remédio, tomo certinho, uma moça passa pra mim, passa pra mim direitinho, tomar certo, depois vem fazer visita na minha casa, vem fazer visita aqui. Tudo bem graças a Deus! (050NSF AZUL)

O médico que me atendeu esses dias disse, não lembro o que ele falou, que eu disse que quem que não gosta de um atendimento 5 estrelas, ele começou a rir. (003NSF VERDE)

Explica super bem, eu acho. Fiz bastante curso que teve lá. O curso de grávida que teve, sempre tá tendo, agora curso de mães, eu acho muito bom. (033NSF VERDE)

[...] a gente faz exame, se eles vê lá que tá tudo bem, né, aí eu também não... se eles vê que o exame tá alterado aí eles liga na casa da gente, né? E atende lá. (025NSF VERDE)

Do Núcleo, a gente sempre assim elogia, porque o serviço é bom, você vê, tão sempre vindo em casa, ver como que tá, família, eu acho ótimo, né, eu acho uma coisa muito boa. (031NSF VERDE)

Bom também. Uns médicos muito educados, tanto os médicos mesmo quanto os que ficam fazendo estágio ali, é muito educado, é muito bom. Quando eu tive uma depressão, eu tratei lá, foi bom. É boa, eles se preocupa se a gente estiver fazendo tratamento e não voltar eles vem saber por que não voltou. (051NSF AZUL)

Outra dimensão analítica que foi analisada somente qualitativamente nesse estudo foi a *resolutividade*. Foi perguntado aos usuários se ao procurarem o NSF conseguiam ter seu problema resolvido, pedindo após para que exemplificassem. Na maioria das entrevistas se identificou satisfação pela qualidade do atendimento, acesso a exames complementares e encaminhamentos, sendo que os usuários deram ênfase para o atendimento, tratamento e diagnóstico adequado.

Ah, sim. [...] Teve um dia que ele tava com dor de barriga, isso é um exemplo, aí ele tava assim, aí eu cheguei, fui lá, fora de horário não tinha consulta marcada, cheguei lá, na hora as meninas atenderam ele, passou até na frente dos outros, tudo, porque tava com vômito e diarreia, e sarou, assim deu remédio, ficou ótimo. E outra vez ele tava assim, depressivo, só queria ficar deitado, o menino que eu falo já é homem. Aí

não queria saber de nada só queria ficar deitado, eu falei vamos lá no Núcleo de novo. Aí nós fomos, nessa época foi até o Dr. Beltrano que atendeu. Deu remédio, foi mesmo que tirar com a mão. No outro dia já tava assim outra pessoa, entendeu? Quer dizer pra mim, que ele... graças a Deus! Por isso que eu falo pra você que confiança é isso, né? Quer dizer... tem a minha pequenininha também, porque vai eu, meu marido e ela, né? O meu menino casou, mas se ele quiser voltar ele pode porque mora aqui perto. Então, sempre bem atendido, e graças a Deus, os problema que a gente leva, é resolvido. (045NSF AZUL)

[...] Pra mim quando eu fui atendida lá, tive problema de pele, fui atendida pela Dra Fulana e pela equipe dos jovens médicos, passei por uma 5 vezes com ele e fui muito bem atendida. Tive todo o medicamento, acompanhamento, inclusive, ela me ajudou porque eu tive um problema de pele horrível, eu fiz um tratamento por mais de 10 anos em São Paulo e ela descobriu que o meu era nervoso. A partir do momento que eles me ajudaram a descobrir como eu equilibrava meu sistema nervoso, nunca mais tive problema. Eu gastava muito sem poder com os remédios que eu usava. Pra mim foi ótimo. Só não vou mais porque eu não tenho tempo, mas pra mim o atendimento lá foi ótimo. (004NSF VERDE)

Foi [resolvido]. Toda vez que ele vai. Foi resolvido tudo. Como eu tou falando, ele vai alguma coisa, elas mandam fazer exame, então já se aparece alguma coisa, dando alteração assim, então eles já encaminha pra outro lado, se aí não resolve, né? Que nem agora ele fez exame de sangue aí, deu alteração da próstata. Aí já encaminharam né, ele pra Rua Minas e já fez todos os exames e hoje já foi buscar o resultado e já resolveu. Então agora encaminharam pras Clínica e deu alteração, né? Então ele vai ter que fazer mais exame nas Clínica pra ver se vai ter que operar pra fazer uma limpeza. (024NSF VERDE)

Dessa vez que eu fui eu precisei ser encaminhada para o HC eu fui muito bem atendida pelo médico. Ele foi prontamente muito atencioso. Uma maravilha eu fiquei lá na consulta depois ele ligou lá e já conseguiu me manda pra lá. Porque eu precisava de um atendimento urgente e ele conseguiu me mandar pra lá. (080NSF AZUL)

Exemplo desse meu irmão que tem um caso de saúde que o problema dele diz é hereditário, entendeu? Então assim, foi um caso que foi resolvido. Ele nunca tinha tido acesso assim a um tratamento, entendeu? Então foi encaminhado aqui pelo Núcleo, pra Cuiabá, da Cuiabá encaminhou pras Clínicas e ele faz tratamento até hoje lá. (062NSF AZUL)

Então! O problema que eu tava seríssimo na unha, né, eu fui lá, o dr. Ciclano nem sei se é a especialidade dele, ele me passou o remédio, foi muito bom, melhorei, fui lá, fiz exame de novo, colhi o sangue, aí ele falou: pode parar com o remédio, já tá bom. Continua passando um outro, me passou um outro, foi muito bom, passou certinho. (058NSF AZUL)

Tenho sim. A última vez que eu fui lá meu filho tava com dor de ouvido, passou pelo médico, receitou lá o remédio a gente tratou certinho, busquei o remédio lá na Cuiabá que tinha e ele sarou. Uma semana e ele tava bom. (018NSF VERDE)

Alguns usuários responderam conseguir ter seus problemas resolvidos e exemplificaram com a possibilidade de receber orientações adequadas, serem acolhidos e esclarecimento de dúvidas.

Foi [resolvido], de certa parte foi. De certa parte porque quando eu vou medir pressão ou com dor de cabeça, ou vou conversar alguma coisa, eles me tratam muito bem. (073NSF AZUL)

Foi resolvido. Sobre os conselhos de criança, foi resolvido, alimentações, sobre o peso, sobre... muitas coisas mesmo. (065NSF AZUL)

É [resolvido], as duas vezes que eu fui, foi resolvido. Eu tava com dúvida, né, na mama porque de uns tempos pra cá, eu comecei a sentir algo estranho e eu fui, conversei, o médico pegou me explicou, né, também sobre a minha filha a gente tava com dúvida a respeito dela nas parte íntima aí, me explicaram, então perdi a dúvida e voltei. (022NSF VERDE)

Sim [resolvido]. No caso do meu problema que eu tenho labirintite, né. Às vezes eu me sinto mal, preciso de medicar eu vou aqui, que é mais perto, né. Quando eu fico de cama eu chamo pra medicar eles vem e já medica. Eles atendem qualquer problema que tem, se você tá com a diabete alta, tudo, eles mede, explica deixa de tomar isso, comer aquilo, eles orientam a gente. (003NSF VERDE)

Porém, houve usuários insatisfeitos com o serviço e responderam que os NSF não resolviam seus problemas. A maioria das queixas que referiram foi “erro médico”, erro de diagnóstico ou tratamento, solicitação de visita domiciliar de um membro da equipe que foi negada, dizem que o núcleo resolve apenas problemas de saúde mais “simples”, não obtenção da resolução de seus problemas, a permanência dos mesmos sintomas.

E agora o que eu falo? Porque às vezes é, às vezes não. Minha filha teve pneumonia e ficou uma semana esperando. Na Cuiabá que descobriram, depois de uma semana que tava, que tavam falando que era virose. Falaram que era virose, virose. Eu levava duas vezes por dia, eu falava que ela tava com dor, tossindo com febre sem parar, eles falaram que era virose e não era. (030NSF VERDE)

Tem vez que sim, né, se não for grave. Ah...acho que não. Acho que uma vez, tava com dor no corpo, não tava conseguia andar, aí eu fui lá, não falaram nada, aí tirou sangue, tudo mas não falou o que era. Tava com febre, dor no corpo, não falou o que era. É mais assim, quando eu vou é mais por eles, né, se é gripe, se tão doentinhos eu levo, mas por mim, não. (059NSF AZUL)

Ah, as vezes sim, as vezes não. Que nem esse problema da perna eles pediram esses exames, mas até hoje eu tô sentindo a mesma coisa. Eles mandaram eu fazer aquele exame lá, o médico falou que tinha dado aquele problema lá e a única coisa que ele passou foi um comprimido pra tirar a dor das costas que eu tava sentindo, mesmo assim ele só melhora as costa, depois a dor volta de novo, tá a mesma coisa. (002NSF VERDE)

Às vezes não. Que nem eu peguei, como chama? Uma escabiose, eu fui três vezes lá com meu filho eles não resolverão aí, eu tive que leva ele num medico particular, porque eu queria que eles dessem uma medicação por boca, porque ele tava passando um loção e não tava adiantando e eu queria um remédio por boca, aí tive que leva em outro médico para resolver. (013NSF VERDE)

Não sempre. Eu tô com a cabeça doendo faz tempo, meu ouvido e até hoje não me resolveram nada. Me deram remédio, parei de tomar também pq não virou nada. E mais uma coisa, o caso assim, o caso do meu pai, meu pai foi mordido por um cachorro [...] e na segunda feira eu fui lá, e ele não quis ir na Cuiabá tomar injeção por causa do problema a mão dele ficou dessa altura, e ele não queria ir. O que que eu fiz, fui no núcleo lá e pedi pra enfermeira, pra quem tava lá na mesa lá na frente, conversei lá se teria como, alguém do núcleo vir aqui só pra conversar com meu pai. O que que ela respondeu pra mim. Em quem ele tem que ter confiança é na família que tem aqui dentro, mas acontece que ele não escuta ninguém aqui, eu acho o seguinte, se eu fui lá, o que que eles deveriam ter feito, alguém de lá, deveria ter vindo aqui, ter vindo não, veio, ver veio... Veio a médica, vieram depois, aí veio conversou com meu pai, aí ele foi lá na Cuiabá e tomou a injeção que tinha que tomar, entendeu? Eu já penso assim, quando a gente tá precisando, se a gente tá

precisando de uma pessoa do núcleo pra vim aqui, a gente não tá chamando a toa, não é pra pessoa sai de lá e perder o tempo dela. Você trabalha no núcleo aí, também? Porque tem uma médica lá, que a médica vai vir aqui ver o serviço do Celso, em vez dele ir lá agora, ela que vai vir aqui. Então, aí, acho o seguinte, desde o momento que a gente chama é porque tá precisando, não é pra tirar o tempo de lá não, entendeu, só essa parte aí que eu achei meio. (015NSF VERDE)

Merhy (1994, p. 139) enfatiza que ter “ação resolutive” é ir além da conduta, de forma que o trabalhador saiba utilizar toda a tecnologia disponível para chegar ao diagnóstico e tratamento adequado a cada caso, finalizando com uma alteração do quadro do usuário e com sua satisfação.

Em relação à resolutividade, o Ministério da Saúde utiliza o termo “resolubilidade” que, como diretriz do SUS, é apresentado como sendo

[...] a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 1990, p. 10).

Ainda, perguntado aos usuários se *indicariam* o NSF para algum parente ou amigo, sendo que a maioria das repostas foram positivas, expressando satisfação e qualidade dos usuários em relação aos NSF.

Na maioria das falas indicando o NSF, a justificativa teve como motivo a relação que apresentam com a equipe, relatam bom atendimento, de maneira respeitosa, afetiva, atenciosa, educada e o vínculo estabelecido com a equipe.

Indicaria. Todo mundo aqui da vizinhança vai lá. Uai, porque é muito bom o atendimento, o pessoal lá é muito educado, gosto muito de lá. (018NSF VERDE)

Eu indicaria. Pelo, pela atenção que eles têm, pela dedicação pelo trabalho deles, eu indicaria. (027NSF VERDE)

Sem dúvida! Porque é maravilhoso ali, é um atendimento que dá gosto! Te deixa feliz! (026NSF VERDE)

Indicaria. Porque aí eu sempre fui muito bem atendida, dos postos que eu já fui, este foi o que eu fui mais bem atendida. (013NSF VERDE)

Eu indicaria. Porque são muito legal, muito...esse Núcleo aí foi uma ótima deles lá pra gente aqui, porque muito bem, eu trato lá, meus fio. (041NSF AZUL)

Outros justificam a indicação do uso do NSF devido ser a unidade de saúde mais próxima de sua casa.

Indicaria. Porque é mais fácil, é mais perto de casa, tudo. Eu não preciso depender da Cuiabá, acho ali muito legal. A melhor coisa foi o Núcleo, eu acho. (033NSF VERDE)

Indicaria. Ah, porque é mais perto, mais fácil, né? Você tem o Núcleo perto da sua casa. (069NSF AZUL)

Ah, indicaria. Porque como aqui é o mais perto que tem, né, e o atendimento é bom, então não tem porque não indicar. (070NSF AZUL)

Outros justificam sua indicação devido o NSF ser a porta de entrada para o sistema de saúde, sendo o núcleo o local onde fará todo o acompanhamento de sua saúde.

Indicaria porque é um lugar que você vai precisar, né? Se você é novo por aqui, então você precisa, porque o Cuiabá vai socorrer os primeiros socorros, vai te dar uma medicação, mas vai falar pra você procurar seu médico, o Núcleo de Saúde e acompanha lá seu caso, é assim que se torna, né, então não adianta, então tem que recomendar. (034NSF VERDE)

Indicaria. É através dali, se precisar ir pra fora eles encaminha, né? (025NSF VERDE)

Outros responderam que indicariam o NSF justificando o motivo comparando com outro serviço público ou com o serviço privado, dizendo que o NSF ser melhor que um convênio ou um atendimento privado.

Oh, se indicaria! Indicaria mais do que plano de saúde. Tem que pagar e não presta. (003NSF VERDE)

Indicaria. Eu tenho uma cunhada, que ela que tem convênio e fala que é porcaria, que não vai, tem medo de parar, pra mim até hoje foi bom, eu indicaria. (030NSF VERDE)

Indicaria. Porque eu acho ótimo! Eu acho que tem, assim, tem tudo do consultório particular, sabe? O atendimento deles é assim tranquilo. (037NSF AZUL)

Indico. Porque eu peguei confiança, né? fiquei confiante, achei um avanço, vamos dizer assim, porque como te falei lá no outro bairro, pelo menos até a época que tava morando lá, não tava tendo condição. Ia na Vila Virgínia, não conseguia. Não, seu endereço é lá em cima no Parque Ribeirão, no Parque Ribeirão falaram você tem que ir vindo aí, vindo, telefonando até conseguir. Eu falei: ah, não, amigo, não é carro, não é mecânico, pra encostar o carro e esperar, né? Mas quando vim pra cá, que eu mudei, eu fui lá e logo consegui. (042NSF AZUL)

6. Considerações Finais

Esta investigação permitiu avaliar a aceitabilidade dos usuários em relação à oferta e prestação de assistência pelas equipes de saúde da família de Ribeirão Preto-SP, por meio da análise satisfação do usuário em relação a acessibilidade à unidade de Saúde da Família e sistema de saúde; a relação equipe de saúde-usuário; a ambiência; e a suas percepções quanto à resolução dos seus problemas de saúde.

Consideramos este estudo de extrema relevância, já que possibilita oferecer diretrizes e opções para o processo de planejamento na atenção na Saúde da Família e um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade, contudo, ainda é escassa a produção científica publicada voltada a satisfação dos usuários em relação aos serviços de atenção primária à saúde, em especial aquelas para a Saúde da Família. Ainda, é importante assinalar que a estratégia de Saúde da Família, está em curso no país a mais de uma década e tem sido objeto de avaliação pelo próprio Ministério da Saúde, que vem indicando a necessidade de estudos locais e que possam se voltar para analisar a relação dos serviços com os seus usuários, como já afirmado anteriormente.

Fica evidente no nosso estudo que os usuários apesar de apresentarem uma avaliação em geral com alto percentual de satisfação, ao aprofundarmos nas narrativas, percebemos uma contradição, evidenciada pela insatisfação dos usuários em relação a alguns indicadores e reforçam isso trazendo sugestões de melhoria para o serviço.

Um dos problemas apontados foi quanto à ambiência e reforçam isso quando trazem sugestões como *“poderia melhorar um pouquinho o visual”*(066NSFAzul), *ser um “local maior [...] melhores condições para que os profissionais pudessem atender o povo”* (004NSFVerde), e enfatizam principalmente a sala de espera *“o que poderia melhorar um pouco é aquela área ali onde ficam as pessoas, né, [...] precisava dar uma organizada melhor”* (042NSFAzul), *“Eu faria uma pintura, trocaria o piso, os moveis, um ventilador”*

(005NSFVerde). O que nos chama a atenção além da infra-estrutura é quanto à sujeidade da unidade de saúde, muito citado em outras falas sendo um fator importante para ser revisto juntamente com a equipe e gestores.

A maioria dos usuários ao analisar a ambiência, relaciona com a interação que estabelece com a equipe de saúde, ou com facilidade da acessibilidade geográfica, demonstrando satisfação, apesar de apresentar várias críticas com relação à ambiência.

Um dos pontos de grande satisfação dos usuários diz respeito às relações inter-pessoais atenciosas e afetivas, demonstrando a grande valorização das tecnologias leves nas relações entre os trabalhadores e usuários e um dos aspectos diferenciais na atenção à saúde.

Um obstáculo encontrado na entrada da unidade está relacionado ao contato inicial, como por exemplo, horário de funcionamento da unidade de saúde e o acesso dos usuários para obter uma *consulta agendada* ou uma *consulta eventual* trazendo como sugestão a possibilidade de “*ampliar um pouco mais esses horários, né*” (042NSFAzul) e “*marcar, também, tinha que ter mais dias pra eles atenderem*” (019NSFVerde).

Colocam sua insatisfação quanto o tempo alto na sala de espera e o grande número de pessoas para serem atendidas trazendo como expectativa e solução, a possibilidade de aumentarem os recursos humanos “*Eu acho que deveria ter mais médico, né? Médico, enfermeiros, essas coisas assim, sabe? Porque pelo tanto de gente*” (038NSF Azul), “*E... mais atendente na recepção, acho ter mais um pelo menos*” (071NSF Azul).

Dentre os obstáculos enfrentados pelos usuários no interior das unidades de Saúde da Família o que obteve maior destaque de insatisfação pelos usuários foi a *não realização de dispensação de medicação e procedimentos*, prejudicando a longitudinalidade e a continuidade da assistência. A maioria das sugestões dos usuários foi relacionado à melhoria da acessibilidade organizacional, os usuários trazem: “*Precisa de um remédio, [...] de coisas básicas como, dipirona, coisas mais básicas, um remedinho simples que é dipirona.*”

(010NSF Verde); “coleta, sangue, os primeiros socorros, um curativo, uma criança cai, machuca, precisa levar ponto, vacinação pra não ter que descer na Cuiabá.” (034NSF Verde); “[...] porque já sai direto ali, né, não tem que ficar noutra lugar, porque se ali é o Núcleo da Família então tem que ser tudo ali, né? Acho que tinha que melhorar era isso.” (059NSF Azul); “[...] E o Núcleo eu acho que é necessário. Só que ele tem que abranger mais coisas, entendeu? Ele tem que ser mais útil do que tá sendo” (062NSF Azul).

Outra sugestão recorrente foi a necessidade de dentista e mais enfaticamente quanto a necessidade e dificuldades de acesso ao tratamento dentário “a única coisa que falta é só as aparelhagem do dentista.” (049NSFAzul); “que a gente precisasse de dentista que fosse um pouco mais rápido, porque não só eu aqui, mas também outras pessoas aqui do lado, estão necessitando, precisando, de tratamento dentário,[...] e isso é uma das coisas que a gente tem muita dificuldade ali, em relação ao tratamento dentário”(004NSF Verde).

A possibilidade de desenvolver um estudo quanti-qualitativo pode indicar que, apesar da grande satisfação expressa pelos usuários evidenciada pelos dados quantitativos, através das falas dos usuários podemos captar as contradições presentes, aprofundando e identificando suas insatisfações, permitindo revelar aspectos dos serviços que precisam ser melhorados, assim, contribuindo para o processo de tomada de decisão.

Além disso, esse estudo contou com a análise de distintas dimensões e indicadores de aceitabilidade, assegurando uma compreensão mais ampla da apreciação dos serviços na ótica dos usuários por cada dimensão explorada, possibilitando a ação com maior precisão nos fatores que devem ser melhorados.

Segundo Esperidião (2005), nos serviços públicos o poder de pressão dos usuários é baixo, pois não há necessidade de captação de clientela, como no setor privado. As avaliações de satisfação de usuário de serviços públicos podem representar um importante meio para contornar esta questão, atuando como instrumentos de dar voz aos usuários. Deste modo,

permitem aos usuários oportunidades de expressão nas quais podem monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social.

Reconhecemos que há um conjunto de críticas e limites relacionado com os estudos de satisfação dos usuários. Uma das críticas mais freqüente às pesquisas de satisfação recai sobre o aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, que possui diversos determinantes como: grau de expectativa e exigências individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente como idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITZIA e WOOD¹⁴, 1997 apud VAITSMAN, 2005). Porém, a qualidade dos serviços depende de uma interação, uma relação de troca entre sujeitos que vivenciam uma mesma situação social, sendo fundamental analisar a satisfação dos usuários, que é o beneficiado direto do serviço e parte do processo de organização e prestação destas ações.

Os estudos de avaliação são de grande importância para a qualificação da assistência prestada, favorecendo a proposição de medidas e de intervenção pelos sujeitos envolvidos neste processo. Assim, estes estudos têm o compromisso de se estender para além do âmbito acadêmico; compromisso que a presente investigação certamente assume, levando os resultados desse estudo até as unidades investigadas, em reuniões de equipe juntamente com seus gestores. Acreditamos que assim possamos trazer ou disparar possibilidades de construção de alternativas conjuntas entre serviço de saúde e usuários, acerca de intervenções mais condizentes com os problemas e situações identificadas, visando o aperfeiçoamento no cotidiano dos serviços de saúde, propiciando avanços importantes no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde.

¹⁴ SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. v. 45, n. 12, p. 1829-1843. 1997.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

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.

ALVES SOBRINHO, E.J.M.; SOUSA, M.F. A tarefa: apagar os sinais vermelhos do PSF. In: SOUSA, M.F.(Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. cap. 9, p.155-170.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BERNARDES, E.H. **Os princípios do Sistema Único de Saúde na concepção dos enfermeiros da estratégia de Saúde da Família**. 2005. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **Manual para a organização da atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001 – 2002**/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento da Atenção Básica**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> Acessado em 30 de nov. 2005a.

BRASIL. 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: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005b. p. 75-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> Acessado em outubro de 2006a.

BRASIL. 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: 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf Acesso em 06 de mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptsp.htm>> Acesso em: março de 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2 ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220 p.

COFEn/ABEn. Conselho Federal de Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem. **O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde no Brasil:** 1982/1983. Rio de Janeiro: v.1, p.13 – 31, 1985.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, E. F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, T.R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, ZMA (org.) **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 2, p. 29-47.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-107, jan/mar. 1997.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S.F. (Org). **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.195-223.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica:** definición y métodos de evaluación. Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1980. 194 p.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Patholoses Laboratory Medicine** – vol. 114, nov. 1990.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.10, p.303-312, 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.

FRANCESCHINI, T.R.C. **Observação da relação Mãe-Bebê-Família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 241f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FRANCO, T.; MERHY E.E. **PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Campinas: Editora Unicamp, 1999.

FRANCO, T.; MERHY E.E. **PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: MERHY, E.E. et al (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo. Ed. Hucitec, 2003. Cap. 3.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde**: 1998. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE/CDDI, 2000.

JUNQUEIRA, L.A.P.; AUGÉ, A.P.F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. In: **Cadernos. Fundap – Qualidade em saúde**. Jan.-Abr, n. 19, São Paulo, 1996.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 263-268, jul./set. 1998.

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).

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. 186f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, M.F.(Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. cap. 8, p.135-151.

MENDES, E.V. (Org.) **Distrito sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1 e 2.

MENDES, E.V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E.; CECILIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. **Saúde em Debate**, nº33, 83-89, 1991.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-160.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.D.; MERHY, E.E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, 2002. p. 118-122,.

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.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde**. 5.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

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

MOREIRA, M.I.G.B. **Diagnóstico em saúde como instrumento do programa de saúde da família** – possibilidade de construção de espaços coletivos para a construção de sujeitos? 2001. 203 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

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

OLIVEIRA, L.A; LANDRONI, M.A.S; SILVA, N.E.K. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/AIDS no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization Assesses the World's Health Systems**. 2000. Disponível em http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/print.html Acesso em 26 jan. 2007.

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. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 337-362.

PESSINI, L. O cuidado em saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.235-236, jul./ago. 2000.

PINHEIRO, R. J.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687 – 707, 2002.

RIBEIRÃO PRETO. Plano Municipal de Saúde 2005-2008. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/saude>. Acesso em: março de 2006

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.1011 -1022, 2006.

ROSA, R.B. **A doença não marca hora, não marca dia**: acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família. 2006. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SÃO PAULO. **Direito do Paciente**, 1999. Lei no 10.241 do Estado de São Paulo. Disponível em www.mp.sp.gov.br/caocivel/SaudePublica/legisla/Estadual/Lei%2010241-99%20%20direitos%20do%20paciente.doc. Acesso em jan. 2007.

SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (orgs) **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 15-39.

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

SILVA, N.N. Amostragem por conglomerados. In: _____ **Amostragem por Probabilística**: um curso introdutório. São Paulo: Edusp, 1998. p. 75 – 108.

SOUZA, E.M.; PEREIRA, M.G. A satisfação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde. **Brasília Médica**, v. 36 n. 1/2 , p. 33-36, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Como avaliar serviços de saúde? **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.3, p.79-82, jul./set. 2003.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.121-136.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – a assistência à saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 193-206, abr./jun. 2000.

TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, E.X.G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no

acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1985. 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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VASCONCELLOS, M.P.C. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.6, p.155-172.

VUORI, H. Texto apresentado originalmente com o título “**Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde**”, Tradução: Maria José Lindgren Alves. Rio de Janeiro: OPAS, ENSP, 1988.

WESTPHAL, M.F; O Programa de Saúde da Família: um compromisso com a qualidade de vida. In: WESTPHAL, M.F; ALMEIDA, E.S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: Edusp, 2001, cap.19.

APÊNDICE A

Roteiro para Entrevista

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

Endereço: _____ F/MA _____ NSF _____

Data: _____

Início: _____ Fim: _____

Entrevista nº: _____

IDENTIFICAÇÃO:

1. Microárea: 1() 2() 3() 4() 5()

2. Tempo de residência na área: _____

3. Nº de pessoas na família: _____

4. Sexo: F() M()

5. Idade: _____

6. Estado civil:

() solteiro () viúvo () casado () divorciado () amasiado

7. Escolaridade:

() não alfabetizado () fundam. incomp () fundam. completo () médio incomp

() médio comp. () superior incomp () superior completo () PG incomp

() PG completa

8. Atualmente você está trabalhando?

() Não (do lar ?) () desempregado () aposentado () afastado

() Outro motivo: _____

() Sim → Ocupação: _____

9. Renda familiar

() nenhuma () R\$700,00 à R\$1049,00 () R\$1750,00 à R\$3499,00

() menos de R\$350,00 () R\$1050,00 à R\$1399,00 () mais de R\$3500,00

() R\$350,00 à R\$699,00 () R\$1400,00 à R\$1749,00

10. Reside em:

() casa própria () cedida () alugada () invadida

11. Possui plano de saúde / convênio:

() Sim Qual ? _____

Nº de pessoas cobertas: _____

Com que frequência utiliza? () semanalmente

() quinzenalmente () mensalmente

() anualmente

() outros. Especifique: _____

() Não

12. Utiliza serviços públicos de Saúde do Município: () Sim Qual(is): _____

() Não

13. O que leva você a procurar um serviço de saúde?

14. Teve ao menos uma experiência de atendimento administrativo ou de saúde na unidade de Saúde da Família, em no máximo, seis meses antes da realização da entrevista na pesquisa?

() Sim Quando? _____ Qual? _____

() Não

15. Com que frequência utiliza o NSF ?

() semanalmente () mensalmente

() outro (especificar) : _____

() quinzenalmente () anualmente

16. O que mais utiliza no Núcleo de Saúde da Família:

() consulta médica agendada () consulta médica eventual / urgência () consulta de enfermagem () grupos educativos ou de convivência
() procedimentos em geral (controle de PA, glicosimetria, curativo, medicações, etc) () visita domiciliar () outro (especificar): _____

INFRA-ESTRUTURA

Como você classificaria:

A aparência física da USF? percepção visual (como vc enxerga o núcleo,), sonora (se tem muito ruídos, som agradável), percepção olfativa, a limpeza, o conforto, se é um ambiente agradável, luminosidade.

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

A qualidade e quantidade dos equipamentos? (funcionamento e quantidade. Ex: aparelhos de medir pressão, balança, medir glicemia, aparelhos para ouvir os batimentos do coraçãozinho do bebê durante o pré-natal...etc)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Disponibilidade de medicações? (Se tem a possibilidade de acesso a medicações, pegar remédios no núcleo)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Disponibilidade para coleta de exames? (Se tem a possibilidade colher os exames no núcleo – exames de sangue, hemograma, colesterol, papanicolau, etc..)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Disponibilidade para procedimentos? (Se tem a possibilidade de fazer os procedimentos no núcleo - aplicação de medicações, vacina, curativo)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Como você percebe a infra-estrutura disponível no Núcleo? Vc poderia descrever?

O quê importa saber:	o estado de conservação da USF em relação à limpeza, pintura, mobília, conforto, organização, espaço físico (tamanho e disposição de salas), trânsito interno, presença de rampas e escadas, acesso a deficientes físicos, cadeiras de rodas, carrinhos de bebês, equipamentos.
	Privacidade no atendimento (local que possibilite maior privacidade para o atendimento: na recepção, para orientações gerais, para consulta médica)
	disponibilidade de ações: procedimentos em geral (vacina, administração de medicações, dispensação de medicamentos, coleta de exames) espaços físicos adequados para atendimentos.

ACESSIBILIDADE

Como você classificaria:

Acesso a consulta agendada? Vc consegue ter acesso as consultas agendadas?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Acesso a consulta eventual? Vc consegue ter acesso as consultas de urgência, aquela que vc quer ser atendido no mesmo dia, pois está se sentindo mal?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Sobre o tempo que você aguarda para ser atendido (sala de espera) para consulta agendada ? Em média qto tempo vc espera?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Tempo que você aguarda para ser atendido (sala de espera) para consulta eventual/ de urgência ?
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

Tempo gasto na consulta médica / enfermagem? (dentro do consultório)
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

Acesso a exames complementares? Vc consegue ou tem possibilidades para fazer outros exames que são realizados fora do núcleo , como mamografia, RX, eletro, etc..
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

Acesso a encaminhamentos para consulta especializada? (Ex. consultas com cardiologista, neurologista, ortopedista...)
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

O que você acha do horário de funcionamento da USF? Qual o horário de funcionamento? (Das 8 às 17hs de segunda à sexta feira)
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

A distância da USF à sua casa? Em relação a tempo de deslocamento, meio de transporte?
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

Como você percebe a acessibilidade dos serviços oferecidos no Núcleo? Vc poderia descrever?

O quê importa saber:	<p>Barreira Geográfica: local instalado, distância e tempo da USF à sua moradia, meio de transporte utilizado, presença de barreiras geográficas (ladeiras, rios, morros, estradas, etc), impossibilidade de usar outro serviço (“única opção”).</p> <p>Barreira Organizacional: o horário de funcionamento, tempo de espera para agendar consulta (especificar quanto tempo), tempo de espera para atendimento eventual (especificar quanto tempo), tempo dispendido na sala de espera para consulta agendada e para eventual (especificar quanto tempo), qual o tempo limite de espera para que não te irrite (especificar quanto tempo), tempo de espera para conseguir encaminhamento e agendamento de exames laboratoriais (especificar quanto tempo), tempo de espera para realização de procedimentos, possibilidade e o tempo de espera para referência e contra-referência (especificar quanto tempo).</p> <p>Barreira Sócio-Cultural: dificuldade de comunicação com médico, enfermeiro, ACS, ou outro profissional, sente vergonha de expor seus problemas, desvalorização de crenças, falta de credibilidade nos serviços de saúde.</p>
-----------------------------	---

RELAÇÃO USUÁRIO - EQUIPE DE SAÚDE

Como você classificaria:

A competência / qualidade técnica da equipe de saúde? Vc acha que de todos os profissionais desse núcleo tem capacidade técnica, competência e habilidades para trabalhar nesse serviço ? Sente confiança no que eles dizem pra vc?
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

Atendimento por parte da recepção? Quem faz parte ?
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

Atendimento por parte da equipe de enfermagem? Quem são?
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

Atendimento médico? Quem é?
☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo ☐ Não sei

O trabalho exercido pelos ACS?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Explicações oferecidas pelos profissionais da USF, quanto às medicações, doença, tratamento, encaminhamentos, exames? (Relacionar com clareza nas explicações, liberdade para fazer perguntas, tempo disponível para explicar).

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo () Não sei

Como você percebe o relacionamento existente entre equipe de saúde e você (usuário)?

O que importa saber:	Relacionamento interpessoal como: cordialidade, gentileza, - “bom dia...”, atenção, preocupação, “como suas queixas foram ouvidas?”, demonstração de interesse e responsabilidade pelas queixas, respeito, vínculo “conhece você pelo nome?; como você é tratado pela equipe?”, amizade, confiança, “carinho”, liberdade para conversar sobre assuntos íntimos.
-----------------------------	---

RESOLUTIVIDADE

Quando você procura o Núcleo e é atendido você consegue ter seu problema resolvido? Explica pra mim?

Você indicaria a USF para algum parente, amigo seu? Por quê?

SUGESTÕES

Quais as sugestões para melhorar o atendimento e quais outros serviços poderiam ser oferecidos na USF?

Espaço para observações e queixas que o respondente queira deixar registrado.(exemplo, algum problema que teve com o serviço).

Campo para observações feitas durante a entrevista pelo entrevistador. (Se o respondente se sentiu a vontade, inibido, constrangido, valorizado, etc)

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a)Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP**

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a aceitabilidade dos usuários em relação à oferta e prestação de assistência pelas equipes de saúde da família de Ribeirão Preto-SP.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação para participar da entrevista dirigida aos usuários dos Núcleos de Saúde da Família. As entrevistas serão gravadas em fita eletromagnéticas e serão destruídas após a conclusão da pesquisa

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Dr^a Silvana Martins Mishima

Orientadora - Professora Associada junto ao
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto – USP
Telefone para contato: (16) 602-3951 ou 602-3391
smishima@eerp.usp.br

Vanessa Pirani Gaioso

Pesquisadora
Telefone para contato: (16) 3941-4493
vgaioso@yahoo.com.br

Eu _____, aceito participar da pesquisa **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP**. O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a aceitabilidade dos usuários em relação à oferta e prestação de assistência pelas equipes de saúde da família de Ribeirão Preto-SP, e estou ciente de que a entrevista terá seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2006.

Assinatura _____

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP

OF. N.º. 135/06/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP. 16/3/2006.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 47ª reunião ordinária, realizada em 14 de março de 2006, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: **"Satisfação do Usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP"**. Protocolo:0185/CEP/CSE-FMRP-USP, que será coordenado por V.Sª e pela pesquisadora Vanessa Pirani Gaioso, foi **Aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.