UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA CAROLINA CAMPOS

**Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a
perspectiva da responsividade**

Ribeirão Preto
2011

ANA CAROLINA CAMPOS

Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva
da responsividade

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

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e
Políticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto
2011

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Campos, Ana Carolina
Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a
perspectiva da responsividade
145 p; 30cm

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

Orientadora: Profa Dra Silvana Martins Mishima

Palavras-Chaves: 1. Avaliação dos serviços de saúde; 2.
Satisfação do usuário; 3. Programa saúde da família; 4.
Responsividade; 5. Atenção Primária de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAMPOS, Ana Carolina. Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade.

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

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Há um tempo em que
é preciso abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo,
e esquecer os nossos caminhos,
que nos levam sempre aos mesmos lugares.*

*É o tempo da travessia:
e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado,
para sempre,
à margem de nós mesmos*

Fernando Pessoa

Dedico esta conquista a minha família tão amada ...

Aos meus pais Antonio José e Heliana, pelo apoio incondicional às minhas escolhas, pelos sacrifícios realizados em meu benefício e pelo amor com que sempre me ensinaram a acreditar e lutar pelos meus sonhos.

Aos meus queridos irmãos Luiz Felipe e Ana Luiza, amigos e cúmplices nas dificuldades, conquistas e alegrias da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por tudo que me proporciona diariamente.

A minha orientadora e amiga Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima por todo carinho, cuidado, paciência e amizade que você tem dedicado a mim desde o nosso primeiro encontro. Sil, você é uma pessoa muito especial e querida, com quem eu espero ter a oportunidade de continuar convivendo e aprendendo diariamente. Muito obrigada por me ensinar a acreditar nas minhas capacidades, a valorizar minhas conquistas e a buscar minha felicidade a cada dia.

A querida Prof^a Dr^a Maria José Bistafa Pereira pela pessoa amiga, companheira, cidadã, guerreira e maravilhosa que você é. Zezé, obrigada por sempre estar ao meu lado.

A todos que estiveram comigo no meu caminhar até aqui ... Dizem que os amigos são a família que escolhemos ... Assim, agradeço a toda minha “Família” por compartilhar conhecimentos e experiências, os momentos de dúvidas e risadas, alegrias e dificuldades. Muito obrigada pelo carinho e incentivo de todos vocês.

Em especial a Cristiane, Adriana, Marcinha, Vanessa, Nunila, Lauren, Françoise, Luciana e Marianna, sem vocês teria sido impossível esta conquista.

A Carolzinha, Gabi e Tami que cuidam de mim e do nosso lar.

A Prof^a Dr^a Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava pela valiosa contribuição na qualificação deste estudo.

A toda minha família pelo amor, carinho e compreensão em todos os momentos de minha vida.

A equipe da Unidade de Saúde da Família deste estudo que tanto me ajudou e incentivou na realização deste trabalho de maneira muito carinhosa e prestativa.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde, especialmente àqueles que participaram e colaboraram com a construção desta pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ pela concessão da Bolsa de Mestrado Processo nº 13.0216/2009-7, bem como pelo suporte financeiro da presente pesquisa por meio do projeto Fortalecimento da rede de atenção básica possibilidades de intervenção em saúde e em enfermagem, processo nº 312389/2009-4.

RESUMO

CAMPOS, A.C. Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade. 2011. 145 p. Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Estudo exploratório-descritivo, com o objetivo de analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto – SP sob a perspectiva da responsividade. O cenário da pesquisa se constituiu em uma USF do Distrito Oeste do município, selecionada por meio de sorteio. A coleta de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas seguiu um roteiro baseado nas dimensões da responsividade e se estendeu de setembro 2010 a janeiro de 2011. Os sujeitos da pesquisa foram usuários das famílias atendidas pela USF, sendo selecionados considerando a utilização da USF por pelo menos um membro da família nos últimos 6 meses. Foram realizadas 43 entrevistas uma vez que se verificou a saturação dos dados em seu conjunto com este total de entrevistas. A análise dos dados realizada mediante análise temática identificou 4 grandes temas: 1) *O ambiente da unidade de saúde*, onde apesar da insatisfação pela falta de conservação e cuidado com o espaço físico da USF, os usuários indicam que isto pouco interfere na qualidade da assistência prestada. Entretanto, a degradação do ambiente é visto como falta de recursos e descuido da administração pública, e também, descaso da equipe em conservar e tornar o serviço de saúde um ambiente mais propício ao cuidado; 2) *O acesso e seus componentes de acessibilidade – favorecendo à responsividade?*, com a presença de distintos aspectos da acessibilidade que podem gerar satisfação e/ou insatisfação ao usuário. Ao trazerem a escassez de tecnologias leve-duras e duras no processamento do atendimento, os usuários apontam que a USF é um serviço de saúde pobre, que dispõe de pouca tecnologia, pouca complexidade, pouca capacitação do pessoal; 3) *Possibilidades da construção da relação usuário – equipe - serviço de saúde*, evidenciando dimensões da responsividade que se fazem presentes na relação do usuário com os serviços de saúde, mediada por uma equipe que necessita ter instrumentos para ler as necessidades de saúde do usuário e programar ações que permitam a expressão de: liberdade e participação do usuário nas decisões sobre a sua saúde ou sobre as alternativas que lhe são colocadas para seu acompanhamento. Estas dimensões dizem respeito à confiança, o vínculo necessário, a acolhida pela equipe, comunicação que permite o entendimento, a escolha por uma segunda opinião; 4) *A equipe da USF – processando a assistência e acolhimento*, sendo trazido na análise dos dados que os usuários consideram os profissionais da equipe de saúde acolhedores e comprometimentos com o cuidado à saúde e asseguram que as pessoas se sintam amparadas, assistidas e confiantes nas condutas prescritas, nas orientações ofertadas, possibilitando a construção ou ampliação do vínculo usuários-serviço de saúde. Conclui-se que os aspectos da responsividade contribuem na avaliação do cuidado prestado na Saúde da Família possibilitando um planejamento mais adequado e próximo às necessidades dos usuários, permitindo a análise dos serviços de saúde para ofertar uma assistência que satisfaça as expectativas da população e proporcione que as pessoas tenham seus direitos de cidadãos e de usuários do sistema de saúde respeitados.

Descritores: 1. Avaliação dos serviços de saúde; 2. Satisfação do usuário; 3. Programa saúde da família; 4. Responsividade; 5. Atenção Primária de Saúde.

ABSTRACT

CAMPOS, A. C. **Analysis of user satisfaction in a Family Health Unit from the perspective of responsiveness.** 2011. 145 p. Dissertation [MA] - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo.

This exploratory and descriptive study aimed to analyze the satisfaction of users who are assisted in a Family Health Unit of the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil from the perspective of responsiveness. The research was carried out in a Family Health Unit of the Western District of the city, selected by lot. Data were collected through semi-structured interviews, followed a script based on the dimensions of responsiveness, and lasted from September 2010 to January 2011. The subjects were users of the families assisted by the Family Health Unit, being selected if at least one family member had access to the Family Health Unit in the last 6 months. 43 interviews were conducted since it was verified the saturation of data as a whole with this all interviews. The data analysis was made through thematic analysis, in which four major themes were identified: 1) *The environment of the Health Unit*, where despite the dissatisfaction with the lack of maintenance and care of the physical space, users indicates that this interferes little in the quality of provided care. However, environmental degradation is seen as lack of resources and negligence of the public administration, and also neglect of the staff in conserving and making the health service an environment propitious for care; 2) *Access and its components of accessibility – is it favoring responsiveness?*, with the presence of different aspects of accessibility that can generate user satisfaction and/or dissatisfaction. By bringing the shortage of technology soft-hard and hard to the processing of the care, users indicate that the Family Health Unit is a poor health service, which offers low-tech, low complexity, and little staff training; 3) *Possibilities of construction of the relationship user - team - health service*, showing dimensions of responsiveness that are present in the user's relationship with health services, mediated by a team that has to have tools to know about the health needs of the user and program actions that allow the expression of freedom and user participation in decisions on his/her health or on the alternatives to his/her monitoring. These dimensions are relate to trust, necessary link, welcome by the team, communication that allows the understanding, choice for a second opinion; 4) *The Family Health Unit team - providing care and reception*, the data analysis showed that users consider the health professional team friendly and committed with health care and ensure that people feel supported, assisted and confident in the prescribed conduct and offered guidelines, allowing the construction or expansion of the bond health service-users. It was concluded that aspects of responsiveness contribute to the evaluation of care provided in the Family Health allowing a more appropriate planning and closer to the needs of users, which permit the health services to offer a service that meets the expectations of the population and provide that people have their rights respected as citizens and users of the health system.

Descriptors: 1. Health Services Evaluation; 2. Patient Satisfaction; 3. Family Health Program; 4. Primary Health Care

RESUMEN

CAMPOS, A.C. **Análisis de la satisfacción del usuario en una Unidad de Salud de la Familia de acuerdo con la perspectiva de la capacidad de respuesta.** 2011. 145 p. Disertación [MA] - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

Este estudio exploratorio-descriptivo objetivó analizar la satisfacción de los usuarios de una Unidad de Salud de la Familia de la ciudad de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil, de acuerdo con la perspectiva de la “capacidad de respuesta”. La investigación fue realizada en una Unidad de Salud de la Familia del Distrito Oeste de la ciudad, seleccionada por sorteo. La recolección de datos fue a través de entrevistas semi-estructuradas y siguió un guión basado en las dimensiones de la “capacidad de respuesta” y duró de septiembre de 2010 a enero de 2011. Los sujetos fueron usuarios de las familias atendidas por la Unidad de Salud de la Familia, siendo seleccionados considerando la utilización de la Unidad de Salud de la Familia por lo menos uno miembro de la familia en los últimos 6 meses. 43 entrevistas fueron realizadas porque hubo saturación de los datos en su conjunto con este total de entrevista. El análisis de los datos realizada por medio del análisis temático identificó cuatro grandes temas: 1) *El ambiente de la unidad de salud*, donde a pesar de la insatisfacción por la falta de mantenimiento y cuidado del espacio físico de la Unidad de Salud de la Familia, los usuarios indican que esto interfiere poco en la calidad de la atención proporcionada. Sin embargo, la degradación del ambiente es vista como una falta de recursos y negligencia de la administración pública, y también descaso del equipo en preservar y hacer el servicio de salud de un ambiente más propicio a la atención; 2) *El acceso y sus componentes de accesibilidad - ¿a favor de la “capacidad de respuesta”?*, con la presencia de diferentes aspectos de la accesibilidad que puede generar satisfacción y/o insatisfacción de los usuarios. Al traer a escasez de tecnología blanda-dura y dura en el proceso de atendimento, los usuarios indican que la Unidad de Salud de la Familia es un servicio de salud pobre, que ofrece baja tecnología, baja complejidad, baja capacitación del personal; 3) Posibilidades de construcción de relaciones usuario - equipo – servicio de salud, evidenciando las dimensiones de la “capacidad de respuesta” que están presentes en la relación del usuario con los servicios de salud, mediada por un equipo que necesita contar con instrumentos para saber las necesidades de salud del usuario y programar que permitan la expresión de libertad y participación del usuario en las decisiones sobre su salud o sobre las alternativas que le sean colocadas para su acompañamiento. Estas dimensiones se refieren a confianza, vínculo necesario, bienvenida por la equipo, comunicación que permite la comprensión, tener opción para una segunda opinión; 4) *El equipo de la Unidad de Salud de la Familia - procesamiento de la asistencia y recepción*, el análisis de los datos mostraron que los usuarios consideran que el equipo profesional es receptiva y comprometida con la atención a la salud y garanten que las personas se sientan apoyadas, asistidas y confiadas en las conductas prescritas, en las orientaciones ofrecidas, lo que permite la construcción o ampliación del vínculo usuarios-servicios de salud. Se concluye que los aspectos de la “capacidad de respuesta” contribuyen para la evaluación de la atención prestada en la salud de la familia, lo que permite una planificación más adecuada y cercana a las necesidades de los usuarios, permitiendo el análisis de los servicios de salud para ofrecer un servicio que satisfaga las expectativas de la población y proporcione que las personas tengan sus derechos respetados como ciudadanos y como usuarios del sistema de salud.

Palabras clave: 1. Evaluación de servicios de salud, 2. Satisfacción del paciente, 3. Programa de Salud de la Familia; 4. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição dos procedimentos realizados pela equipe da USF, no período de Março a Agosto de 2010. Ribeirão Preto, 2011

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de Famílias por microárea, número de famílias sorteadas e número de famílias entrevistadas. Ribeirão Preto, 2011

Tabela 2: Renda mensal familiar dos sujeitos entrevistados. Ribeirão Preto, 2011

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CAPS - Centro de Apoio Psico- Social

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CSE - Centro de Saúde Escola

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FMRP- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

HC - Hospital das Clínicas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SF - Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBDS - Unidades Básicas e Distritais de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

URD - Unidade de Referência Distrital

USF - Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

VD – Visita(s) Domiciliar(es)

SUMÁRIO

Apresentação.....	16
I. Introdução.....	18
1.1. Um pouco da história da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo e no Brasil.....	18
1.2. O processo de avaliação e a satisfação do usuário como indicador de qualidade.....	27
1.3. A abordagem da responsividade complementando a de satisfação do usuário?	30
1.4. Pressupostos metodológicos das pesquisas de responsividade.....	33
1.5. Justificativa.....	34
2. Objetivos.....	36
2.1. Objetivos específicos.....	36
3. O percurso da investigação.....	37
3.1. Natureza da Pesquisa.....	37
3.2. Campo e o cenário da pesquisa.....	37
3.3. População do estudo, as técnicas e instrumento de coleta de dados	39
3.4. Procedimentos éticos.....	41
3.5. Análise dos dados.....	42
4. O que dizem os usuários.....	43
4.1. O ambiente da Unidade de Saúde.....	48
4.1.1. O espaço físico: preparado para promover a atenção à saúde?	48
4.1.2. Cuidado e limpeza: detalhes promovendo o acolhimento.....	56
4.1.3. Equipamentos – disponíveis.....	59
4.2. O acesso e seus componentes de acessibilidade – favorecendo a responsividade.....	65
4.2.1. A distância facilitando a procura pelo serviço de saúde.....	65
4.2.2. Acessibilidade organizacional em foco.....	70
4.2.3. s tecnologias disponíveis na USF.....	81
4.3. Possibilidades da construção da relação usuário – equipe – serviço de saúde.....	92
4.3.1. Construindo relações de confiança.....	92

4.3.2. A privacidade do usuário e a atenção prestada.....	97
4.3.3. A capacidade de escolher e a liberdade de se posicionar.....	105
4.4. A equipe da USF – processando a assistência e o acolhimento.....	117
4.4.1. O acolhimento pela ESF.....	117
4.4.2. A composição da equipe e o trabalho de cada agente.....	123
4.4.3. Outros trabalhadores presentes na USF.....	127
5. Considerações Finais.....	130
Referências.....	133
Apêndice.....	140
Anexos.....	145

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação, descobri na Atenção Básica, especialmente na Saúde da Família, a alegria em ser enfermeira. Aprendi e compreendi a importância: de conhecer o território e a comunidade, da promoção à saúde, da prevenção de agravos, do acompanhamento constante às necessidades das pessoas e da interação com outros profissionais de saúde. Após esta experiência, tive a oportunidade de pesquisar sobre a utilização dos serviços de saúde pelos usuários, buscando entender os aspectos que levam a satisfação ou a insatisfação das pessoas em seu contato com os serviços de saúde.

Em minha primeira experiência profissional, participei da coleta de dados na pesquisa de Pereira (2008), que me proporcionou um conhecimento mais aprofundado da realidade do sistema de saúde do município. Nesta pesquisa (PEREIRA, 2008), emergiu a necessidade de avaliar aspectos voltados a responsividade que ajudasse a perceber melhor a satisfação dos usuários quanto os serviços de saúde. Apesar do pouco tempo trabalhando na Atenção Básica, como monitora¹ e pesquisadora, observei como é fundamental para o profissional de saúde aprender, compreender e tentar atender as demandas e expectativas dos usuários para possibilitar uma atenção à saúde com qualidade. O desejo de continuar na área acadêmica e ser uma enfermeira que “acolhe” na integralidade os usuários levou-me a desenvolver a presente pesquisa.

Este estudo possibilitou minha aproximação aos usuários, permitindo criar um espaço para que estes fossem escutados e opinassem sobre assistência prestada na Saúde da Família. Porém, não tenho aqui a pretensão imediata de propor soluções ao atendimento para os profissionais de saúde ou regras de “bom uso” dos serviços aos usuários. Mas desejo que esta pesquisa ajude às equipes de saúde a proporcionar o cuidado adequado às demandas, desejos e expectativas das pessoas, e consequentemente, tentarem proporcionar o atendimento ao direito à saúde de qualidade e resolutiva.

---

¹ Monitoria é uma figura estabelecida pela Universidade de São Paulo, vinculando formalmente um pós-graduando, selecionado mediante processo seletivo, para atuação junto ao ensino de graduação, sob a supervisão de um docente.

Nesta pesquisa, propõe-se analisar como as pessoas avaliam a assistência prestada pela Saúde da Família segundo a responsividade, que trata dos direitos universais ao cuidado em saúde.

O estudo estrutura-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo, introduzo o suporte teórico que dá sustentação à análise do estudo, recordando o percurso da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, a importância do processo de avaliação e satisfação dos usuários no sistema de saúde e o quadro teórico para a construção do conceito de responsividade nas pesquisas de satisfação. Ainda, neste capítulo, discuto a justificativa deste estudo. No segundo capítulo, aponto os objetivos (geral e específico) desta pesquisa, e no terceiro capítulo apresento o percurso metodológico, estabelecendo o campo da pesquisa, os sujeitos envolvidos, os instrumentos para a coleta e análise dos dados.

No quarto capítulo, discuto os resultados da pesquisa com a caracterização dos participantes e a análise dos achados segundo a temática investigada. Finalizando, no último capítulo, apresento as considerações finais com uma síntese dos resultados em discussão e apontando algumas possibilidades, ou desafios encontrados nesta investigação que podem contribuir para que os trabalhadores possam refletir sobre sua prática de trabalho e propor ações para melhoria da satisfação do usuário quanto à assistência prestada e assegurar o direito à saúde destes, especialmente no município estudado.

Espero que vocês aproveitem a leitura. Vamos a ela ....

I. INTRODUÇÃO

1. Um pouco da história da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo e no Brasil

A década de 70 foi marcada no mundo todo pelo que se denominou de “crise da saúde”, caracterizada pela influência do modelo médico hegemônico, tecnocentrado e com altos custos, não considerando plenamente o complexo processo saúde-doença-cuidado (MENDES, 1996; CAMARGO-BORGES, 2007).

Esta “crise” foi consequência de um período marcado por um processo mundial de profunda recessão gerando uma forte crise estrutural do capitalismo. Os governos sofriam com um significativo déficit público e conviviam com a redução dos investimentos sociais, especialmente na saúde que impossibilitava atender às necessidades de saúde da população de forma adequada, a urbanização gerou o crescimento da pobreza e violência e conseqüentemente o aumento da demanda para os serviços de saúde de atenção primária (MENDES, 1996; GAIOSO, 2007).

Ainda, segundo Mendes (1996) uma das explicações para esta crise, denominada estrutural, se voltou a evidenciar a incapacidade de conciliar as estratégias de controle de gastos dos sistemas de saúde e as “forças que exigem expansão do sistema de saúde”. Dentre estas forças estariam a mudança na estrutura da idade da população com a redução da taxa de mortalidade e da taxa de fecundidade, a medicalização da sociedade como forma de obter saúde com a ausência de doença, e a “acumulação epidemiológica”, que no Brasil, contava com 50% da mortalidade causada pelas doenças do aparelho circulatório e causas externas, aumento dos casos de cólera e dengue, doenças infecciosas e desnutrição que continuavam presentes na sociedade (MENDES, 1996, p. 21- 25).

No contexto brasileiro ocorria o movimento de abertura política nacional em consonância com o processo latino-americano de resgate de cidadania no continente (CAMARGO-BORGES, 2007). A “crise da saúde” tem sido considerada universal, não sendo uma “característica específica do contexto brasileiro, apresentando dimensões que se fazem presentes de modo uniforme em diferentes países”: *ineficiência*, pela concentração de gastos em procedimentos custosos e de baixo

impacto sobre a saúde ocasionado pelo modelo médico hegemônico; *ineficácia* caracterizada pela falta de ligação entre os investimentos na saúde e o impacto destes nos padrões sanitários da população; *iniquidade* em que a disponibilidade da atenção médica estava muito aquém das necessidades da população, e *insatisfação popular* com todo este contexto (MENDES, 1996, p. 15-17).

Em setembro de 1978, em Alma Ata, antiga União Soviética, foi realizada a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Neste cenário de crise estrutural, assinalava-se a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS, 1979, p.2); buscando com isto, diminuir as drásticas desigualdades sociais presentes neste cenário (CAMARGO-BORGES, 2007).

Esta Conferência define cuidados primários de saúde ou de Atenção Primária de Saúde (APS) como sendo a atenção essencial à saúde colocada de forma universal e acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, de acordo com as formas aceitáveis para a comunidade e a um custo que tanto a comunidade como o país possam ser capazes de suportar (OMS, 1979).

Ainda, é apontado como um dos aspectos importantes a ênfase na atenção à saúde como um direito humano fundamental (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006). Neste sentido, “a obtenção do mais alto nível de saúde seria a mais importante meta social mundial, cuja realização requereria a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (CAMARGO-BORGES, 2007, p. 58 – 59).

Segundo a OMS (1979), ao apresentar as diretrizes e princípios da APS, afirma que esta é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar do sistema, permitindo a atenção o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, lidando assim com os problemas mais comuns na comunidade. Ao lidar com os

problemas mais comuns, também se aproxima daqueles menos definidos, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para melhorar a situação de saúde e bem estar (OMS, 1979; STARFIELD, 2002; ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006; CAMARGO-BORGES, 2007).

Starfield (2002, p. 482) ao analisar os sistemas de saúde centrados nos atributos e concepções da APS, afirma que estes sistemas apresentam um diferencial na resolução dos problemas de saúde. A autora apresenta o que denomina atributos, ou aspectos exclusivos da APS, e “que oferecem as bases teóricas para as características da APS e para as formas de avaliá-la”:

1. *Primeiro contato* ou *porta de entrada* refere-se à acessibilidade e uso do de serviços de saúde no surgimento de um problema de saúde. A autora aborda e diferencia os termos: acesso como uso efetivo do serviço pelo usuário, e a acessibilidade que se constitui como elemento estrutural necessário ao primeiro contato, possibilitando o usuário chegar ao serviço de saúde. A acessibilidade não é característica apenas da APS, mas se difere nesta por ser o ponto de entrada nos serviços de saúde.

2. *Longitudinalidade* pressupõe um acompanhamento dos usuários de saúde e suas demandas de forma regular e constante ao longo do tempo. Envolve uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários, possibilitando a estes usuários identificar a Unidade de Saúde como sua fonte regular de atenção. Starfield (2002) associa este atributo a benefícios como: atenção mais adequada, melhor reconhecimento dos problemas, melhor e maior relação de vínculo com os pacientes, menos hospitalizações e custos mais baixos.

3. *Integralidade* refere-se aos arranjos organizados pelas Unidades de Saúde para que os usuários recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde que necessitem, podendo utilizar os diferentes níveis de atenção à saúde. Esses recursos podem estar disponíveis tanto na própria unidade como ser mobilizados desta e/ou fora do setor de saúde, como por exemplo, o encaminhamento para os serviços do nível secundário e o terciário, internação domiciliar e outros disponíveis de caráter comunitário. Starfield (2002, p.63) destaca que os profissionais precisam desenvolver práticas de atenção buscando

ofertar e reconhecer “adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais”.

4. *Coordenação da atenção* pressupõe a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores, continuidade da assistência por meio de uma equipe de saúde e serviços especializados. Para operar a coordenação é essencial que as informações a respeito dos problemas dos usuários estejam à disposição dos profissionais que prestam o atendimento, principalmente para resolver as necessidades atuais. Apesar disto, a coordenação é vista como um desafio pela dificuldade em obter informações geradas em diferentes locais de atendimento. Este atributo também possibilita uma maior integração entre os serviços e assim a construção de um sistema integral e integrado (PEREIRA, 2008, p.78).

Ainda, Starfield (2002) aponta outros elementos que são derivados dos atributos essenciais, tais como a focalização na família e a orientação para a comunidade.

A *focalização na família* enfoca a família como sujeita da atenção, considerando o ambiente cotidiano em que está inserida, suas necessidades, exposição a ameaças na saúde de qualquer ordem, e enfrentamento de recursos familiares limitados. O conhecimento da dinâmica familiar e do estado de saúde dos membros da família pelos profissionais da Unidade de Saúde “pode esclarecer possíveis mecanismos de etiologia e de resposta a terapia” (STARFIELD, 2002, p.486).

A *orientação comunitária* refere-se ao conhecimento das necessidades da comunidade no contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem. As habilidades epidemiológicas e clínicas podem auxiliar na elaboração de programas que atendam as necessidades específicas da população definida (STARFIELD, 2002, p.537).

Documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicado inicialmente de forma preliminar em 2005, traz um conjunto de reflexões acerca da APS nas Américas (OPAS, 2008), apresentando aspectos teóricos para o repensar da mesma, sendo apontados elementos estruturais e funcionais que vão na mesma direção do trazido por Starfield (2002) e que dizem respeito ao: primeiro contato, atenção integral, integrada e contínua; cobertura e acesso

universais, orientação familiar e comunitária, ênfase na promoção e prevenção, atenção apropriada, mecanismos de participação ativa, ações intersetoriais, recursos adequados e sustentáveis, recursos humanos apropriados, organização e gestão ótimas, políticas e programas pró-equidade, marco político, legal e institucional sólido.

Nesta mesma direção da análise dos sistemas de saúde, Mendes (2002) afirma que ao se tomar a história mais recente de vários países, observa-se a adoção da estratégia da APS para organização e ordenação de recursos de saúde. Contudo, neste processo a APS tem sofrido variações em sua interpretação, principalmente pela ambigüidade de algumas definições estabelecidas internacionalmente de APS. Este autor destaca três interpretações presentes de APS: como *atenção primária à saúde seletiva*, como aquela destinada a populações excluídas apresentando um conjunto de ações focais; *atenção primária à saúde como primeiro nível do sistema de serviços de saúde*, constituindo-se no primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, mas ainda com dificuldades da articulação em rede do sistema e serviços de saúde; e a *atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde*, o que implicaria na articulação dos diferentes pontos da rede, sendo os serviços de atenção primária aqueles responsáveis pela coordenação da atenção.

O documento Renovação da Atenção Primária à Saúde das Américas (OPAS, 2008), já apontado acima, apresenta uma quarta possibilidade de interpretação da APS como abordagem de Saúde e Direitos Humanos. Nesta abordagem é colocada a ênfase na compreensão da atenção à saúde como direito humano e a necessidade de abordar seus determinantes sociais e políticos mais amplos. A definição renovada da APS inclui os setores públicos e privados; diferencia valores, princípios e elementos essenciais e estruturais da APS; destaca a equidade e a solidariedade como valores que devem estar presentes na APS renovada; incorpora princípios como sustentabilidade e orientação à qualidade (OPAS, 2008, p. 8). Este documento explicita, ainda, que a estratégia para a renovação da APS se ajusta de acordo com realidade política, econômica, capacidade administrativa e desenvolvimento histórico alcançado pelo setor saúde de cada país (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006, p.794).

Ainda, neste documento, a OPAS (2008), ao definir os valores, princípios e elementos propostos de um Sistema de Saúde baseado na APS aponta que: *valores* são os princípios sociais ou padrões de comportamento apoiados pela sociedade proveniente de uma base moral para políticas planejadas para servir ao interesse público; os *princípios* dizem respeito à ligação das políticas de saúde, legislação, geração e distribuição de recursos com a operacionalização do sistema de saúde; e *elementos estruturais e funcionais* (já apresentados acima) estão presentes em todos os níveis de saúde e devem basear-se na evidência atual de sua efetividade ao melhorar a saúde e na importância em garantir outros aspectos de um Sistema de Saúde com base na APS (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006, p.794; OPAS, 2008, p.8-16).

O Brasil, não foge a este contexto de crise e de reformulação do sistema de saúde, assim, quando tomamos os antecedentes da constituição e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), verificamos que sua implantação não ocorre de forma isolada no cenário brasileiro, mas num processo de recomposição das forças políticas no âmbito nacional e internacional. Dentre outros aspectos, tem-se presente no país o movimento de abertura política em consonância com o processo latino-americano de resgate da cidadania no continente, e a necessidade de ampliação da expansão da atenção médica, a partir de um modelo de baixo custo para populações excluídas residentes nas áreas marginais de grandes cidades e nas zonas rurais. Desta forma, neste contexto mais geral, o Brasil, no processo denominado de Movimento da Reforma Brasileira, acompanha o movimento internacional e na conformação de suas políticas de saúde, incorpora e rearticula conceitos de APS.

O resultado deste processo de reforma da crise na saúde e do movimento de Reforma Sanitária, em curso no país a partir da década de 80 foi como já apontado, a construção do SUS, que por meio da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas 8080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 1990) estabelece aos cidadãos brasileiros o acesso universal, integral e com equidade à assistência, constituindo o eixo ético-político.

Ainda, há de se considerar que em sua estrutura de organização o SUS contempla diretrizes organizativas: descentralização, regionalização, hierarquização, participação social.

O SUS traz como desafio a construção de uma lógica e de práticas de cuidado que se contrapõem ao modelo biomédico dominante, desde a concepção do processo saúde-doença, de homem e da articulação de saberes e práticas para a produção de cuidados e de formas de gestão de serviços, tendo como premissa a ampliação do processo saúde-doença, considerando a dimensão histórica, social e relacional deste processo (CAMARGO-BORGES, 2007, p. 55-56).

Em 2006, num processo que pode ser considerado de ampliação da APS no país, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Básica, destacando que a Atenção Básica à Saúde (ABS) deve ser orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A ABS, como é denominada no território brasileiro a APS, se caracteriza por ações individuais e coletivas desenvolvidas articuladamente com uma prática gerencial participativa e democrática, com o enfoque no trabalho de equipe, considerando o contexto onde as populações vivem. A “ABS considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (BRASIL, 2006c, p.10).

Cabe destacar que a Política Nacional de Atenção Básica é lançada numa perspectiva política negociada do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006c), com a definição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a prioridade para a viabilização da Atenção Básica no país. Assim cabe um pequeno parêntesis, de forma a localizar que no cenário de implantação e implementação do SUS e da busca de sua sustentabilidade, em 1994, o Governo Federal brasileiro implementa o Programa de Saúde da Família, posteriormente considerado uma estratégia de política pública visando a estruturação de um modelo de atenção voltado à integralidade e qualidade da assistência prestada, contribuindo para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. A ESF tem como sustentação os princípios da

APS, tomando-a como eixo organizativo na agenda nacional de saúde (CAMARGO-BORGES, 2007).

A ESF propõe a integração e organização das ações da 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 (GAIOSO, 2007).

Ainda, a ESF deve

[...] atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006c, p.20).

Segundo Andrade, Barreto, Bezerra (2006) pode-se fazer um paralelo dos Sistemas de Saúde baseados na APS e a implantação da ESF, considerando os princípios doutrinários e organizativos do SUS e os componentes que caracterizam a implantação da Saúde da Família. Os valores remetem-se aos princípios doutrinários do SUS: conceito de saúde, universalidade, equidade, integralidade. Já os princípios vão ao encontro dos princípios organizacionais do SUS: acessibilidade, resolutividade, hierarquização, descentralização, controle social.

E finalmente, os elementos estruturais e funcionais que caracterizam os Sistemas de Saúde baseados na APS são semelhantes aos componentes que caracterizam a ESF: definição e descrição do território de abrangência, adscrição da clientela, diagnóstico de saúde da comunidade, acolhimento e organização da demanda, trabalho em equipe multiprofissional, enfoque da atenção à saúde da família e à comunidade, estímulo à participação e controle social, ações de promoção à saúde, resgate da medicina popular, organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe, identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário, monitoramento dos indicadores de saúde do território-população abrangente, clínica ampliada, educação permanente em saúde (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006, p.811).

O processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde desencadeados no movimento de implementação do SUS tornaram-se um grande desafio para os gestores que buscavam superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão. Frente a isto, em 2006, o Ministério da Saúde propõe o Pacto pela Saúde em três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – com responsabilidades para os três gestores do SUS, “visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social”(BRASIL, 2006a, p.7).

O Pacto pela Vida tem “prioridades estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2006a, p.9).

Uma das prioridades deste Pacto tem como objetivo assumir a Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica no país, de forma a consolidar, ampliar e qualificar a ESF nos municípios brasileiros, bem como garantir a infra-estrutura e o financiamento necessário ao funcionamento destas Unidades Básicas de Saúde, e também o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2006a, p.13-14).

Após quinze anos de implantação da ESF e sua implantação pelo país, com financiamento induzido pelo governo federal, somadas às críticas apontadas de sua operacionalização (MERHY; FRANCO, 2002; VAN STRALEN *et al.*, 2008), torna-se importante a avaliação do desenvolvimento da estratégia, considerando inclusive as considerações apontadas pelo Ministério da Saúde na avaliação realizada em dez grandes centros no Brasil (BRASIL, 2002).

Esta pesquisa apontou como exemplos de pontos positivos: a presença de mecanismos na integração entre níveis assistenciais, a criação e o fortalecimento de estruturas de regulação das Secretarias Municipais de Saúde e nos centros de saúde, a organização dos fluxos para a atenção especializada mostrando, assim, uma preocupação com uma atenção integral. Entretanto, é apontado que o processo de integração da rede foi considerado incompleto e uma barreira no

cuidado integral. A incompletude da rede se dá devido à falta de integração entre diferentes prestadores, a insuficiência de fluxos formais para atenção hospitalar e a ausência de políticas para média complexidade (ALMEIDA *et al.*, 2010).

O documento original nominado de Avaliação da Saúde da Família em dez grandes centros (BRASIL, 2002) reafirma a importância da ESF e ao indicar as dificuldades vivenciadas em sua implementação, aponta também recomendações para sua efetiva e qualificada ação no país. Dentre as recomendações, mesmo que de forma indireta, é assinalada a importância de dar voz aos usuários. Esta questão aparece quando da recomendação da atenção aos grupos mais vulneráveis com a expansão da cobertura assistencial de modo a contribuir com o processo de inclusão social. Aliado a esta questão, coloca-se a necessidade de promover a efetiva participação da população nos processos de diagnóstico e planejamento de ações, bem como a “criar meios e instrumentos para a população apresentar queixas, denúncias e sugestões” (BRASIL, 2002, p. 217).

1.2. O processo de avaliação e a satisfação do usuário como indicador de qualidade

No campo da saúde e, em especial, para a Saúde Pública, a avaliação dos serviços é bastante relevante, pois favorece diretrizes e opções para o planejamento da atenção e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Contudo, ainda é escassa a produção científica publicada voltada à satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde (GAIOSO, 2007).

Autores têm discutido que com a implantação do SUS, a partir do processo de descentralização, os gestores locais têm apontado a necessidade de instrumentos capazes de auxiliá-los a avaliar o sistema de saúde de maneira mais orientada e sistematizada. Contudo, ainda se verifica este processo de modo bastante genérico (MALIK; SCHIESARI, 1998; GAIOSO, 2007).

Diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas, de forma progressiva nas últimas décadas: pesquisas acadêmicas com a intenção de avaliar serviços de saúde; as próprias políticas que valorizavam o planejamento em saúde, traziam nos seu documento, tópicos

que sugeriam a preocupação com a avaliação; mais recentemente o Ministério da Saúde tem recomendado pesquisas de avaliação não apenas por exigência de financiadores externos, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes (SILVA, 2005).

Quando se toma o termo avaliação, este se volta ao ato ou efeito de avaliar, ou seja, conferir valor manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso (GAIOSO, 2007). Ao realizar julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, tem-se em curso o processo de avaliação.

Tanaka e Mello (2001) apontam que a avaliação é parte integrante e necessária do planejamento e do processo de tomada de decisão, servindo para o direcionamento da execução de ações, atividades, programas e sendo exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações.

Para autores como Donabedian (1980) e Vuori (1988), no processo de avaliação, e em especial na saúde, o aspecto central a ser considerado é que o sustenta é a qualidade, sendo esta considerada como apresentando muitas facetas, sendo que autores diferentes podem empregar significados distintos a este termo (VUORI, 1988).

Donabedian (1988) apresenta a descrição de dois tipos de avaliação. A primeira, denominada avaliação qualitativa dos serviços refere-se ao *relacionamento com o paciente, as amenidades* (instalações e equipamentos adequados) e ao *desempenho técnico*, que aborda a aplicação do conhecimento e da tecnologia visando o aumento dos benefícios e a redução dos riscos. A segunda avaliação denominada qualitativa do cuidado à saúde pode ser realizada em seus três componentes: a *estrutura* que se refere às características dos recursos utilizados pelo serviço; o *processo*, aos procedimentos utilizados para solucionar os problemas apresentados pelos pacientes; e o *resultado*, ao estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde, incluindo neste, a satisfação do paciente.

Posteriormente, Donabedian (1990) define os sete pilares da qualidade para avaliar as práticas de saúde: *eficácia* – que é a competência com que se produz o cuidado para melhorar a saúde; *efetividade* - a dimensão com que se alcança o

resultado para melhorar a saúde; *eficiência* – que é o máximo de cuidado efetivo obtido por um menor custo monetário; *otimização* – é o melhor cuidado efetivo, que pode ser obtido da relação custo/benefício; *aceitabilidade* – é a adaptação dos cuidados às expectativas, desejos e valores do paciente e seus familiares; *legitimidade* – conformidade das preferências quanto à aceitabilidade e *eqüidade* – distribuição dos cuidados e seus efeitos na saúde.

A *aceitabilidade* está diretamente relacionada com as expectativas e satisfações dos usuários e compreende a relação do usuário com a equipe de saúde, as dependências e instalações, as preferências do usuário em relação ao tratamento e tudo aquilo que ele julgar justo (GAIOSO, 2007).

Vuori (1988) ainda indica que ao se abordar a dimensão de qualidade, seria necessário especificar os aspectos de qualidade: quem define qualidade e quem seria o beneficiário desta qualidade. Nesta direção Kloetzel (1998, p.2) citado por Gaios (2007, p.36) afirma que é extremamente importante quando aponta que a avaliação de qualidade “deve basear-se tanto em critérios objetivos como subjetivos”.

Akerman (1992) em seu estudo afirma que a definição de indicadores de qualidade deveria passar pela utilização de medidas que levasse em conta a satisfação dos pacientes com os serviços. Esta afirmação pode encontrar eco na fala de Merhy (1998, p.105) quando 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.

Para Gaios (2007) avaliação da satisfação do usuário é um parâmetro que representa respostas quanto as suas esperanças e desejos, podendo se tornar um instrumento útil na organização da assistência e melhoria da qualidade de vida.

Segundo Bernhart *et al.* (1999), a satisfação dos clientes com os serviços é um componente integral de qualidade destes e depende da eficácia dos cuidados prestados. Estes autores apontam estudos indicando que um paciente satisfeito com os serviços de saúde tem mais chances de cumprir o tratamento médico prescrito, são mais suscetíveis a fornecer informações clínicas relevantes aos

profissionais e a probabilidade de continuar utilizando estes serviços são maiores, ou seja, a satisfação do paciente e qualidade percebida influenciam na utilização dos serviços (DARBY *et al.*, 2000).

Souza e Pereira (1999) afirmam que as fontes de influência mais significativas na avaliação da satisfação do usuário são multifatoriais e dependem das experiências pessoais, socioeconômicas e culturais.

1.3. A abordagem da responsividade complementando a de satisfação do usuário?

Em 2000, a OMS divulgou o Relatório Mundial da Saúde para o ano 2000, apresentando uma classificação dos 191 países membros, com base em um novo índice composto (desempenho total do sistema de saúde), desenvolvido para monitorar o desempenho dos sistemas de saúde em cada país. Este índice representa uma média ponderada de indicadores que pretendem medir resultados em relação ao *nível de saúde da população* - buscando como a interação dos sistemas de saúde com os indivíduos pode ter impacto no bem-estar da população, a *responsividade* - como sistema de saúde atende as expectativas legitimadas da população voltada aos aspectos não-médicos do sistema de saúde e à *justiça no financiamento* - como garantir um financiamento equitativo dos sistemas de saúde (OMS, 2000; TRAVASSOS; BUSS, 2000; DARBY *et al.*, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003).

O conceito de *responsividade*, “já utilizado na ciência política, diz respeito a quanto as ações governamentais atendem às expectativas e demandas da população”. A OMS (2000) introduziu este conceito na temática “da avaliação em saúde, como uma alternativa ao conceito de satisfação, para se referir aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005. p. 606).

O conceito de responsividade discutido por vários autores (DARBY *et al.*, 2000; VAITSMAN; ANDRADE, 2005; além da OMS, 2000) está fundamentado

no pressuposto de que, o sistema de saúde deve promover e manter a saúde dos indivíduos, além de tratá-los com dignidade, facilitar sua participação nas decisões sobre os procedimentos de saúde, incentivar a comunicação clara entre profissional de saúde e usuário e garantir a confidencialidade do histórico médico (VAITSMAN; ANDRADE, 2005. p. 606).

Blendon *et al.* (2001) apresentam responsividade como uma interação do modo como o sistema atua com a de satisfação do paciente. Ainda, *responsividade* refere-se ao modo como o sistema de saúde “reconhece e consegue responder às *expectativas universalmente legitimadas* dos indivíduos em relação aos aspectos não-médicos do cuidado” (VAITSMAN, ANDRADE, 2005. p. 606), agregando-se à definição dos princípios de validade universal na avaliação de sistemas de saúde (VAITSMAN, ANDRADE, 2005).

O conceito de responsividade abrange dois aspectos principais: o *respeito pelas pessoas* que incorpora questões como a dignidade, a autonomia, comunicação e a confidencialidade; e *orientação para o cliente* que inclui os elementos que influem na satisfação do paciente, mas não são diretamente ligadas com o cuidado à saúde: respeito ao atendimento rápido, acesso a redes de apoio social, a qualidade das instalações e escolha do prestador de cuidados de saúde. (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000; De SILVA; VALENTINE, 2000; VAITSMAN, ANDRADE, 2005).

Segundo De Silva e Valentine (2000, p.1) os elementos de responsividade foram selecionados através de uma revisão da literatura sobre análise e discussões de sistema de saúde. Os elementos da responsividade podem ser brevemente definidos como:

1. *Dignidade*: Ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância, ser examinado e tratado tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre sua doença respeitadas (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000, p. 19; De SILVA; VALENTINE, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 603).
2. *Autonomia*: Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar; poder recusar o tratamento; ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000, p. 19; De SILVA; VALENTINE, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 603).
3. *Confidencialidade (de informação)*: As consultas devem ser conduzidas de maneira que a privacidade seja protegida e garantida a confidencialidade de toda

a informação fornecida pelo paciente, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000, p. 19; De SILVA; VALENTINE, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 603).

4. *Satisfação de necessidades sociais*: Permissão aos pacientes internos de visitas de parentes e amigos, provisão de comida e outros artigos não providos pelo hospital; permissão de práticas religiosas não prejudiciais às atividades do hospital e que não firam a sensibilidade de outros indivíduos; acesso a rádios, jornais ou algum outro material de leitura, algum tipo de apoio para os pacientes terminais e no pós-hospitalar (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000, p. 19; De SILVA; VALENTINE, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 603).

5. *Atenção imediata* (definido por *Agilidade* segundo Vaitsman e Andrade, 2005): Unidades de saúde devem ser geograficamente acessíveis, levando em conta a distância, o transporte e o terreno. Os pacientes devem conseguir cuidado rápido em emergências e o tempo de espera por consultas e tratamento deve ser curto (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000, p. 19; De SILVA; VALENTINE, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 604).

6. *Amenidades básicas* (definido por *instalações e ambiente físico* segundo Vaitsman e Andrade, 2005): O meio no qual o cuidado de saúde é provido deve incluir vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, comida saudável e de boa procedência, ventilação suficiente, água limpa, banheiros e roupas limpos. Devem ser realizados procedimentos regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces do hospital/serviços de saúde (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000, p. 19; De SILVA; VALENTINE, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 604).

7. *Escolha*: Os indivíduos devem poder ter acesso a uma segunda opinião em casos de doenças graves ou crônicas ou cirurgia (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000, p. 19; De SILVA; VALENTINE, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 604). Segundo De Silva e Valentine (2000), acrescenta-se a este elemento, que os indivíduos devem ser capazes de chegar, sem dificuldades, aos serviços de saúde de sua escolha, capacidade para escolher o seu profissional de saúde e obter cuidados gerais e especializados adequados.

Ainda, segundo VAITSMAN e Andrade (2005) e Gostin *et al.* (2003), a *comunicação* também é considerada como elemento da responsividade. Definem que 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 (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 604; GOSTIN *et al.*, 2003).

As dimensões da responsividade correspondem ao processo de mudanças socioeconômicas e políticas das últimas décadas, que possibilitou um maior alcance da responsabilidade e escolha individual. Com os rápidos avanços na medicina e novas tecnologias apressaram o aumento das expectativas dos pacientes que mais bem informados, começam a buscar seus direitos no cuidado prestado pelos serviços de saúde (OMS, 2000; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

1.4. Pressupostos metodológicos das pesquisas de responsividade

As pesquisas sobre responsividade consideram dois aspectos distintos quanto ao desempenho do sistema de saúde: O primeiro mede “o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde”, coletando dados sobre o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde. O segundo “mede como as pessoas atendidas pelo sistema de saúde percebem e avaliam o *que acontece*” (DARBY *et al.*, 2000; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 607).

A metodologia das pesquisas de responsividade implica em fazer perguntas que reduza o fator subjetivo das respostas, pois solicita informações fatuais, e não apenas opiniões (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Os estudos de Vaitsman e Andrade (2005); De Silva e Valentine (2000) apresentaram as características que distinguem as pesquisas de responsividade e as pesquisas de satisfação dos usuários. As pesquisas de satisfação focalizam geralmente as interações clínicas, especialmente do cuidado de saúde, abordam geralmente os aspectos médicos e não-médicos do cuidado, representa uma mistura complexa de necessidades percebidas, expectativas prévias determinadas individualmente e experiência do cuidado das pessoas. As perguntas abordam o quanto a pessoa está satisfeita ou não com algum aspecto do serviço de saúde. Como exemplo de

questão nesta abordagem: “quanto a pessoa está satisfeita com o tempo que levou para ser atendida? (VAITSMAN, ANDRADE, 2005, p. 607).

Enquanto isto, as pesquisas de responsividade avaliam o sistema de saúde como um todo e focalizam apenas os aspectos não-médicos (não diretamente relacionados ao estado de saúde), avalia as percepções individuais sobre os direitos universalmente legitimados. As perguntas medem qual a frequência com que determinado evento ocorreu, e assim, possibilita maior objetividade nas respostas sobre o que acontece quando elas interagem com o sistema. Como exemplo: “quanto tempo levou para ser atendido na última vez que veio à unidade de saúde?” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 607)

Neste sentido, os autores apontam que as perguntas feitas pelas pesquisas de responsividade possuem melhor capacidade para avaliar mudanças. Os sistemas de saúde mudam constantemente, para melhor ou para pior, causando uma variação no nível de expectativas dos usuários. Desta forma, as perguntas sobre satisfação são menos capazes de captar tais mudanças, e ainda permite que as pessoas de grupos mais vulneráveis diminuam suas expectativas e se satisfaçam com baixos níveis de desempenho, sem obter suas expectativas legitimadas universalmente atendidas (DARBY *et al.*, 2000; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Embora críticas sejam colocadas à análise da responsividade, consideramos que os elementos/dimensões desta podem ampliar as possibilidades de avaliação da satisfação dos usuários, fugindo dos aspectos meramente quantitativos.

1.5. Justificativa

Os processos avaliativos relacionados à Atenção Básica compreendem um papel estratégico para o planejamento, redirecionamento e execução de ações e atividades que organizem o sistema de saúde do país, abrindo possibilidades para melhoria na qualidade da atenção, além de acolher e atender as necessidades de saúde dos usuários (PEREIRA, 2008).

Considerando o panorama geral traçado em relação ao processo de avaliação de serviços de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) acerca da realização de estudos mais localizados e que possam

avaliar a situação da rede de atenção básica, em específico após a implantação da estratégia de Saúde da Família, este estudo propõe lançar um olhar para a satisfação dos usuários na perspectiva da responsividade, tomando por base a investigação empreendida no município de Ribeirão Preto – São Paulo por Pereira (2008) que se voltou à avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica e de Saúde da Família do Distrito Oeste do município.

Segundo estudo de Pereira (2008), a avaliação das características organizacionais e de desempenho, segundo a percepção dos usuários de 14 unidades de saúde no Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto – SP, apontou que as Unidades de Saúde da Família (USF) obtiveram melhores avaliações em 7 dos 8 atributos analisados: acesso, porta de entrada, vínculo, enfoque familiar, orientação para a comunidade, elenco de serviços e formação profissional. Apenas o atributo da coordenação da atenção foi mais bem avaliado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que nas USF.

Desta forma, este estudo reforça a importância de introduzir e desenvolver pesquisas na visão dos usuários que analisem, avaliem e interpretem demandas, desejos e necessidades da população permitindo que estes usuários participem ativamente do processo e também que suas expectativas pelo direito à saúde sejam escutadas, compreendidas e garantidas pelos serviços de saúde (PEREIRA, 2008).

Embora haja um crescente na produção científica voltada à satisfação dos usuários, ainda é rara a produção científica que analise a temática da responsividade, sendo localizada na literatura brasileira apenas uma investigação em campo sobre esta temática (ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010). Assim, justificam-se estudos desta natureza, na medida em que estes possibilitam avaliar como o usuário interage com os serviços de saúde e estabelece suas expectativas através dos princípios de validade universal na avaliação de sistemas de saúde, expressando assim, sua satisfação com a atenção prestada sob a perspectiva da responsividade.

2. OBJETIVOS

Considerando este conjunto de aspectos, na presente investigação propõe-se a analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto – São Paulo sob a perspectiva da responsividade, considerando suas dimensões constitutivas.

2.1. Objetivos específicos

- identificar e analisar as dimensões da responsividade: dignidade, autonomia, confidencialidade, comunicação, atenção imediata, amenidades básicas, satisfação de necessidades sociais (no aspecto de suporte pós-hospitalar), possibilidade de escolha dos profissionais que serão provedores de atenção, segundo os usuários da USF;
- identificar e analisar as sugestões dos usuários derivadas de sua análise sobre a sua utilização da USF.

3. O PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO

3.1. Natureza da Pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, na abordagem qualitativa, em que a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro baseado nas dimensões da responsividade, ou seja: dignidade, autonomia, confidencialidade, comunicação, atenção imediata, amenidades básicas, satisfação de necessidades sociais (no aspecto de suporte pós-hospitalar), possibilidade de escolha dos profissionais que serão provedores de atenção (OMS, 2000).

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema e os estudos descritivos pretendem descrever (e também analisar) os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Este tipo de estudo, parece se adequar ao desenvolvimento do presente estudo, uma vez que no caso da responsividade, ainda são bastante raras as investigações no cenário brasileiro tomando por quadro referencial o conceito de responsividade e suas dimensões constitutivas.

3.2. Campo e o cenário da pesquisa

Ribeirão Preto, localizado na região nordeste do estado de São Paulo, encontra-se dentre os maiores municípios do estado e do Brasil. Conta com uma população estimada de 563.107 habitantes², e se constitui no município sede da região, com uma área total de 651 km², sendo 271 km² de zona urbana e 377 km² de zona rural.

O município configura-se em um importante centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos, principalmente na área da saúde. Conta com 16 Hospitais, dentre eles o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da FMRP-USP, centro de referência para toda região nordeste do estado e inúmeros serviços de saúde de apoio diagnóstico e de assistência à saúde de caráter público e privado.

---

² Estimativa para 2009 de acordo com o censo de 2000.

Ribeirão Preto apresenta uma ampla rede pública de prestação de serviços, nesse setor, sendo que a rede municipal de saúde está estruturada em cinco regiões distritais de saúde, contando com cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), vinte e oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), dois Núcleos de Assistência Psicossocial, um Ambulatório Regional de Saúde Mental, e vinte e uma equipes de Saúde da Família, distribuídas em 13 unidades de saúde.

As Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) visam oferecer aos munícipes um atendimento básico para sua área de abrangência, e se constituir em referência para especialidades e de pronto-atendimento em urgências e emergências, para toda a região distrital. 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 Distrito Oeste – Distrito Sumarezinho, é uma das regiões de saúde, onde a Universidade de São Paulo mantém serviços de saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, contando com 11 Equipes de Saúde da Família, em 8 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo que 5 USF estão vinculadas à Universidade de São Paulo (USP), além de contar com 10 Unidades de Saúde (9 UBS e 1 UBDS). Estas 5 USF ligadas à USP apresentam uma característica peculiar em relação às demais existentes no município, uma vez que se localizam na área básica do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (CSE/FMRP-USP), ou seja, da Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) sede da atenção especializada e de urgência e emergência 24 horas para o conjunto das unidades de saúde do Distrito Oeste.

Este Distrito, como já apontado, foi cenário de investigação anterior realizada por Pereira (2008), que se voltou à análise da atenção básica na rede de atenção, sendo avaliadas as características organizacionais e de desempenho de 14 unidades de saúde (4 USF, 9 UBS e 1UBDS) da área de abrangência deste Distrito de saúde. Assim, o estudo foi realizado considerando os achados do estudo de Pereira (2008), tomando como campo da pesquisa as USF

investigadas anteriormente, ou seja, as 4 USF vinculadas à Universidade de São Paulo à época da realização da investigação citada.

O estudo foi apresentado às USF a fim de avaliar o interesse e disponibilidade das equipes em participar do estudo. A partir do interesse e anuência das mesmas, a USF, cenário da pesquisa, foi selecionada por meio de sorteio.

3.3. População do estudo, as técnicas e instrumento de coleta de dados

A seleção dos sujeitos da pesquisa iniciou-se através dos dados retirados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) no município de Ribeirão Preto – SP, versão 6.1, acessado em 2 de Setembro de 2010. Foram identificados na USF um total de 773 famílias cadastradas e divididas em 5 microáreas de atuação desta USF.

O registro dos dados do SIAB por meio do consolidado das famílias por microárea permite a identificação destas famílias cadastradas na USF. Foi utilizado o método de amostragem casual simples sem reposição, em que “cada unidade amostral, antes da tomada da amostra, tem igual possibilidade de pertencer a ela” (BERQUÓ *et al.*, 1981). Assim, foi selecionada uma amostra de 77 famílias, representando 10% do total de famílias cadastradas e permitindo a maior diversidade possível dos usuários residentes nas distintas áreas geográficas da unidade de saúde, segundo tabela abaixo.

Tabela 1. Número de Famílias por microárea, número de famílias sorteadas e número de famílias entrevistadas. Ribeirão Preto, 2011

<i>Microáreas</i>	<i>Nº Famílias Cadastradas*</i>	<i>Nº Famílias sorteadas</i>	<i>Nº Famílias entrevistadas</i>
01	150	15	8
02	172	17	10*
03	161	16	8
04	152	15	9*
05	138	14	8
Total	773	77	43

* Nestas duas microáreas, houve a perda do material áudio-gravado em uma entrevista em cada microárea.

A partir desta seleção inicial, buscou-se nos prontuários das famílias selecionadas, a identificação de utilização, de pelo menos um membro da família, nas atividades da USF, como consultas, orientações, visitas domiciliares, grupos entre outros no período máximo de seis meses anteriores a realização das entrevistas (de Março a Agosto de 2010).

Todas as 77 famílias sorteadas apresentaram pelo menos um atendimento na USF no período estabelecido, sendo que três famílias tinham registro apenas de visitas domiciliares (VD). Estas últimas, segundo registros das ACS eram famílias que possuíam convênio médico privado e por isto, a única utilização destas na USF eram as VD.

Foram considerados como critérios de exclusão do estudo: menores de 18 anos; usuários que apresentassem algum transtorno mental e fossem seguidos concomitantemente por um serviço de saúde mental; usuários que não apresentassem condições para serem entrevistados (idosos altamente dependentes, por exemplo), considerando os mesmos critérios apontados em outra pesquisa sobre avaliação (BRASIL, 2006b).

Esta fase de seleção dos sujeitos selecionados se estendeu de agosto a setembro de 2010.

Assim, a partir desta identificação inicial, foram convidados pelo menos um membro de cada família identificada para a realização de entrevista semi-estruturada. A coleta de dados mediante a realização da entrevista semi-estruturada foi realizada de novembro de 2010 a janeiro de 2011.

A opção pela entrevista semi-estruturada se deu em função desta permitir captar a singularidade e especificidades presentes nas relações que os usuários estabelecem com os serviços de saúde, considerando inclusive as dimensões da responsividade, que apresentam aspectos subjetivos.

Após coleta de dados de mais de 50% das famílias, ou seja, de pelo menos um membro da família selecionado, isto é, após 43 entrevistas verificou-se a saturação e reiteração dos dados em seu conjunto.

As entrevistas foram realizadas no domicílio do usuário, conduzidas pela pesquisadora e áudio-gravadas e, posteriormente, transcritas para a análise. As entrevistas tiveram uma duração de 20 a 50 minutos (média de 32 minutos).

A técnica de coleta de dados escolhida foi a entrevista semi-estruturada. Neto (2003) define esta técnica como uma articulação entre entrevistas estruturadas trazendo perguntas formuladas previamente, e entrevistas não-estruturadas em que o informante aborda livremente sobre o tema de investigação. Assim, permite que o entrevistador ultrapasse para além das questões perguntadas.

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada possibilita que o informante contribua com a pesquisa conduzindo espontaneamente seus pensamentos e experiências sem desviar do foco principal da investigação. Segundo Minayo (2008) a entrevista semi-estruturada segue um roteiro apropriado, facilita a abordagem e assegura que as hipóteses sejam discutidas durante a conversa. Ainda, segunda esta autora (MINAYO, 2004), a entrevista permite ao pesquisador obter dados de duas maneiras: o pesquisador pode obter dados através de outras fontes como registros civis, censos, estatísticas; e dados subjetivos que são diretamente relacionados ao entrevistado, envolvendo atitudes, valores, opiniões e desejos. O roteiro preliminar da entrevista encontra-se em anexo (Apêndice 1) e consta de uma parte inicial com a identificação do usuário e uma segunda parte com os elementos a serem focados em relação à responsividade.

Foram realizadas 2 entrevistas-piloto para verificar a necessidade de ajustar o instrumento e estimar o tempo de duração das entrevistas. Estas entrevistas foram incluídas na amostra posteriormente. Neste processo, algumas questões foram reformuladas para atingir os objetivos do estudo referente aos aspectos da responsividade. Entretanto, durante todo o período da coleta houve ajustes.

3.4. Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, cabendo ainda ressaltar que foi assumido o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, principalmente junto às instituições envolvidas. O estudo foi submetido à avaliação do Centro de Atenção Primária da FMRP-USP, responsável pelas USF ligadas à USP e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São

Paulo, mediante o protocolo nº 400 CEP-CSE-FMRP/USP. O termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se em anexo (Apêndice 2).

3.5. Análise dos dados

O material proveniente das entrevistas com os usuários foi analisado por meio da “Análise Temática”, que segundo Bardin (1995, p.105) “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

No desenvolvimento da análise temática, Minayo (1998, 2004, 2008) aponta três etapas fundamentais para sua operacionalização: a **pré-análise** que consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, o que permite que frente ao material coletado possa se rever as hipóteses e estes objetivos. Para a etapa de pré-análise se desenvolve a *leitura flutuante*, ou seja, a tomada de contato exaustivo com o material, sendo as entrevistas lidas e relidas; a *constituição do corpus*, que consistiu na organização do material de forma que este pudesse responder a algumas normas de validade como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e a *formulação de hipóteses e objetivos*. Nessa etapa, definiu-se a unidade de registro, que correspondeu em alguns momentos a uma palavra, uma frase, um tema, ou mesmo um acontecimento; a **exploração do material**, que consistiu na operação de codificação, a partir do recorte do texto nas unidades de registro previamente definidas, da classificação e a busca das convergências e divergência dos dados, e o **tratamento dos resultados** obtidos e interpretação, trabalhando com significados dos temas identificados.

Para Minayo (1998, 2004, 2008) este conjunto de procedimentos permite a análise das entrevistas buscando-se as convergências, divergências e as respostas inusitadas constantes das respostas abertas das entrevistas. Este processo permitiu que no conjunto da análise do material empírico, quatro (4) temas fossem identificados: *o ambiente da unidade de saúde; o acesso e seus componentes de acessibilidade – favorecendo a responsividade?, possibilidades da construção da relação usuário-equipe-serviço de saúde e a equipe de saúde da família – processando a assistência e acolhimento.*

4. O QUE DIZEM OS USUÁRIOS

A USF cenário da pesquisa é uma unidade da rede de atenção que apresenta como característica específica é o fato de se constituir em uma unidade acadêmica, recebendo alunos de distintos cursos da área da saúde.

No Quadro 1 podemos observar o conjunto das atividades ofertadas aos usuários, de março a agosto de 2010, ou seja, nos seis meses que antecederam a definição dos usuários para coleta de dados.

Os dados são provenientes do Sistema Hygia, sistema de informação oficial utilizado no município de Ribeirão Preto, e podemos observar que apesar da USF apresentar uma variedade de atividades oferecidas aos usuários, há uma concentração nas atividades médicas (consultas) e um volume significativo de ações de acolhimento (realizadas na maioria das vezes pelo pessoal de enfermagem). A intenção de apresentar estes números é indicar o conjunto de atividades ofertadas à população que procura por esta unidade de saúde.

Das 43 entrevistas realizadas, 2 com perda de material coletado, e assim, 41 foram analisadas, sendo que verificamos que 34 (82,9%) entrevistados são do sexo feminino e 7 (17,1%) do sexo masculino, sendo 2 entrevistas respondidas pelo casal e 1 entrevista por mãe e filha. Quando verificamos a idade dos entrevistados, obtivemos uma média de 49 anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 80 anos. As faixas etárias predominantes foram mais de 60 anos com 11 (26,8%) pessoas, de 51 a 60 anos com 10 pessoas (24,4%), de 18 a 30 anos com 9 (22%) pessoas. A faixa dos 41 a 50 anos teve 6 (14,7%) pessoas e de 31 a 40 anos com 5 (12,1%) entrevistados.

Em relação ao estado civil, 23 (56,1%) entrevistados são casados, 8 (19,5%) são viúvos, 4 (9,8%) são divorciados, 3 (7,3%) solteiros e 3 (7,3%) usuários são amasiados.

Quanto a média de tempo de residência na área é de 19,4 anos, sendo o tempo mínimo 1 ano e o máximo 60 anos. O número de pessoas que vivem em cada família variou de 1 a 7 pessoas, predominando as famílias com 3 pessoas em 11 entrevistas (26,8%).

Quadro 1: Descrição dos procedimentos realizados pela equipe da USF, no período de Março a Agosto de 2010. Ribeirão Preto, 2011

Procedimentos	2010						TOTAL
	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	
Acolhimento/ orientação individual	1.925	1.474	1.836	1.463	1.427	1.704	9.829
Administração de medicamentos na AB	9	12	19	12	6	14	72
Aferição de pressão arterial	159	164	198	160	125	114	920
Avaliação antropométrica	3	19	68			1	90
Avaliação de situação vacinal		17	80	1		2	100
Coleta de exames citopatológico de colo uterino – enfermeiro		1		1		2	4
Coleta de exames citopatológico de colo uterino - médico	20	6	21	20	11	22	100
Coleta de material para exames		2	3	1	11		17
Consulta médica – pré-natal	11	4	12	7	13	11	58
Consulta médica - puericultura	20	10	18	13	15	16	92
Consulta médica – urgência/ eventual	333	273	360	246	254	287	1.753
Consulta médica agendada	281	149	187	202	174	221	1.214
Consultas de enfermagem – no domicílio			1		1	10	12
Consultas de enfermagem – pré-natal	2	4	1	2	3	4	16
Consultas de enfermagem – puericultura	16	16	15	14	15	19	95
Consultas de enfermagem – vários atendimentos	2	18	10	10	5	17	62
Curativo					2	4	6
Glicemia capilar	35	18	29	28	32	35	177
Orientação médica					1	3	4
Procedimento para anamnese de citologia	32	20	22	30	16	22	142
Retirada de pontos de cirurgias básicas	2	2	1		1	1	7
Sondagem gástrica						1	1
Teste de gravidez	7	14	8	9	7	4	49
Teste do pezinho		1	1		2	3	7
Visita Domiciliar – auxiliares de enfermagem			1		1	6	8

Fonte: Sistema Hygia – Produtividade de procedimentos lançados no atendimento por profissionais, especialidades e unidade de saúde, acessado em 15/06/2011.

Verificamos que 22 usuários (53,6%) afirmaram que estavam trabalhando no momento da entrevista, e 19 (46,4%) não estavam. Quanto ao nível de escolaridade do entrevistado obteve-se que 20 (48,8%) usuários possuíam ensino fundamental incompleto, 10 (24,4%) ensino médio completo, 4 (9,7%) com ensino fundamental completo, 2 (4,9%) com ensino médio incompleto, 2 (4,9%) superior incompleto, 2 (4,9%) eram analfabetos e apenas 1 (2,4%) apresentava ensino superior completo.

Em relação à ocupação dos entrevistados, a maioria 18 (43,9%) são donas de casa, seguido por 6 (14,6%) comerciantes, 5 (12,2%) diaristas e o restante 1 aposentado, 1 Agente Comunitária de Saúde, 1 padeiro, 1 pedreiro, 1 manicure, 1 taróloga, 1 mecânico, 1 artesão, 1 operadora de telemarketing, 1 pizzaiolo, 1 ajudante de pizzeria, 1 publicitária em marketing social.

Quanto ao tipo de residência, a maioria dos entrevistados 23 (56,1%) afirmou possuir casa própria, seguido de casa alugada com 8 (19,5%); 6 (14,6%) relataram morar em área invadida. Ainda 4 (9,8%) estão em casa cedidas, sendo que 1 entrevistada vive em uma igreja.

Em relação à renda familiar dos entrevistados observa-se a distribuição na tabela abaixo.

Tabela 2: Renda mensal familiar dos sujeitos entrevistados. Ribeirão Preto, 2011

<i>Renda mensal familiar</i>	Nº	%
Nenhuma	1	2,4
Menos de R\$ 350,00	1	2,4
R\$ 351,00 a 510,00	1	2,4
R\$ 511,00 a 1020,00	8	19,5
R\$ 1021,00 a 1530,00	13	31,7
R\$ 1531,00 a 2040,00	10	24,4
R\$ 2041,00 a 2550,00	2	4,9
Mais de R\$ 2551,00	5	12,2
Total	41	100

A maioria dos usuários, 13 (31,7%) apresenta renda entre 2 a 3 salários mínimos, em seguida 10 (24,4%) de 3 a 4 salários. Cabe ressaltarmos que apenas 1 (2,4%) usuário afirmou não ter renda e contar com ajuda da comunidade pra seu sustento. Ainda, observamos que as menores rendas são dos usuários residentes na microárea onde há uma favela e as maiores rendas

são de usuários que vivem mais distantes desta área considerada de risco na área de abrangência da USF.

Dos 41 entrevistados, a grande maioria 34 (82,9%) não dispõe de convênio privado de saúde. Dos entrevistados com planos de saúde, 4 (9,7%) citaram o plano de saúde da Unimed, 2 (4,9%) apontaram o plano do São Francisco e 1 (2,4%) Nipomed. Nenhum usuário referiu plano odontológico privado. O número de pessoas cobertas com plano de saúde nas famílias entrevistadas está entre 1 a 5 pessoas e a maioria (57,1%) com 2 ou 3 pessoas cobertas com plano de saúde privado por famílias. A frequência de utilização do plano de saúde variou bastante encontrando 2 usuários com utilização ocasional (sendo que 1 relatou utilizar apenas em caso de urgência e emergência), 2 entrevistados utilizam a USF semestralmente, 1 mensal, 1 trimestral, 1 anual.

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD) realizada em 1998 pelo IBGE, estima-se que 37 milhões de pessoas são cobertas por pelo menos um plano de saúde, representando 24,5% da população do país (IBGE, 2000).

Todos os usuários entrevistados afirmaram utilizar o sistema público de saúde e a USF estudada. As outras unidades de saúde citadas foram a URD com 25 (61%), 2 (4,9%) Hospital da Clínicas da FMRP/USP (HC) e 1 (2,4%) o Hospital Santa Casa.

Quando questionados sobre o motivo para procurar o serviço de saúde, os entrevistados relataram acompanhamento de saúde, tratamento de doenças, doença dos filhos, situações de urgência e emergência, alívio de dor e prevenção de doenças.

Por ser um critério de inclusão neste estudo, a utilização dos serviços oferecidos pela USF nos últimos seis meses antes da coleta de dados, 100% dos usuários entrevistados relataram atendimento neste período. Os motivos apresentados pelos entrevistados para a procura da Unidade na última vez foram: as consultas médicas (citado pela maioria dos entrevistados: 12 eventual e 10 rotina), aferição de pressão arterial (4) e glicemia capilar (1), troca de receita médica (1), agendamento de consulta médica (2), realização de exames (2), avaliação de registro de vacina do filho (1), atendimento de fisioterapia no domicílio (1) e não relataram o motivo (2).

O primeiro motivo lembrado pelos usuários para procura do serviço de saúde é a consulta médica individual e focada na necessidade imediata, mesmo

sendo uma USF que funciona em uma lógica de assistência voltada predominantemente para a promoção de saúde e prevenção de agravos para a família e a comunidade.

Quanto à frequência em que os entrevistados procuram assistência na USF estudada, 8 (19,5%) usuários referiram utilizar ocasionalmente a unidade. O mesmo número de usuários utiliza a USF mensalmente, 5 (12,2%) anualmente, 2 semestral, e 1 trimestral, 1 semanal, 1 quinzenal.

Comparando com a frequência citada pelos usuários que freqüentam o convênio de saúde privado, os entrevistados freqüentam mais regularmente a USF. Este fato reitera a possibilidade dos profissionais em realizar o acompanhamento mais próximo da saúde da comunidade.

Avaliando os serviços mais utilizados na USF, observa-se que todos os usuários relataram o acesso a consulta médica eventual e a visita domiciliar. Com alto índice, também, encontra-se a consulta agendada citada por 30 entrevistados (73,1%), seguido por procedimentos com 15 entrevistados (36,5%) como curativos, medicações glicosimetria, sendo 6 (14,6%) entrevistados citaram aferição de pressão arterial, consultas de enfermagem 5 entrevistados (12,2%) e apenas 2 (4,9%) apontaram os grupos educativos da Unidade. Cabe assinalar que cada entrevistado pode responder a mais de uma atividade.

Estes dados fornecem um quadro mais geral da USF cenário da investigação, permitindo identificar o contexto de organização e de oferta das ações de saúde pela unidade, assim como caracterizar os usuários participantes desta investigação.

A seguir trazemos os temas identificados na fala dos usuários, apontando elementos da satisfação destes em relação à atenção prestada, indicando o que dizem sobre as dimensões da responsividade.

4.1. O AMBIENTE DA UNIDADE DE SAÚDE

4.1.1. O espaço físico: preparado para promover a atenção à saúde?

O Ministério da Saúde lançou em 2008 o *Manual de Estrutura Física para Unidades de Saúde da Família* (BRASIL, 2008) para auxiliar os governos estaduais na construção e implementação de espaços físicos adequados para a assistência às populações assistidas pelas equipes que atuam na Atenção Básica, e especificamente aquelas vinculadas à ESF.

Apesar das melhorias na qualidade e eficácia avaliadas na ESF em todo país, verifica-se que grande parte das unidades apresenta estrutura física inadequada e/ou improvisada. Ainda, segundo o Ministério da Saúde, o ideal para a implantação da ESF é que esta não co-exista na mesma estrutura física de equipes de Atenção Básica, para não confundir a população assistida (BRASIL, 2008).

Com o avanço da ESF no país, é esperado que os municípios desenvolvam capacidade para garantir politicamente e financeiramente que as USF disponham de instalações adequadas, de profissionais qualificados e em número suficiente, e assim, deter condições de assegurar a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença do modo mais adequado às necessidades dos usuários e famílias da área (BRASIL, 2008).

Segundo o *Manual de Estrutura Física para Unidades de Saúde da Família* (BRASIL, 2008), o espaço físico adequado a uma USF deve conter os seguintes ambientes: recepção com arquivo de prontuários, sala de espera, administração e gerência, sala de reuniões e educação em saúde, almoxarifado, consultório com e sem sanitário, sala de curativo/procedimento, sala de nebulização, sala com equipamento odontológico, sanitário para usuário com acesso para deficiente, banheiro para funcionários, copa/cozinha, depósito de materiais de limpeza, abrigo de resíduos sólidos, depósito de lixo e sala para ACS.

Ainda, é recomendável espaços para sala de vacina, farmácia (sala de armazenamento de medicamentos), sala de lavagem e descontaminação e sala de esterilização, porém estes não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

Segundo Mishima (2003) em estudo sobre a gerência de serviços na Saúde da Família no município de Ribeirão Preto – SP aponta que a inadequação das

instalações físicas nas USF pode indicar a falta de valorização do governo municipal a estes serviços de saúde, que além de não investir nestes como uma estratégia de mudança do modelo de atenção, parece que os avalia como serviços de baixo custo e voltados à assistência de populações pobres ou para locais onde não existem equipamentos de saúde instalados.

Segundo este mesmo Manual (BRASIL, 2008, p. 9), o espaço físico das unidades de saúde deve

[...] propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário.

As USF devem ser construídas de forma a abrigar equipes que possam no desenvolvimento do trabalho solucionar aproximadamente 85% dos problemas de saúde da comunidade e dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis às ações propostas pela ESF e as necessidades da população adscrita (BRASIL, 2008). Considerando a visão de uma equipe interdisciplinar na USF, a utilização dos espaços físicos não deve priorizar a lógica de espaços exclusivos, mas sim permitir a utilização dos mesmos de forma compartilhada, entre diferentes profissionais e atividades (BRASIL, 2008).

Mishima (2003), entretanto, aborda que a organização do espaço físico na USF ainda está voltada para as demandas eventuais e necessidades curativas dos usuários como os procedimentos médico-centrados, onde se destinam as salas para consultórios médicos, mas faltam espaços para realização de atividades educativas ou atendimento para população por outros profissionais de equipe de saúde.

Os usuários referem em suas falas que consideram a USF como um local bem situado e com bom espaço físico: *Eu acho bom até pela localidade aqui, o USF³ é grande, as salas são bem espaçosas, eu acho que é um espaço físico bom. (Entrev.03).*

As falas dos usuários apontam que os ambientes internos da Unidade são bem repartidos e organizados, a sala de espera é considerada como um ambiente espaçoso e com cadeiras suficientes para os usuários se acomodarem.

[...] eu acho que tem espaço sim [ambientes internos], é tudo bem repartidinho, bem organizado lá, eu acho bom. (Entrev.06)

---

³ Para fins de sigilo dos dados a terminologia utilizada pelos usuários entrevistados em relação ao serviço de saúde pesquisado foi alterado para USF.

Da sala de espera até que é grande [espaço dos ambientes], porque eu nunca cheguei lá e tava cheio, isso não, assim de não ter nem lugar pra sentar [...] (Entrev.22)

Entretanto, se contrapondo a esta percepção sobre o espaço físico, vários usuários apontaram a falta de espaço na recepção e a dificuldade de circulação de pessoas neste ambiente.

[...] igual aquela salinha que eles atende na portaria ali, ali eu acho que é muito apertado né pra passar, uma cadeira até ali entra né, agora depois pra passar, ali eu acho que é bem apertadinho ali. (Entrev.07)

Quanto à circulação de pessoas no interior da Unidade, poucos usuários apontaram que os ambientes internos da USF são espaçosos, com circulação de carrinho de bebês dentro da Unidade, como no trecho “É folgado, as sala tudo folgado lá [...] eu já vi carrinho de bebê lá, cadeira de roda ainda não vi não, mas carrinho de bebê já vi, já andou.” (Entrev.15)

Em sua maioria os usuários apontam negativamente os espaços físicos e a distribuição destes, pois os corredores são pequenos, e apesar de consultórios grandes, são em pouca quantidade para atender toda a população adscrita, [...] *eu acho que as salas é grande, só o corredor que eu acho que é pequeno [...] Eu acho que deveria ser maior e ter mais salas, porque lá tem muito pouca sala, pra atender as pessoa. (Entrev.18)*

Uma usuária referiu que devido ao número reduzido de consultórios, teve que esperar vagar consultórios para ser atendida [...] *Dia que eu fui consultar eu tive que ficar esperando pra ser atendida, porque não tinha sala. (Entrev.18)*

Ainda, analisando a disposição dos espaços físicos, com a presença de duas casas, foram encontradas falas reforçando a idéia de ambientes pequenos e apertados, com a presença de degraus que dificultam a locomoção e acessibilidade mais facilitada pelos usuários.

Porque aqui no USF são duas casas né, uma na frente e outra no fundo, se chegar um paciente cadeirante não tem acesso a casa do fundo, tem uma rampa, uma pra cada uma, mas pra entrar nos consultórios tem degrau e isso impede o acesso; tem uma sala do eventual que tem uma rampinha que da prá entrar maca ou cadeira, mas a sala é extremamente apertada, não tem como os paciente assim, na minha opinião, se locomover com facilidade, muito apertada é isso. (Entrev.01)

Também se fazem presentes falas apontando que a estrutura física da USF é de uma casa e que deveria ser ampliada para melhoria do acesso dos pacientes.

É [poderia melhorar a estrutura física], parece de primeiro uma casa né, eu acho ela muito escura, assim na entrada e tem uma calçadinha, uma calçada lá na entrada, lá no fundo que às vezes atrapalha a pessoa subir, às vezes pode tropeçar. Eu acho que deveria ser ampliado ali entendeu, melhorado pros pacientes né. (Entrev.34)

O usuário relata sua percepção acerca da entrada da USF, que é escura e que tanto na frente como no fundo da casa há calçadas que atrapalham as pessoas subirem, com risco de tropeços. A fala aponta de certa forma que os problemas de acessibilidade dentro da unidade podem se constituir em um fator de risco aos usuários.

Segundo Fekete (1997, p.116) acessibilidade pode ser definida como “o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde”. Além disto, a acessibilidade na saúde está vinculada à qualidade da assistência prestada à população e “permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção desta assistência”. Ainda, segundo esta autora, “o domínio da acessibilidade se restringe ao processo de buscar e receber assistência à saúde”.

Assim sendo, a eliminação das dificuldades existentes entre a população e os recursos em saúde é um aspecto delicado na organização dos serviços de saúde, porque “requer a análise de importantes aspectos políticos, com o fim de estabelecer a melhor estratégia para assegurar as mesmas possibilidades de assistência a toda à população” (FEKETE, 1997, p.120).

O estudo realizado por Soares (2010) analisa a importância da adequação do espaço no ambiente hospitalar e evidencia que o ambiente apropriado ao cuidado com boa iluminação, ventilação e ausência de ruídos ajuda a proporcionar condições necessárias que asseguram o conforto e a confidencialidade do atendimento, e ainda, garante a privacidade dos usuários. Na avaliação dos espaços que desconsideram as necessidades dos pacientes internados em ambientes hospitalares, adicionalmente com a precariedade dos recursos materiais, verifica-se que há o agravamento e a vulnerabilidade dos usuários provocando desconfortos, preocupações, insegurança e constrangimento com a assistência prestada.

Segundo Gaioso (2007, p.118), as unidades de saúde devem “[...] 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”.

Assim, o ambiente de uma unidade de saúde não pode ferir a integridade do usuário, mas sim, propiciar espaços mais acolhedores aos males, dores e sofrimentos que o usuário expressar (MISHIMA; PEREIRA et al, 2010).

Outro aspecto assinalado pela maioria dos entrevistados foi a inadequação e deterioração do espaço físico da USF e a necessidade de reformas e cuidados com o ambiente físico da unidade de saúde. A USF é vista como um local simples e sem uma identificação adequada em sua fachada.

Simples [aparência], acho que poderia estar mais bem colocado que aqui é um USF. Lá fora acho que é meio difícil de saber que aqui é um USF de saúde. Algum escrito realmente mais visível, mais chamativo. (Entrev.27)

Embora se façam presentes falas como as iniciais de espaço adequado, as instalações da USF foram consideradas insuficientes devido ao estado de deterioração do prédio, como por exemplo, a falta de conservação dos pisos, pintura e móveis da sala de espera da Unidade.

Precisa melhorar pra ter mais aparência né. [...] É a pintura lá tá muito velha, os pisos. Eu acho que tinha que ser mais bonito [...] Ah sei lá, até aonde a gente senta as cadeira é velha, o chão tudo quebrado, porque tem posto que a gente vai e é tudo arrumadinho, lá eu acho que tá muito largado. (Entrev.18)

Os usuários expressam o desejo de que a Unidade ofereça melhores instalações como uma casa reformada, consultórios mais arrumados: *É sei lá, eu acho que poderia ser uma coisinha melhor, uma casa melhor [...] Acho que tinha que ser reformado, tipo de um consultório mais bem arrumadinho sabe, eu acho [...] [falta] [...] melhoria na construção (Entrev.39), e melhorias que pudessem deixar a Unidade mais agradável e aconchegante à população: Eu mudaria a pintura aqui e as cortinas, eu tiraria elas. Porque que eu vou ver uma cortina feia? É melhor eu não ver a cortina [...] (Entrev.27)*

A mobília é considerada antiga, inadequada e abaixo de suas expectativas, com cadeiras quebradas, mas não estragadas: *[...] Assim, ali na sala de espera eu acho que poderia melhorar bem, as cadeiras velhas, feias, tem cadeira quebrada ... (Entrev.03)*

Para Matumoto (1998), a relação usuário-trabalhador é “preparada” bem antes ao encontro entre estes, desde a finalidade do serviço, operacionalização do trabalho, estruturação do ambiente, dentre outros. Quanto ao ambiente, espera-se que este seja preparado como espaço de relações, onde as pessoas tentam solucionar problemas, de modo adequado e resolutivo.

Assim, ambientes onde há obstáculos entre usuários e trabalhadores, como balcão com vidro e pequenos orifícios, falta de sinalização dos consultórios restringem o acesso a informações e orientações adequadas e proporciona um atendimento sem privacidade e acolhimento apropriados (MATUMOTO, 1998).

Ainda, segundo esta autora, o preparo do ambiente não significa apenas arrumação do espaço físico, mas sim, a assistência que o serviço de saúde se propôs a realizar e a disponibilidade dos trabalhadores para a relação com os usuários, bem como a transformação deste em um espaço de acolhimento (MATUMOTO, 1998).

A recepção foi avaliada pela maioria dos entrevistados como local pequeno onde os usuários ficam aglomerados e acabam reclamando disto. *Eu acho muito pequeno [...] ficam muitas pessoas juntas ali, ai aglomera as pessoas reclamam, teria que ter mais espaço tanto ali na recepção quanto nos corredores. (Entrev.34)*

Esta fala traz implicitamente a questão da privacidade, necessária nos serviços de saúde, já relatada anteriormente.

Para 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, resolutiva e humana. (BRASIL, 2006d, p.5).

Neste sentido, a arquitetura da Unidade de saúde abriga a composição dos ambientes e também, as situações que são construídas nestes, ao longo do tempo, considerando a vivência da população com seus valores culturais e relacionamentos sociais (BRASIL, 2006d).

Assim, o conceito de ambiência segue três eixos, de preferência, sem subdivisão neles: o espaço focalizando, o conforto e a privacidade dos sujeitos envolvidos, enfatizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, como: cor, cheiro, som, iluminação; o espaço possibilitando a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – através de ação e reflexão sobre os processos de trabalho; o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2006d, p.6).

Estas questões trazidas pelo Ministério da Saúde, acerca da ambiência, vão à mesma direção do apontado por Matumoto (1998) e Matumoto *et al.* (2009) quando se coloca a preparação do serviço de saúde para a efetivação do acolhimento, e por Gaiosio (2007) quando apresenta resultados da pesquisa da satisfação do usuário na Atenção Básica.

Outro aspecto abordado da falta espaços e inadequação do tamanho destes está na impossibilidade para receber melhor os estudantes.

Falta, falta espaço, o nosso USF recebe muito aluno pelo que eu percebo, que eu venho aqui sempre que eu preciso de atendimento, e eu vejo que tem muito aluno e o espaço é muito pequeno [...] (Entrev.01)

Além da atividade de ensino que traz para a USF um contingente de alunos, que sinaliza aos olhos do usuário um espaço pequeno, o tamanho restrito da USF atrapalha também o acesso das pessoas que procuram a unidade em outras situações, como no caso do “Dia de Promoção da Saúde”, um evento com a participação de vários profissionais e alunos com o objetivo de orientar e promover ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, e que gera uma grande aglomeração de usuários na Unidade.

Em se tratando do tamanho eu acho que às vezes sim [estes problemas da estrutura física atrapalha o acesso das pessoas no NSF]. Teve uma época que teve um congresso aí sobre, é tipo de saúde, vamos dizer, dentista, clínico geral e teve muitas pessoas aglomerou, ficou muita gente ali, eu acho que deveria ser ampliado. (Entrev.34)

Observamos que há uma reiteração nas falas em considerar a USF como classificada como um local sem estética, improvisado e adaptado para acomodar a população.

É, eu acho que o USF não é um USF muito funcional, não muito bonito de se ver, acomoda as pessoas, sempre que eu chego lá as pessoas estão todas acomodadas, mas ... é muito improvisado [...] Por exemplo, você chega na sala de espera, as cadeiras ... são várias cadeiras diferentes, estilos diferentes estão ali, tão ... suprimindo as necessidades, mas você vê que o lugar não foi projetado, as cadeiras não foram projetadas pra tá lá. Não tem cara de um hospital, não tem cara de um USF de atendimento, não tem cara. (Entrev.21)

Apesar da inadequação relatada acima e da reiterada idéia de um lugar improvisado, a usuária refere que o serviço é funcional, ou seja, o atendimento é prestado de forma satisfatório e adequado, apesar do espaço físico restrito.

É ... os consultórios, alguns eu acho muito pequenos, porque são cômodos de uma casa que não foi projetada para ser um hospital ... é funcional, acontece, mas tem um pouco desta cara de improviso.[...] É ... as proporções ali, eu acho que a comunidade é maior do que a proporção da casa que eles estão, né! Você sente que tem muita gente lá dentro, então ... é ... repito: funciona! As coisas acontecem, mas ... é a dimensão toda ali, eu acho pequena. (Entrev.21)

Cabe aqui destacar que parece haver uma expectativa por parte da usuária que a unidade atue como um hospital. Isto é encontrado em outros estudos que se voltam para a questão da satisfação do usuário, em que as expectativas se

colocam para além da finalidade dos serviços de Atenção Básica (MISHIMA, PEREIRA *et al.*, 2010).

Na direção oposta ao colocado acima, um usuário afirma que a USF foi um serviço criado para realizar apenas o acompanhamento de saúde das famílias e de saúde preventiva, sendo que para atendimentos de urgência e emergência, a unidade não tem estrutura física para este tipo de atendimento, e para o usuário não é necessário uma boa estrutura física considerando o porque que a unidade foi criada, ou seja, sua finalidade na rede de atenção.

[...] acho que o USF não foi montado uma estrutura pra ter um atendimento que nem urgência e emergência né, lá é foi criado pra ser mesmo um acompanhamento de saúde da família, de um acompanhamento de saúde preventiva, [...] Pra oferecer a população assim que passa mal tal então, eu acho que lá na verdade não é essa estrutura, lá também o prédio não é esse, essa estrutura, então acho que pra o que, lá foi criado pra esse atendimento familiar, então acho que lá pra isso até que tá ótimo [...] (Entrev.31)

Uma usuária avalia que as condições precárias das instalações físicas da unidade não interferem no estado de saúde dos usuários. Explica que o importante em um serviço de saúde é o modo como é tratada e o serviço prestado pela equipe de saúde. Entretanto, afirma que a USF não parece um serviço de saúde, pois é um local pobre e inadequado para ser um serviço de saúde.

[...] Ah, acho que não [instalações precárias interfere no estado de saúde dos usuários] porque o importante é o tratamento assim deles né, muito bom, tal, mas eu digo assim, pela aparência assim é, parece que é um USF assim, não, nem um USF não é. Ah, é de pobreza mesmo, vou falar francamente pra você. [Pobreza?] O pessoal que vai lá, você entendeu? Eu acho isso. (Entrev.39)

Esta fala parece ter implícita uma concepção de que o serviço é pobre (do ponto de vista das instalações) e destinado a usuários pobres, indicando que se a população fosse de outra condição econômica as condições físicas da unidade seriam melhores. A fala nos leva a refletir que, aos olhos do usuário, na USF desenvolve-se uma atenção pobre para pobres.

Esta concepção é demarcada por distintos autores (MENDES, 2002, OPAS, 2008) como Atenção Primária Seletiva entendida como programas específicos para populações marginalizadas, com uma “cesta” restrita de serviços destinados a populações e regiões pobres; oferecendo ações e tecnologias simples e de baixo custo, com pessoal de baixa qualificação profissional, sem sistema de referência para níveis de maior densidade tecnológica. Seu principal

enfoque é sobre as causas mais prevalentes que levam à mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas. A maioria dos países em desenvolvimento adota esta vertente para operacionalizar a estratégia da APS (OPAS, 2008).

Certamente esta perspectiva chama atenção e deve ser colocada como um dos aspectos a ser repensado considerando que na abordagem da responsividade, a dimensão das “*amenidades básicas*” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005) que engloba os aspectos vinculados às instalações e ambiente físico indicam a possibilidade do atendimento à saúde se processar abrangendo o respeito pelas pessoas e a orientação para o cliente.

4.1.2. Cuidado e limpeza: detalhes promovendo o acolhimento

O acolhimento pode ser compreendido enquanto um processo, resultado de práticas de saúde desenvolvidas a partir do estabelecimento da relação entre trabalhadores de saúde e usuários. O acolhimento envolve posturas e concepções adotadas pelo trabalhador na identificação das demandas, necessidades e expectativas dos usuários. Desta forma, o acolhimento não é apenas a recepção do usuário em um serviço de saúde qualquer, mas sim, o modo como o serviço se prepara para receber os usuários durante toda sua permanência em seu interior, assegurando a subjetividade dos envolvidos e possibilitando a escuta das necessidades dos usuários e, ao mesmo tempo a possibilidade de construção do vínculo (MATUMOTO *et al.*, 2009).

Como discutido anteriormente, a preparação do espaço físico está além do planejamento arquitetônico, mas também, se volta à garantia que o usuário sintasse seguro e respeitado para expressar seus problemas e necessidades. Assim, as condições de limpeza como ambiente limpo, claro, organizado e aventais limpos refletem o cuidado da equipe de saúde com a assistência aos usuários (MATUMOTO, 1998; MATUMOTO *et al.*, 2009).

A USF é apontada como um local propício ao cuidado em saúde e adequado à população.

Olha a aparência do USF é simples, mas é organizado, é limpo, iluminado, arejado, é agradável lá. (Entrev.31)

A aparência eu acho assim, que é um lugar bem assim confortável, agradável, quieto, organizado [...] assim eu acho que é bom lá o lugar que eles atende é tudo arrumadinho [...] Eu acho limpinho assim, nunca teve assim, tipo de chegar lá e ver as coisas sujas, nada (Entrev. 17)

Quando eu to lá, os consultório que eu tenho entrado é muito bem limpinho, não acho nada de 'higiênico', é tudo muito limpo, muito bem organizado, eu gosto muito [...] (Entrev.38)

O ambiente do serviço de saúde é considerado acolhedor pela população, pois é um local arrumado, limpo e com móveis em bom estado de conservação para acolher os usuários enquanto estes aguardam atendimento.

Acho aqui muito limpo. [...] os móveis simples como um USF, pra mim, acho normal, não tem nada quebrado, não tem aquela má impressão [...] um lugar simples, mas arrumado. [...] Acho que não tem nada assim ruim, é um lugar adequado, entendeu? Tem as cadeiras, tem uma televisão lá pro pessoal se distrair [...] (Entrev.27)

[...] os móveis muito bonito tudo limpinho, os bebedouro de água tudo muito limpinho, eu acho isso tudo muito importante né. (Entrev.38)

Estas falas reiteram o que outros usuários apontaram quando falaram sobre o espaço físico da USF indicando, contudo, outras dimensões que se fizeram presentes, e que compõem aspectos necessários ao acolhimento da clientela pelo serviço de saúde, tais como a limpeza, arrumação da unidade, móveis em bom estado de conservação, por exemplo.

Alguns entrevistados relataram que a ventilação e iluminação da USF são adequadas, porém, esta adequação no aspecto ventilação é direcionada apenas a sala de espera e consultórios.

A ventilação, onde a gente fica assim esperando é bem fresquinho, não é aquele lugar quente assim, tem ventilador, e a Unidade é bem clarinha e iluminada [...] (Entrev.17)

Iluminação, ventilação ... nos consultórios funcionam, né, tem a luz tal. (Entrev.21)

Ainda, observou-se a ausência de ruídos que atrapalham a Unidade, a não ser aqueles oriundos da rua. *Barulho, só da rua assim quando passa os carros assim, mas não ... (Entrev. 01)*

Novamente, é trazida pela maioria dos usuários entrevistados a inadequação e deterioração do cuidado e da limpeza no espaço físico da USF. Em relação ao ambiente, a casa onde funciona a Unidade encontra-se deteriorada, com mofo, cadeiras sem conforto: *[...] mas, eu acho que é uma casa feia, cheia de mofo, os consultórios mofados, as cadeiras da recepção, umas cadeiras não muito agradáveis ... (Entrev. 01)*

A sala de espera é vista como um local feio, com pouca ventilação e iluminação, e pouco agradável aos usuários.

Lá é quente, lá fora é muito quente [...] a pessoa já tá passando mal aí ainda tem o calor, podia ter um ventilador ali de teto ali de fora, eles

podiam melhorar aquela área ali da espera, [falta] uma janela, janela, iluminação. (Entrev.13)

[...] eu acho que se tivesse um melhor ambiente para os pacientes esperar a consulta eu acho que seria melhor, um ambiente mais agradável ... (Entrev. 01)

A recepção também é apontada como um local inadequado devido à pequena incidência de luz *"[...] ali na frente, nem iluminação, nem ventilação; na recepção não entra luz de lugar algum ... é não tem luz natural, a incidência de luz natural ali é muito pequena. (Entrev.11)*. A usuária avalia que a falta de iluminação e ventilação na USF é ruim, não é apropriada a um serviço de saúde, pois pode prejudicar o tratamento das pessoas que apresentam doenças e ainda agravar tanto o quadro de saúde dos usuários, como transmitir viroses e outras doenças. A usuária cita, ainda, que luz natural num serviço de saúde é importante para dar sensação de lugar limpo, amplo e acolhedor.

É muito ruim [falta de iluminação e ventilação adequada], porque você tem pessoas transitando ali o tempo todo, cada uma com sua virose, cada um com o seu problema. A pessoa chega com pressão alta, não tem circulação de ar ... e a luz natural é outra coisa, tudo mais "clean", nem que seja só sensação, de ser mais limpo, mais amplo, e ali realmente não tem. (Entrev.21)

A metade dos entrevistados avalia a USF como um local muito sujo, desorganizado e mal conservado.

[...] Em relação à limpeza, a estética do USF. [...] Não tá muito boa não, ah, eu acho que precisaria caprichar mais, que nem o chão, tá mais limpo. (Entrev.40)

Ah, aquela casa que tá o USF agora tá muito bagunçada, muito sujo, assim tudo quebrado as coisas, e eles disse que ia mudar de casa dali né [...] (Entrev.32)

Este aspecto é motivo de desconforto para os usuários, chegando a declarar que se sentem enojados com o estado de sujeira presente nas cadeiras da recepção: *Péssima [aparência], muito suja, muito, muito, se tem faxineira é pra limpar e lá ninguém limpa, muita gente pra pouco serviço ... muito sujo. Você vai sentar naquelas cadeiras dá nojo [...] (Entrev.04)*

Outros estudos sobre satisfação dos usuários nas USF revelaram a limpeza das unidades como um ponto problemático da avaliação. Para os usuários, aspectos ligados à infra-estrutura da USF comprometem a forma como a população percebe a unidade de saúde e o modo como conseguem expor suas necessidades de saúde com maior ou menor constrangimento, segurança, confiança, conforto (MISHIMA, PEREIRA *et al.*, 2010; GAIOSO, 2007, MATUMOTO, 1998).

Alguns entrevistados questionaram as atividades realizadas pela funcionária responsável pela limpeza, pois observaram esta limpando a Unidade, mas também, atendendo pacientes na recepção da USF.

[...] a limpeza é o seguinte, tem uma senhora lá que eu não sei o nome dela, exclusiva da limpeza porque ela limpa e atende, e fica na frente ... ou você faz uma coisa, ou a outra [...] Porque você chega lá ela tá limpando, uma cadeira uma coisa, dali a pouquinho ela já esta te atendendo, e não tem outra que faz a limpeza pra ela, eu acho que existe uma falta, eu acho que é um erro muito grande, ou ela faz a limpeza ou ela faz o atendimento. (Entrev.05)

a pessoa que toma conta disso aí, da limpeza ... acho que ela quer mais é ficar na portaria mesmo (risos). Já vi ela lá muitas vezes. (Entrev.25)

Na fala dos usuários, isto se configura como um desvio da função da servidora, mostrando-se inadequado, porque os usuários ficam confusos com esta situação, e, além disto, em sua avaliação, nenhuma das atividades é bem realizada, uma vez que parece ser recorrente na fala dos mesmos que a unidade não é um espaço limpo.

Observamos o desconforto dos usuários em relação à improvisação do espaço físico e a inadequação da limpeza da USF, sendo que as falas nos remetem a considerar a USF um “[...] ambiente não cuidado para produzir cuidado às pessoas” (GAIOSO, 2007, p.115). A relação, limpeza e saúde, parece estar diretamente ligada a busca ao serviço de saúde e as expectativas da população por uma assistência digna, cuidadosa e eficaz.

4.1.3. Equipamentos disponíveis?

Os usuários apontam que os equipamentos disponíveis no USF para atendimento são suficientes: *Eu sei que tem termômetro, que tem o aparelhinho pra fazer dextro, que tem o esfigmo e ... o negócio de pressão tem ... tem pra olhar o ouvido e o olho que eu já precisei, isso tem ... (Entrev. 01), e estão em bom estado de conservação. Olha, eu acho que estão perfeitos [equipamentos], porque sempre que eu vou assim, tá normal. [...] Tá funcionando. [...] na GO que a gente colhe o exame tudo né, [...] mede a pressão, coloca os aparelho pra ver o coração tudo, normal. (Entrev.20)*

Há o relato de que os equipamentos “médicos”, para atendimento de saúde estão adequados, são modernos e presentes nos consultórios.

É... pro atendimento, os equipamentos estão legais, observei a estória do aparelho de pressão mais moderno, pra medir a glicemia dentro das salas, é ... o equipamento de atendimento, equipamento médico mesmo, tá legal. [...] (Entrev.21)

Na fala de alguns usuários é citada a presença de uma televisão na recepção da USF, que junto com revistas existentes neste local, ajudam na distração dos usuários durante a espera por atendimento.

Tudo novo [móveis], não tem defeito lá, tem televisão pra gente tá assistindo, é tudo bom lá, é tudo de bom [...] [televisão serve] pra esperar né, esperar a chamar a gente, a gente fica lá vendo, lendo revista aí a gente fica lá até eles chamar [...] (Entrev.15)

Entretanto, a maioria dos entrevistados apontou a inadequação e deterioração dos equipamentos disponíveis da USF, além disto, alguns usuários entrevistados apresentam dificuldade em relatar sobre os equipamentos disponíveis, pois não conseguem falar sobre o que falta neste item ou falam que não vêem equipamentos na USF: *Eu não vejo equipamento lá [...] (Entrev.04)*. O fato de não verem equipamentos pode estar vinculada a uma percepção de equipamentos de saúde como grandes aparelhos, que absorvem tecnologia de ponta, e não aqueles equipamentos que estão cotidianamente presentes em unidades de saúde.

Os entrevistados citam que os aparelhos de pressão são em pouca quantidade na Unidade, e relatam que os usuários chegam passando mal na Unidade e precisam esperar aferir a pressão em outros usuários primeiro.

[...] é, de pressão é um pra todos e todos por um [...] ah eu acho errado, porque a pessoa tá ruim lá e tem que esperar a outra pra medir a pressão, aí vem o outro aí, tem que esperar pra medir a pressão ... falta aparelho de pressão ... eu como nunca precisei dessas coisa, só de pressão, sei lá ... eu não consigo falar o que realmente precisa . (Entrev.04)

A fala desta usuária é bastante interessante, pois esta parece não compreender as etapas do procedimento de aferição da pressão arterial (PA) quando o usuário chega até a unidade de saúde. Ou seja, o modo como é realizado o atendimento para aferir pressão na Unidade induz o usuário a pensar que existem poucos aparelhos. À medida que não se explica ao usuário a necessidade de aguardar um pequeno tempo para a aferição da PA quando ele chega à unidade, este pode ficar com uma percepção errônea sobre esta atividade e dos recursos necessários para a ação de saúde.

A USF é analisada pelos usuários como um serviço de saúde com poucos equipamentos porque é uma unidade voltada para o acompanhamento previsto pela Estratégia de Saúde da Família, com foco mais intenso nas ações de prevenção e promoção, não precisando, portanto, de muitos equipamentos. Os

equipamentos, eu acho que tem poucos equipamentos lá né, porque lá [USF] é mais uma consulta, mais uma avaliação clínica mesmo, um acompanhamento de saúde da família mesmo [...] (Entrev.31)

A fala desta usuária reproduz mais uma vez a concepção de “APS pobre”, ou seja, da Atenção Primária de Saúde seletiva (MENDES, 2002, OPAS, 2008) já trazida em outro momento por outro usuário.

Muitos usuários reclamam da falta de equipamentos na USF, por exemplo, o aparelho de Raio X, e referem que a presença destes equipamentos na unidade seria uma opção adequada tanto para o atendimento dos usuários que não precisariam se deslocar para outros serviços à procura destes, como para não aumentar o fluxo de pacientes no Pronto-Atendimento da Unidade de Referência Distrital. A fala abaixo traduz esta questão.

Eu acho [...] que já que é um USF pra não ficar lotando a URD⁴, eu acho que deveria ter mais equipamento por aqui que poderia atender a população daqui, por exemplo, um Raio X, você fica de sete a oito horas pra tirar um Raio X com hora marcada ... eles marcam as duas pra ser atendida as oito da noite; aí você precisa brigar, “ô, todo mundo passa na sua frente” e você tá lá ... eu acho que todos postos devia ter um Raio X e outros tipos de que não precisa sair daqui e se deslocar pra outros lugares, já que é um USF deveria fazer um lugar maior e mais equipado [...] (Entrev.04)

Acreditam que a USF deveria ser mais bem equipada com aparelhos para exames, pois a população gasta muito tempo tendo que passar pelo atendimento na USF e depois se deslocando até a URD para realizar procedimentos que não são feitos na USF.

Parece que a fala está marcada por uma lógica centrada no pronto-atendimento e na presença de atividades restauradoras ou curativas imediatas, onde a necessidade do RX, do tomógrafo, de uma sala cirúrgica se faria presente e necessária. Para esta usuária, não haveria diferença entre uma unidade mais complexa e mais densa tecnologicamente, como a URD, e outra da rede de Atenção Básica de Saúde. A unidade de saúde deveria tratar a doença, a queixa imediata. Neste sentido, reitera-se a perspectiva da compreensão que o usuário constrói acerca da finalidade e utilização dos serviços de saúde, lógica esta posta em ação pelos próprios trabalhadores de saúde, que também se vêem presos a uma prática curativa e individualizante.

---

⁴ Para fins de sigilo dos dados a terminologia utilizada pelos usuários entrevistados em relação ao serviço de saúde pesquisado, foi alterada para URD – Unidade de Referência Distrital.

Aqui cabe um pequeno parêntesis no sentido de compreender que no trabalho em saúde estão presentes diferentes tecnologias, e muitas vezes o usuário tem maior expectativa de encontrar no serviço de saúde tecnologias duras e leve-duras, mas também formas mais adequadas de acolhimento, de vínculo, responsabilização da equipe pelos seus problemas e necessidades, ou seja, tecnologias leves⁵ (MERHY, 2004).

Ferri *et al.* (2007) traz que os espaços de trocas são fundamentais para o “atender bem” ou “bom atendimento” dos profissionais de saúde e deveriam estar presentes em todos os outros locais de assistência à saúde.

Os usuários valorizam o modo do “trato”, isto é, a incorporação das tecnologias leves nos espaços de produção em saúde. O atendimento acolhedor e respeitoso, em que o usuário é conhecido pelo seu nome, tem escuta para suas necessidades e expectativas tornam-se essenciais para a construção do vínculo. As formas de atendimento, nos diversos momentos do processo de trabalho, valorizam o reconhecimento e o compromisso dos trabalhadores de saúde com a demanda da população (FERRI, *et al.* 2007). A autora afirma que as tecnologias leves são geradoras de satisfação quando voltadas à prática do cuidado em saúde que possibilite uma relação usuário-trabalhador de saúde acolhedora, com vínculo, compromisso, responsabilização pela saúde e autonomia (FERRI, *et al.* 2007).

Há ainda falas de usuários que apontam que o mobiliário da USF está em péssimas condições de uso, como ventiladores lentos, a mesa do médico “torta”, enfim, são móveis velhos, sem conservação. Segundo a entrevistada, isto dificulta e interfere no atendimento dos profissionais com a população.

[...] Agora, é ... os móveis, o mobiliário, estas coisas, eu entrei numa sala uma vez, que o ventilador roda 2 por hora, e eu acho que isto interfere no atendimento. Né, a mesa, a maca – a mesa ginecológica - tá legal, mas a

---

⁵ Aqui utilizamos a conceituação de Merhy (1997, 2004) onde o autor discute a questão da utilização das tecnologias em saúde na produção do cuidado. Fala das tecnologias duras como aquelas que se caracterizariam por apresentar trabalho anterior incorporado e que se traduziriam pelos equipamentos, maquinário específico da área da saúde, insumos de diferentes naturezas, protocolos e normas de serviço. As tecnologias leve-duras seriam aquelas relativas aos saberes que se fazem presentes e dão corpo ao trabalho em saúde como, por exemplo, a Epidemiologia, o Planejamento em Saúde, a Clínica, o saber de Enfermagem, as Teorias Administrativas. As tecnologias leves seriam definidas como tecnologias de ação que se configuram em processos de intervenção em ato sendo aquelas que se produzem no desenvolvimento em ato, em um processo de relações como, por exemplo, as relações de interação, de vínculo, de escuta e intersubjetividade.

mesa do médico é um negócio torto e que não funciona, acho que isto interfere no atendimento, não só o equipamento ... é não sei como chama isto, é equipamento médico, mas esta coisa do mobiliário, não, é muito ruim. (Entrev.21)

A entrevistada relata que ir ao serviço de saúde não é uma ação confortável, pois a procura pelo serviço ocorre quando se tem algum problema ou necessidade de saúde, e que ao se encontrar um ambiente degradado (por exemplo, o mobiliário velho) isto aumenta o desconforto. Ou seja, é desconfortável esperar atendimento em cadeiras inadequadas, ficar preocupada durante o atendimento médico se a maca está firme, dentre outros aspectos.

[...] Eu acho que, você não tem ... tanto médico como o paciente, cria um bloqueio ali, uma coisa que não é confortável. Pra mim estar no médico, não é confortável, porque você está ali porque tá acontecendo alguma coisa, então você já não fica tão a vontade, você se senta numa cadeira e tem que sentar de cantinho porque a cadeira balança ... então você tá conversando com o médico e tá preocupado porque a cadeira não tá muito firme, a mesa do cara... ele tem que achar um receituário que caiu atrás de uma madeira da mesa que tá solta. Eu acho que isto interfere um pouco. (Entrev.21)

Assim, nestas falas há a indicação de que os móveis antigos, ou melhor dizendo velhos, refletem a situação dos serviços de saúde no município. Na fala dos usuários entrevistados, as unidades de saúde existentes no município, e não apenas na USF, foco desta pesquisa, estão em mal estado de conservação, em quantidade insuficiente para atender a população, além de equipamentos quebrados e móveis sujos. Ainda, avaliam que a USF, se comparado com a URD, tem equipamentos bem cuidados.

Acho que os móveis são um pouco antigos, mas assim no aspecto geral condiz com a saúde assim em geral aqui da prefeitura daqui de Ribeirão assim [...] Ah, porque assim, é nos postos aqui de ribeirão a maioria tá bem ruizinho assim né, bem quebrado, sujo, que nem o URD eu acho que é bem sujo, tá faltando bastante aparelhos, móveis, então até que ali [USF] tá bem cuidado assim sabe. (Entrev.31)

Além destes aspectos, identifica-se na fala destes usuários a falta de infraestrutura e conforto para os usuários, como água filtrada e gelada e mais cadeiras.

[...] [falta na aparência] água pros paciente poder beber, a gente quer beber água precisa entrar lá dentro e beber na torneira, não tem uma aguinha geladinha pra poder beber [...] a sala de espera que eu achava que [...] ser mais civilizada. Ah, ter umas cadeira mais suficiente pros paciente sentar, você entende? Ter mais espaço. (Entrev.36)

Os usuários entrevistados reclamam da falta de torneiras em bom estado de uso, bebedouros, copos descartáveis, ambiente mais limpo, cadeiras bem

conservadas, chão sem buracos ou tacos soltos, telhado bem feito e não com telhas quebradas.

[...] falta apenas melhorias na estrutura física, por exemplo, aquela pia ali que atrapalha, tá errado; tem que ter um bebedouro, não um copo ali pra todo mundo beber, não é descartável ... acho que só isso que falta, o resto tá nota 10. Ali naquele corredor que puseram aquelas telhas, que ridículo, onde já se viu por umas telhas daquela [...] aquela varanda lá, cheia de sujeira, aquelas cadeiras lá, precisa tampar todos aqueles buracos que estão ali [...].(Entrev.04)

Assim, verificamos que o ambiente físico da USF é um aspecto mal avaliado pelos usuários da unidade de saúde, por apresentar-se inadequado aos desejos e expectativas da população. A falta de uma infraestrutura apropriada, bem conservada e cuidada faz da unidade, um local pouco agradável e confortável às pessoas. Além disto, a precariedade e insuficiência do mobiliário e dos equipamentos que pouco satisfazem as expectativas e necessidades dos usuários, determinam o olhar destes para o acompanhamento da saúde neste serviço, como lento, desconfortável e pouco resolutivo.

Um ponto muito enfatizado nas entrevistas foi a falta de limpeza adequada que pode interferir no estado de saúde dos usuários, e também na forma como sentem-se mais ou menos acolhidos no serviço de saúde. A limpeza, certamente é um dos elementos que indica como o serviço e a equipe se preparam para receber os usuários, como já apontado em outro momento.

Apesar da insatisfação pela falta de conservação e cuidado com o espaço físico da USF, os usuários entrevistados analisam que isto pouco interfere na qualidade da assistência prestada na unidade. Entretanto, a degradação do ambiente é visto como falta de recursos e descuido da administração pública, e também, descaso da equipe em conservar e tornar o serviço de saúde um ambiente mais propício ao cuidado e indicativo do tipo de assistência que é prestado neste local.

4.2. O ACESSO E SEUS COMPONENTES DE ACESSIBILIDADE – favorecendo a responsividade?

O Artigo 196, da Constituição Brasileira de 1988, define saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.133).

Ainda, segundo a Lei Orgânica 8080 (BRASIL, 1990), o SUS tem como um de seus princípios a universalidade definida como acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem privilégios ou preconceitos de qualquer espécie (NERY, 2006). A implantação do SUS foi fundamental para garantir e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010) e consequentemente, assegurar o exercício da saúde como direito pela população.

Na temática da responsividade, este direito do usuário é definido como *Atenção imediata* ou *Agilidade*, onde as unidades de saúde devem ser geograficamente acessíveis, levando em conta a distância, o transporte e o terreno geográfico. Ainda, os usuários devem conseguir a atenção à saúde de forma rápida em emergências e o tempo de espera por consultas⁶ e tratamento deve ser curto (OMS, 2000; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O tema aqui tratado foi identificado nos relatos dos usuários quando inquiridos sobre o acesso aos serviços, às tecnologias disponíveis e a interface com a acessibilidade (geográfica, organizacional, econômica e cultural), sistema de referência (facilidade e dificuldades) busca de outras ações assistenciais.

4.2.1. A distância facilitando a procura ao serviço de saúde

A acessibilidade geográfica pode ser definida como:

[...] a dimensão que reflete a distância média entre a população e os recursos [...] deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde. Não é possível fixar uma única medida ideal de acessibilidade geográfica, pois o tempo adequado para sua

---

⁶ Os textos de responsividade não especificam a consulta como consulta médica, mas por tratar de aspectos não médicos, encontra-se implícita a possibilidade da consulta ser aquela desenvolvida por outros profissionais que não o médico.

análise depende do tipo de necessidade. [...] Existem, portanto, distintos níveis de acessibilidade para diferentes necessidades, as quais, por sua vez, devem estar cobertas por distintas características do recurso (FEKETE, 1997, p. 117).

Ainda, segundo Fekete (1997), a acessibilidade deve ser considerada de forma distinta para diferentes necessidades, ou seja, para os serviços de emergência, a acessibilidade geográfica deverá ser maior do que para outros tipos de serviços. A população não utiliza, necessariamente, os recursos devido a existência de alta ou baixa acessibilidade geográfica. Existem elementos tais como: credibilidade do serviço, preferência por médicos, existência de terceiro turno de trabalho na unidade de saúde, entre outros, que podem interferir e fazer com que esta população não utilize os serviços de saúde mais próximos de sua residência.

Os usuários referem em suas falas que consideram que a USF fica próxima de sua casa, sendo que a fala majoritária destes usuários indica em média 7 minutos o tempo a pé até a unidade, apontando que a USF localiza-se em um lugar de acesso rápido para a população, especialmente para os idosos ou em casos de urgência.

Muito perto [distância casa ao Núcleo]. Ah, cinco minutos nem isso [...] eu acho ótimo, porque se você precisar de uma emergência, tá muito perto. (Entrev.20)

Ótimo [distância da casa ao Núcleo] Ah, aonde tá é praticamente dentro de casa né. Ah, daqui ali no núcleo? Uns três minutinhos a pé [...]. (Entrev.36)

Além disto, a entrevistada 06 esclarece que uma unidade de saúde próxima a sua casa torna seu acompanhamento “mais viável”, reforçando os aspectos de rapidez no caso, facilidade para idosos e em casos de urgência.

[Distância até a USF] Ah, é pertinho [...] eu acho bom, é rápido, não toma muito tempo [...] eu acho assim que ter o núcleo perto, é bem mais viável pra você tá indo né, ainda mais eu que falto bem nas consultas, imagina se fosse bem mais longe [...] Eu acho que aonde o núcleo tá ali, o lugar dele, é mais perto pras pessoas, então ele é, o acesso é mais rápido, eu acho bem melhor, até pras pessoas idosas que às vezes vai sozinha né é bem mais perto [...] De repente a pessoa tá passando mal ali, e é sério, já tem ali bem pertinho. (Entrev.6)

Por outro lado a fala dessa usuária chama atenção também o “mais viável” no sentido da proximidade geográfica ser um fator facilitador quando o usuário tem dificuldade de comparecer ao atendimento agendado. Essa questão volta a aparecer quando é trazido que a distância também é apontada como um ponto facilitador para o atendimento à população, pois esta economiza tempo para chegar e é mais prático ir a um serviço perto de casa. “Perto, uma distância boa. No

máximo, no máximo 15 minutos [...] Pela facilidade né, de tempo, você economiza tempo, pela praticidade, é perto né”. (Entrev.40). Esta curta distância torna-se importante por facilitar a acessibilidade geográfica das donas de casa que necessitam por vezes de uma assistência à saúde rápida para seus filhos e sua família. A entrevistada 07 recorda quando mudou para este município. Chegar aos serviços de saúde era complicado por ficarem distantes geograficamente de onde a população residia, sendo necessário o uso do transporte público.

Que nem a gente que é dona de casa, a gente marca né, e dali a pouquinho você já vai e já tá em casa de novo [...] Agora de quando a gente mudou pra Ribeirão, nossa, mas era longe, não tinha ônibus, nem nada pra ir, aquela dificuldades pra levar os menino que era tudo pequeno, e era longe, Deus me livre ... (Entrev.07)

Considerando, novamente, que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é um princípio constitucional do SUS, espera-se que não haja barreiras de ordem econômica à utilização dos serviços (FEKETE, 1997).

[...] a oferta insuficiente de ações e serviços faz com que o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda seja elevado. Este gasto inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamento (licença médica) por doenças, o custo do tratamento (medicamentos) e outros (FEKETE, 1997, p.119).

Assim sendo, os usuários apontam o desejo de serem encaminhados para realização de consultas especialidades e exames à URD mais próxima de suas moradias. Uma entrevistada conta que, muitas vezes, foi encaminhada para consultas ou exames em unidades de saúde mais distantes de sua casa, e não compareceu ao atendimento agendado por não ter condições financeiras para se deslocar até estes serviços.

Os encaminhamentos que eu queria assim que fosse na URD que é mais perto. Tipo ultrassom [...] tem que ir no outro lugar, longe, às vezes, tá sem dinheiro, eu já perdi já um monte de vez por causa disso às vezes tava sem dinheiro, pra ir e não teve como e não conseguiu ali na URD. (Entrev.08)

O relato mostra que a falta de acesso a unidades de saúde próximas a residência dos usuários, dificulta o seguimento de saúde destes usuários que não possuem condições financeiras de se deslocar até os serviços indicados para o atendimento agendado. Neste sentido, parece não haver por parte do usuário nem do serviço certa liberdade para que esta questão fique explicitada, e melhor

informada, pois em muitas situações não há na URD próxima do usuário a especialidade ou o exame a serem realizados.

Esta fala assinala, ainda, quanto à lógica que permeia o SUS está longe da compreensão e desejo do usuário, pois indica que o usuário não compreende o porque de ser encaminhado para outras unidades para a realização de exames de apoio diagnóstico ou consultas especializadas.

Na fala dos usuários, em função da proximidade da unidade de saúde, o uso do transporte para ir à USF é visto como desnecessário.

Ah, eu acho legal [distância até a USF], acho perto, 'facinho' de ir, não precisa pegar ônibus, nem nada [...] Uns 5 minutos né, pertinho. [...] é muito bom, eu acho que todo mundo deveria de ter né perto, porque é muito mais fácil né. (Entrev.07)

[...] é pertinho, não é longe não, é bom porque às vezes eu tô meio 'perrengue' aqui, aí é pertinho, melhor do que chamar um carro, ou qualquer coisa pra me levar lá [Cuiabá], então de pé a gente vai num instantinho [...]. (Entrev.11)

O princípio organizativo da *regionalização* definido na conformação do SUS pela Constituição Federal brasileira parece estar presente na fala dos usuários. Este conceito constitui-se em eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006a), para a conformação de regiões de saúde, como espaços territoriais onde se prevêem as ações de atenção à saúde, específicas para populações destes espaços.

Ainda na definição de Atenção Básica (BRASIL, 2006c) é trazido que esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde abrangendo o caráter individual e coletivo e voltado à promoção e a proteção da saúde, prevenção de doenças e a manutenção da saúde. A Atenção Básica sustenta-se pelo trabalho em equipe caracterizado por práticas interprofissionais e “[...] dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2006c, p.10), ou seja, a regionalização configura-se em um elemento para se obter maior apreensão do território e das necessidades aí presentes.

Como já explicitado anteriormente, o primeiro contato dos usuários aos serviços de saúde deve ser de fácil acesso e de acordo com a organização destes serviços, em qualquer nível de atenção, seja ele, primário, secundário e terciário (STARFIELD, 2002).

A usuária conta que devido à proximidade de uma USF perto de sua casa, acaba usando pouco o plano de saúde, procurando a assistência na unidade por ser mais próxima de sua residência: “[...] a gente acaba utilizando um pouco o plano de saúde porque é longe de casa né [...] está sem veículo acaba correndo mais aqui [Núcleo] que é perto mesmo”. (Entrev.31)

Os usuários apontam que a proximidade da USF interfere no acompanhamento da saúde, sendo reafirmada a questão da acessibilidade geográfica como um ponto positivo para o atendimento se processar. “Não, pra mim interfere se sair daqui. Prefiro que fique perto, pra mim tá ótimo. [interfere o acompanhamento da saúde, ter um posto de saúde perto da casa] (Entrev.34).

Apesar da distância ser apontada como um ponto facilitador para o acesso a USF, alguns usuários analisam que isto não interfere no seu acompanhamento se a USF fosse mais distante, o que pode indicar que além da distância há implicitamente outras questões envolvidas, como a preocupação por sua própria saúde ou a qualidade da atenção recebida.

Perfeito [distância casa ao Núcleo]! (risos) Perfeito! São 2 minutos de caminhada, né?! Saio 5 minutos antes da consulta e chego adiantado [...] É muito mais fácil, muito mais prático, muito mais tranquilo, e sim, sim... e não deixaria de cuidar da saúde se o USF fosse mais longe, mas é muito melhor. (Entrev.21)

Ah, é dentro de casa, porque é só atravessar a rua né, agora vai ficar um pouquinho mais longe, vai ali pra baixo, aí até eu achei até ruim deles sair daí [...] mas tem que ir né, quando é o dia da consulta a gente tem que ir, não vou deixar de ir, não. (Entrev.41)

Apenas uma usuária considera esta USF longe de sua casa, pois encontra empecilhos para se locomover até lá, como o sol e quedas frequentes, mesmo tendo a USF a quatro quarteirões de sua casa e levando apenas 10 minutos para chegar até a unidade.

Ah, é um pouco longe pra mim que tenho a idade mais avançada né, 4 quarteirões e acho que tá muito longe [...] Por causa do sol também né, porque eu ando devagar; caí muito esse ano, caí umas quatro vezes, graças a Deus não quebrei nada dos meus ossos, mas eu acredito que eu gasto uns 10 minutos a mais. (Entrev. 25)

Segundo um entrevistado, morar perto de uma unidade de saúde não influencia no acesso a este serviço, pois o tempo de espera por agendamento é o mesmo, independente do local de residência. “Não, não influi nada, porque é agendamento né, tanto faz morar numa casa encostada como morar em outro bairro, num lugar mais longe, o prazo é o mesmo”. (Entrev. 24)

A fala deste usuário indica um aspecto importante, pois nem sempre a proximidade da unidade (acessibilidade geográfica) pode significar a acessibilidade à unidade sob outras dimensões como, por exemplo, a acessibilidade organizacional.

A contraposição e preocupação com os gastos públicos na saúde também foi um ponto trazido por um usuário que considera importante e cômodo ter um serviço de saúde próximo de sua casa, porém, expressando preocupação com a construção de muitas unidades de saúde que geraria muitos gastos para o município. “[...] excelente ter um postinho perto de casa, pra mim tá bom, eu assim, não pode fazer muito postinho porque senão vai arrecadar mais e mais gerar mais prejuízo, mais despesa, pro município [...]”. (Entrev.05)

Embora o usuário reitere a importância da acessibilidade geográfica facilitada, por outro lado aponta a necessidade de estabelecer a reflexão sobre o gasto público gerado com muitas unidades de saúde.

4.2.2. Acessibilidade organizacional em foco

A dimensão da acessibilidade organizacional pode ser definida

[...] pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior da Unidade de Saúde. Os primeiros são relativos aos aspectos que caracterizam o contato inicial com a Unidade, tais como demora para se obter uma consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento. Os segundos se referem às características que interferem com a assistência ao usuário dentro da Unidade como é o caso do tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer exames laboratoriais. (FEKETE, 1997, p. 118)

Esta autora (FEKETE, 1997) ainda indica que, de forma mais ampla, na acessibilidade organizacional devem ser considerados os aspectos ligados aos obstáculos que surgem para a continuidade da atenção, ou seja, aqueles ligados à referência e contra-referência, assim como os aspectos vinculados ao grau de hierarquização da rede de atenção.

Diferentes aspectos da acessibilidade organizacional se fazem presentes na fala dos usuários como a questão do atendimento se processar em situações especiais quando o usuário não é residente da área, das vagas existentes para o atendimento se processar, no encaminhamento para outros níveis de atenção, o horário de funcionamento da USF, o tempo de espera para o atendimento e para o agendamento das consultas, por exemplo.

Segundo Cunha e Vieira-da-Silva (2010) em estudo sobre a satisfação do usuário em dois tipos de unidades de saúde na Bahia (USF e unidades básicas), foi avaliada como satisfatória a melhoria na acessibilidade geográfica com a ampliação na oferta de serviços de saúde, isto é, equipes de saúde mais próximas ao local de moradia. Porém, obstáculos relacionados ao modo de organização dos serviços de saúde como: dificuldade na marcação de consultas da demanda espontânea, restrição do horário de triagem, ausência de ações voltadas para o acolhimento (não apenas triagem), falta de agilidade da lista de espera e a fragilidade do sistema de referência e contra-referência foram aspectos que causaram insatisfação aos usuários do estudo, mais enfaticamente aos usuários das unidades básicas, do que aqueles que utilizam a USF.

Aparece o aspecto da facilitação do acesso, ampliando as possibilidades para o atendimento às necessidades presentes no território, quando uma das usuárias entrevistada conta que cuidou de sua sogra por 8 meses, pois ela não podia andar. A sogra da usuária residente em outra região, no momento de doença, teve que ficar na casa de sua nora, a usuária da USF cenário da presente investigação. Recorda que durante a campanha de vacinação da gripe para os idosos, a enfermeira da USF foi à sua casa para vacinar sua sogra e ofereceu a vacina para a usuária cuidadora também que avalia este cuidado da enfermeira como uma atitude muito positiva e acolhedora, pois, por mais que sua sogra tivesse o direito de receber a vacina, independente do local que estivesse, afirma que a equipe da USF entende as necessidades dos usuários e coopera para que toda a população tenha a melhor assistência de saúde possível.

[...] quando eu tava cuidando da minha sogra, veio, a enfermeira [...] Fulana, ela veio dar vacina na minha sogra, dos 60 anos, ela virou pra mim e falou assim: 'Você quer tomar? Porque como você tá cuidando dela, porque ela ficou na cama, acho que é bom você tomar, porque você tá meio estressada', fiquei meio estressada sabe? E ela me deu a da pneumonia e daquela da gripe [...] Nossa, achei ótimo, imagina que de outro lugar, se do meu convênio vinha aqui pra dar a vacina nela, que ela não andava, ela ficou oito meses sem andar. E ela não, não morava aqui hein, ela morava na Vila Tibério, ela tinha a USF perto da casa dela e as meninas vieram da USF e encaixou ela [...] eu acho que se não fosse o pessoal [da USF] também não ia nem dar bola, você entendeu? Não é daqui, não sei o que, não que ela não tinha direito, eu acho também que, elas também cooperaram com isso. (Entrev.39)

Como observamos no trecho acima, a usuária aponta a atenção, o cuidado no acolhimento das necessidades apresentadas, como uma característica

específica deste serviço. O acesso é facilitado, mesmo a sogra não sendo da área, mas igualmente cuidada por estar residindo provisoriamente na área no momento.

Em relação às vagas para consulta médica, alguns usuários relatam a possibilidade de agendamento imediato para as consultas, conseguindo agendar consultas para o mês seguinte na USF. *“Olha, eu acho que eles me agendaram pra um mês, mais ou menos, eu vou lá e logo daí um mês seguinte eles já me agendam”.* (Entrev.06)

Podemos observar, que para esta usuária, esperar um mês por atendimento é um tempo adequado e de pouca espera. Contudo, outros usuários reclamaram da impossibilidade de agendamento imediato, ou agendamento para a semana seguinte. Explicam que quando há esta necessidade de atendimento rápido, as auxiliares de enfermagem orientam para a consulta eventual.

Não, não adianta chegar na USF de manhã pra querer marcar, agendar uma consulta pra hoje a tarde, não consigo, tanto é que quando eu chego eu tenho uma queixa assim, a orientação que é me passada pelas auxiliares, ou pra quem tiver ali na frente pra eu voltar numa consulta eventual, mas se eu quiser uma consulta pra daqui a uma semana, não vou achar... (Entrev. 01)

Outro motivo relatado pelos entrevistados dado pelos trabalhadores da recepção da USF para a impossibilidade de agendamento imediato é a agenda sempre muito cheia e assim “falta de espaço na agenda”. Contam que as únicas vagas que possuem atendimento rápido e espaço reservado na agenda são para puericultura e pré-natal, que parecem se configurar como grupos prioritários para o atendimento.

Porque eu acho que a agenda esta muito cheia [que não se consegue marcar uma consulta médica de imediato], as meninas me falam que agenda está muito cheia, e não tem espaço na agenda, e marcam os pacientes que esta agendado, sei lá, falta, e toma espaço na agenda, por isso que eu não consigo marcar, se eu chego aqui querendo marcar consulta daqui a um mês eu não consigo, as únicas vagas, as únicas pessoas que chegam e conseguem vaga assim, certinho, é puericultura e pré-natal, esse sempre tem um espacinho reservado pra ele, agora agendar esporádico assim ... (Entrev. 01)

A mudança no quadro médico (ocorrida durante a coleta de dados da presente investigação), com a saída dos residentes médicos da USF, também foi citada pelos usuários como um fator que influencia na impossibilidade de agendamento imediato.

Eu, prá marcar consulta, no momento eu não tô marcando né, tá marcado já pra mim, pra fevereiro, retorno, como tô te falando eu te disse, ontem eu estive lá e falaram que não tinha mais como marcar outra pessoa, tava tudo lotado, só isso eu não sei te dizer como que tá, mas deve tá ruim porque muitos médicos já foram embora, não sei se vão contratar outros, eu não sei. (Entrev.34)

No trecho acima, observamos a insegurança da usuária com a falta de vagas e sobre a falta de informação sobre a vinda de outros médicos.

A grande maioria dos entrevistados usuária abordou em suas falas a falta de mais profissionais médicos na Unidade, devido à mudança na estrutura da equipe da USF como já assinalado acima.

Apesar do bom atendimento prestado pela equipe da USF e relatado pelos usuários, estes expressaram insatisfação e indignação com a falta de acesso a tecnologias e atendimento rápido. Contam, ainda, que os profissionais esclareceram que o atendimento estava diferente pela diminuição do número de médicos e não por falta de compromisso com a população ou com o trabalho.

Sempre quando a gente tem precisado, a gente tem sido bem atendido, certo? Só que ultimamente a gente tem notado muita falta de médico pra atender os paciente ai, inclusive eu conversei até com os chefes encarregado da USF, e eles me disseram que falta médico, não é falta de má atenção deles não, é por falta de médico. (Entrev.36)

Consideram que esta situação de demora no atendimento com a diminuição no número de profissionais médicos interfere no atendimento mais quando a USF está com grande número de pacientes aguardando atendimento. “Eles explicaram porque às vezes tem dia que a USF fica vazia, mas tem dia que fica superlotada de paciente pra ser atendido é por falta de médico pra fazer os atendimento.” (Entrev.36)

A falta de agendamento imediato para consultas de rotina na USF é vista também como a causa para o retardamento ao acesso à especialista ou a exames de apoio diagnóstico (ressonância). Expressa sua insegurança com a possibilidade de demora no atendimento com o especialista e com a realização de exame.

[...] Agora eu fui na portaria e a moça falou que tá fechado [agendamento], quer dizer, até quando eu conseguir uma consulta é daqui seis meses, depois pra mim conseguir essa ressonância, mais não sei quanto tempo, então quer dizer, complicado é nisso [...]. (Entrev. 22)

Este aspecto vai em direção ao apontado na definição da acessibilidade organizacional que também se refere à impossibilidade ou não do usuário conseguir a continuidade da atenção prestada.

Podemos observar também, que usuários idosos reclamam da falta de atividades de integração e saúde para esta população, chegando a expressar o descontentamento pela falta de atividades físicas, como o PIC ou ginástica na praça, para pessoas idosas. Estes usuários indicam que por este motivo e pelo medo da violência não realizam atividades fora de casa.

Agora sinto falta do PIC, porque eu participava do PIC, é na praça né, e faz uns três anos, depois que eu comecei a cair eu não fui mais, participei da ginástica aí na praça, mas achei que foi ficou muito fraco porque não ia quase ninguém [...] não fiz mais nada, porque a gente vai ficando idosa, tem medo de tudo, de sequestro, de assalto, sou muito medrosa, então, eu não faço. (Entrev.25)

Devido à falta de atividades de integração e saúde para usuários na USF de referência, os usuários buscam em outra USF da região a possibilidade de participação em grupos de vivência, que traga satisfação com a possibilidade de conviver e confraternizar com outras pessoas.

[...] porque na USF não tem. Agora na USF [de outra região], eu participo daquele grupo de vivência com a Dra X. A gente participa de palestras, que cada vez vai um, vai médico, vai dentista, fazer a palestra, mas é muito bom, depois que termina a palestra é muito bom, porque a gente também leva as coisas, refrigerante, elas levam café, então, é muito bom, leva bolo, leva pãozinho recheado. A gente faz a festa depois das reuniões né, então cada um leva uma coisa e acaba saindo muita coisa. (Entrev.25)

O trecho acima ilustra a importância de grupos de vivência para pessoas idosas, pois possibilita a interação entre a população. Cabe destacar que poucos usuários relataram sobre os grupos de vivência realizados na USF. Avaliaram a participação nos grupos como uma experiência positiva para conhecer pessoas, vizinhos, fazer amizades, passar o tempo, trocar experiências e aprender sobre bordado (artesanato), alimentação, tratamento para reduzir tabagismo, dentre outros. “[...] grupo de bordado em pano, gostei, achei organizado, conheci pessoas, dávamos risadas, muito bom viu [...] eu conheci muita gente lá.” (Entrev.34)

As atividades em grupos são avaliadas como espaço importante para a educação em saúde e o relacionamento social e interpessoal, como a convivência com pessoas com dificuldades semelhantes. Podem funcionar como rede de apoio que auxilia na busca de autonomia e auto-estima, facilita o exercício da cidadania através de projetos comunitários, melhora o humor e reduz a vulnerabilidade (GARCIA *et al.*, 2006).

Além disto, no cuidado em saúde, os grupos educativos também, interferem, positivamente, na adesão ao tratamento e medidas de prevenção e promoção de saúde. Estes se constituem em uma estratégia que possibilita a ampliação do vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, além de ser uma oportunidade para prática multiprofissional e interdisciplinar, essencial à atenção

integral, sendo que os profissionais devem buscar atender à clientela em seus interesses, características sociais e epidemiológicas (GARCIA *et al.*, 2006)

Ainda para estes autores (GARCIA, *et al.*, 2006), para os idosos essa atividade permite a sua melhor compreensão e aceitação do adoecimento, troca de informações, propicia a exploração de suas potencialidades, estímulo social e a ocupação do tempo livre. É importante ressaltar que a existência dos grupos de vivência ou de outras atividades voltadas à promoção da saúde são importantes não apenas para idosos, mas há evidências de sua relevância para diferentes grupos populacionais.

A atividade educativa é uma importante ferramenta na avaliação do quadro de saúde da população, segundo a percepção dos usuários, pois permite identificar as mudanças no cuidado com a saúde através de mudanças, por exemplo, no comportamento alimentar (BARROS, FONTINELE, SEYFFARTH, 2007).

Segundo Rêgo, Nakatani, Bachion (2006) a atividade educativa contribui para a descoberta do potencial reflexivo, crítico e criativo dos usuários portadores de Diabetes, além de ser uma importante estratégia de intervenção na assistência do enfermeiro na perspectiva de emancipação de seus clientes.

Os usuários entrevistados citam sobre a importância dos cursos de gestante para a preparação das futuras mães. Uma usuária explicou que não tinha parentes por perto para ajudá-la e sentiu a necessidade de aprender sobre cuidados para gestante, mãe e bebês. Afirmou que sem este, teria realizado ações incorretas no cuidado consigo e com sua filha, como foi o caso de sua cunhada que não fez o curso e por isto, cuida de maneira errada da alimentação de seu sobrinho.

Ah, o curso de gestante foi ótimo pra mim porque na época que eu fiquei grávida, minha mãe não morava aqui, então eu não tenho sogra, não tenho irmã [...] aprendi muita coisa, e eu acredito que se eu não tivesse ido, eu tinha feito um monte de coisa errada, assim eu ia dar um monte de coisa pra ela logo no começo pra ela comer, por que minha cunhada não fez o curso e ela faz isso, sabe, dar coisa pro neném comer, na hora da cólica não sabe o que fazer [...] não sabia dar banho, então tudo isso eu aprendi lá. (Entrev.17)

No trecho acima, observamos a importância de atividades educativas de promoção de saúde e prevenção de agravos realizados nas unidades de saúde para a orientação e conscientização da população e que também apresentam o caráter de espaços de convívio social, aspectos sinalizados pelos entrevistados e

que se articulam ao trazido pelos autores na discussão sobre grupos educativos apontada acima.

Outros usuários relatam a realização na USF de grupos e atividades educativas e a importância destes grupos para além da saúde, isto é, uma oportunidade de ajuda para a população em termos de convívio social. Contudo, os entrevistados avaliaram que a falta espaço físico para receber mais usuários nas atividades educativas e o horário restrito dos grupos bem como das atividades programadas que se voltam para promoção à saúde, são empecilhos para uma maior adesão da população nestas atividades, sendo que os usuários reiteram que o acesso nestas atividades é dificultado devido ao horário pouco acessível à população.

Ah, eu acho que é interessante [participar de grupos na USF] né, porque você vê que tem uma parte social também, que lá não tá só pra atendimento de saúde né. Tinha até um grupo de macramê, de várias coisas, eu queria ter participado mais do grupo de gestantes [...] Não participei, acabou não dando porque, o meu parto eu fiz particular né, aí minha consulta era sempre de terça feira de manhã, que era o dia que dava pro meu marido ir comigo, e o grupo de gestante era sempre terça feira de manhã e eu acabei não indo. (Entrev.31)

Uma usuária sugere a possibilidade das atividades educativas e grupos acontecerem no período noturno para que a população tivesse maior acesso a estas atividades. “Se tiver um programa acontecendo à noite eu acho que facilita pra 90% da população aqui”. (Entrev.21)

Em relação ao horário de funcionamento da unidade de saúde, alguns usuários relatam que o horário e dia de funcionamento da USF são adequados, pois quando precisa de atendimento e a Unidade encontra-se fechada, toda população já está orientada a procurar atendimento na URD.

Eu acho que é um bom horário [funcionamento da USF] sim, porque de emergência no caso assim, de fim de semana daí agente desse lá embaixo (URD), mas tirando o caso assim que a gente precise é só a gente ir lá ... (Entrev. 02)

Entretanto, a maioria dos entrevistados considera o horário de atendimento da USF inadequado, ruim para o atendimento de trabalhadores, pois a unidade funciona em horário comercial.

Como exemplo, uma entrevistada conta que o horário de atendimento das 7 as 17 h e não abrir aos finais de semana e feriados facilita apenas quem trabalha um período. Isto dificulta o acesso deste paciente na USF, que com as restrições de

horários e dias de atendimento, fica temeroso de ter que levar atestado ao trabalho e assim acaba procurando atendimento na URD, serviço com grande demanda e muita demora no atendimento. A sugestão do usuário, desta forma, é que a Unidade estenda seu horário de atendimento até as 18h30min.

Então [o horário de atendimento da USF] é adequado pra quem trabalha meio período, no período da manhã, porque tem a possibilidade de vir na USF à tarde, que o atendimento aqui na USF a tarde começa as 13 e termina as 17, só que quem, por exemplo, trabalha a tarde não tem como vir, ou se entrou no serviço novo tem medo de faltar, mesmo que vá levar atestado tem patrão que não aceita, então se você for pensar de um modo geral, das 7 as 5 não é um bom horário, talvez se ele abrisse um pouco mais tarde pra ficar até umas 6:30, eu acho que seria melhor; porque aí o paciente acaba não vindo aqui na USF, porque fecha as 17, já não abre de sábado e domingo e feriados e precisa procurar o PA da URD onde demora horrores pra ser atendido ... então [...] o horário das 7 as 17, pensando eu como paciente não é legal. (Entrev.01)

Outra entrevistada indaga que não é possível prever a hora que as pessoas vão ficar doentes. Desta forma, avalia que o município precisa mais de serviços de saúde com atendimento 24 horas. Refere que após o fechamento da USF, procura a URD, que está sempre lotada e a espera por atendimento é longa, podendo chegar a 4 ou 5 horas de espera ou até mesmo, não ser atendida, e voltando para casa com dor.

[...] o ruim é que ele tem aquele horário que não funciona a noite né, aí tudo bem que tem a URD, que vive muito lotado né, aí teve uma vez até que eu passei mal de noite, fui pra URD, aí perguntou porque eu não fui pra USF, eu falei: 'Uai, porque tá fechado (risos)'. [...] eu acho que deveria ter mais postos de saúde em Ribeirão que funcionasse 24 horas, porque não tem horário pra você ficar doente né. A URD acaba superlotada e tem várias pessoas de outros bairros que vão pra ali, vem até gente de outra cidade, aí às vezes de noite você passa mal, ou alguma criança passa mal você vai pra lá e fica 4, 5 horas esperando e às vezes acaba até não sendo atendido [...] tem vezes que eu acabo até desistindo e fico em casa passando mal. Porque a demora é demais. (Entrev.31)

Mendes (1994) afirma que o aparecimento de uma doença é marcado pela imprevisibilidade, pois não se tem a indicação de quando se ficará doente. Contudo, é preciso considerar que a organização dos serviços de saúde e sua utilização pelos usuários, bem como a expectativa destes é determinada pela lógica do atendimento às condições agudas, superlotando os serviços de saúde e em específico aqueles de urgência.

Percebemos, assim, que na fala da entrevistada 31 há uma expectativa da população em receber o atendimento rapidamente e a qualquer momento, reproduzindo de certa forma a concepção do modelo biomédico, centrado na

queixa e no atendimento imediato. O modelo biomédico é organizado segundo uma lógica de atendimento às condições agudas, com respostas pouco eficientes e efetivas no quadro de saúde da população.

Em contrapartida a situação epidemiológica do país é marcada pelo predomínio das condições crônicas, de forma que se coloca como desafio a a necessidade de mudança nesta lógica que determina a organização do modelo de atenção, de forma que as ações de saúde possam responder de forma mais adequada às demandas de atenção da população (CONASS, 2006).

A situação epidemiológica com predomínio relativo e aumento das condições crônicas é consequência, dentre outros fatores, das mudanças demográficas, dos padrões de consumo, dos estilos de vida, do processo de urbanização acelerada, presentes no país nas últimas décadas. Atualmente, as condições crônicas e seus agravantes são responsáveis por 2/3 da carga das doenças no Brasil (CONASS, 2006).

Ainda, segundo o CONASS (2006)

[...] um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos, inclusive do SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente autopercebidos pelas pessoas – pela atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares (CONASS, 2006, p.121).

Assim, a lógica para o enfrentamento desta situação bem como a utilização dos serviços de saúde pelos usuários deve ser reavaliado e renegociado para se atinja uma assistência adequada às necessidades da população.

Quanto ao horário estipulado pela equipe da USF para atendimento eventual, ou seja, não agendado, alguns usuários consideram este adequado, pois desta forma, não prejudica o horário daqueles agendados e assim, não é preciso ficar esperando muito tempo para atendimento.

Ah eu acho que é um bom horário sim, e agora abriram aquele horário pra gente ser atendido quando não ta agendado, das onze ao meio dia e das quatro as cinco, então eu acho que ta ... pra gente não ter que ficar lá entrando na frente das pessoas que já estão com horário marcado e é o tempo que no caso a gente teria que ficar esperando ... (Entrev.02)

Além disto, os usuários referem que não esperam muito pelo atendimento (aproximadamente uns 15 minutos). Segundo uma entrevistada, os profissionais já

sabem que quem espera atendimento eventual é porque não está bem de saúde. “Ah, eu vou no horário depois das 4 né, aí não fica muito tempo assim esperando não, quando é eventual eles vê que a gente não tá bem né. [demora] mais de uns 15 minutos, [...]”. (Entrev.41)

Porém, também são encontrados usuários descontentes com o horário de funcionamento da USF estipulado pela equipe para o atendimento à demanda de eventuais. Novamente aparece a explicação de que a doença não tem hora para chegar, e assim, os profissionais precisam acolher e atender no momento que a população necessita.

[Horário para atendimento eventual] [...] deveria ser o dia inteiro, porque a doença não marca hora pra chegar, eu posso ficar doente e aí eu chego lá e só vou atender das onze ao meio dia, como assim, a doença não espera [...] Então eu acho que tem que ter uma pessoa, um médico pra atender na hora que você chega de urgência. (Entrev.5)

Para Rosa (2006), a demanda espontânea, isto é, “a doença não tem nem hora e nem dia para chegar”, com esta fala a autora esta apontando a situação vivenciada pelos usuários que para conseguir atendimento imediato precisam apresentar um quadro grave ou agudo de adoecimento. Em seu estudo, esta autora traz que 65,6% dos usuários avaliaram positivamente o horário de funcionamento de uma USF por considerar que o serviço de saúde atende a população em qualquer horário e que este é adequado ao que o serviço oferece. Porém, o ponto negativo está nos usuários não conseguirem chegar à unidade antes do fechamento desta, por exemplo, devido ao horário de trabalho, entre outros.

Ainda, segundo Rosa (2006), os profissionais de saúde devem refletir sobre a impossibilidade de prever o adoecimento dos usuários antes de programar os agendamentos da unidade de saúde, e só após isto, decidir o melhor modo de oferecer acolhimento adequado e acesso a assistência à saúde resolutiva.

Em relação ao tempo de espera para o atendimento na USF, praticamente 90% dos entrevistados referiram conseguir atendimento sempre que procuram a USF. Contudo, o tempo de espera por atendimento depende do ponto de vista e da necessidade de cada usuário.

Sempre consigo atendimento [...] no máximo o que eu já demorei lá [USF], uns 20 minutos [...] quando eu não tenho nada assim pra fazer até que tá adequado, mas quando eu tenho alguma coisa pra fazer eu queria que fosse um pouquinho mais rápido. (Entrev.16)

A grande maioria dos usuários relata não esperar muito tempo por atendimento, de 15 a 60 minutos, considerando o tempo de espera dentro da

expectativa. Os usuários referem que ao chegar à USF, esperam alguns poucos minutos e logo em seguida, os profissionais realizam o acolhimento e logo em seguida, há o encaminhamento para a consulta médica.

*Consigo [atendimento], toda vez que eu vou lá sou bem atendido [...]
eles fala assim, espera um pouquinho lá fora, daqui dois minutos nós
estamos lá. Aí manda medir minha pressão e coisa e tal, daqui a pouco
os médico me chama, é assim lá. (Entrev.11)*

Os usuários referem que tempo de espera para atendimento agendado e eventual são tempos diferentes, isto é, se é agendado o atendimento pode atrasar, mas tal situação é vista como rara, e se é eventual o tempo de espera dependerá da ordem de chegada e da “gravidade” da queixa dos usuários.

No entanto, muitos usuários apontaram que o tempo de espera para atendimento gera ansiedade, sentimentos ruins como a sensação de que pode morrer sem atendimento.

*É muito ruim [não conseguir agendar rapidamente], ah vou morrer até lá
... é ruim, mas é uma coisa que é assim que dá pra esperar, com sei lá,
dois, três, quatro meses, mas a minha ansiedade de resolver aquilo ficar
esperando um mês por uma consulta ... é uma coisa horrível, é muito
ruim ... (Entrev.01)*

Starfield (2002) aborda a questão do tempo para o acesso aos serviços de saúde que pode variar de acordo com a necessidade de saúde: as urgências devem ser atendidas dentro de uma hora; os quadros agudos devem demorar um dia para conseguir consulta; a rotina, os seguimentos têm de ser agendados para uma semana; e, por último, o tempo de espera na Unidade para o atendimento deve ser menor do que trinta minutos. Ressaltando, ainda, que estes períodos deveriam ser respeitados e assegurados em 90% dos casos.

Com relação ao agendamento para especialistas ou exames de apoio diagnóstico, alguns usuários consideram que o tempo de espera é adequado, porque quando é uma necessidade de saúde urgente, acaba sendo resolvido na própria USF, e caso não seja uma urgência é possível aguardar pelo agendamento de consultas e exames. Esta questão mostra-se contraditória, pois em outro momento há a expressão de insegurança dos usuários quanto à demora para o agendamento de consultas de rotina na USF, vista como motivo para demora no encaminhamento para outros níveis do sistema de saúde.

Uma usuária explica que não tem muitos problemas com longo tempo de espera para agendamento de consultas e exames, e que se faz necessário que o

usuário tenha “apenas” paciência. Entretanto, se é uma necessidade de saúde mais urgente, esta espera é “aterrorizante”, pela possibilidade de agravos e mudança do quadro de saúde da pessoa, enquanto aguarda atendimento.

Pra mim [espera para agendamento], que não tenho problema de saúde mais sério é só uma questão de paciência, e ir lá pra consulta; agora pra ... outros casos, eu acho isto meio ... complicado. Acho que é no sistema todo, né! ... não só na USF aqui, eu acho muito difícil isto, que é o caso do meu pai que precisava fazer uma dosagem, não tá fazendo aqui na USF, tem que fazer por outro, pelo ... HC e vai esperar 6 meses pra fazer uma dosagem, então, talvez o quadro seja outro na hora em que ele volte ao médico e também não é um caso grave, nem um caso sério, é só um caso de acompanhamento. Então pra quem precisa mesmo, eu acho aterrorizante. (Entrev.21)

Chama atenção um aspecto trazido por uma única usuária, quando assinala sobre seu desconhecimento “acerca” da validade do cartão SUS para todo território brasileiro, e que a equipe da USF a orientou sobre a importância e utilização deste nos atendimentos de saúde.

É o do SUS este cartão. Aquele que vale pra todos lugar né, e não sabia que valia ... aí elas fizeram o cartãozinho [...] aí eu vou fazer um exame de vista que o médico me pediu, a moça falou que se não tiver o cartãozinho do SUS não faz agora [...] É o cartão do SUS que tem aquele número, que vale pra todos lugar né. Se eu tiver aqui, se eu for pra Goiás, outro lugar distante, qualquer lugar é o número dele é que vale, é tipo um cartão eletrônico é, ele é cartão de crédito, quase igual. (Entrev.10)

Cabe apenas ressaltar a importância da disponibilidade da informação ao usuário acerca do cartão SUS nos atendimentos de saúde em todo território brasileiro como elemento importante na acessibilidade organizacional.

4.2.3. As tecnologias disponíveis na USF

Os usuários entrevistados apontam questões acerca da acessibilidade aos recursos existentes na USF e que poderíamos apontar como as tecnologias disponíveis na USF tais como: as medicações, exames e procedimentos específicos, bem como os especialistas para continuidade da atenção. Para Starfield (2004) longitudinalidade é o atendimento contínuo no tempo, com o estabelecimento de vínculo, e neste sentido as falas dos usuários indicam este aspecto, ao se fazer presente a idéia da longitudinalidade apontando a necessidade da USF oferecer tecnologias que possam permitir a continuação da atenção no decorrer do tempo e ao favorecer a credibilidade do usuário em relação à atenção prestada pela unidade.

A grande maioria dos usuários explicitou insatisfação com a falta de dispensação de medicamentos na USF, uma vez que pela inexistência de medicação na unidade, os usuários se vêem obrigados a buscar estes medicamentos na URD.

Os resultados das pesquisas realizadas por Ferri *et al.* (2007), Gaios (2007), Pereira (2008) sobre satisfação dos usuários na Saúde da Família, comprovaram como um elemento de insatisfação dos usuários, a ausência de dispensação de medicamentos na USF.

A URD encontra-se próxima geograficamente da USF cenário desta pesquisa, e por isto, é referência para a população desta USF como serviço de saúde para casos de urgências, emergências, algumas especialidades médicas e procedimentos técnicos, como por exemplo: curativos, vacinação de rotina, dispensação de medicamentos. Os entrevistados apontam o desconforto com a não dispensação de medicamentos na USF e a dificuldade em se deslocar até a URD para ter acesso aos medicamentos prescritos (PEREIRA, 2008; MISHIMA, PEREIRA *et al.*, 2010).

Pereira (2008) verificou em seu estudo, que os itens investigados do atributo vínculo, foram mais bem avaliados nas USF, com exceção do item “profissional sabe se não consegue comprar medicamentos”, revelando que “[...] os profissionais das USF necessitam estar mais atentos acerca da possibilidade da aquisição do medicamento, por parte daqueles que são atendidos” (PEREIRA, 2008, p.142 – 143). A autora, ainda, analisa a importância de revisão da prática profissional, pois se a USF não há distribuição direta de medicamentos *in loco*, os trabalhadores devem observar e garantir que a população consiga adquirir os medicamentos na farmácia de referência das USF, e quando for necessário comprá-los, no caso de prescrições fora da disponibilidade daqueles padronizados pela SMS-RP, assegurar que as orientações e meios para este acesso sejam respeitados.

Apesar de vários estudos que assinalaram esta insatisfação dos usuários, pouco foi efetivado pelos órgãos competentes para melhorar o acesso e satisfazer as expectativas destes quanto à dispensação de medicamentos ocorrer na própria unidade de saúde onde o atendimento foi realizado.

Os usuários explicam que a distribuição gratuita de medicamentos facilita o acesso ao tratamento para a população impossibilitada de comprar os remédios. “[...]”

Às vezes eu tô sem dinheiro mesmo e isso facilita muito. O remédio, o remédio, podia ter na USF.” (Entrev.13)

Esta fala é corroborada por uma entrevistada que relata sua satisfação pela facilidade em conseguir medicamentos gratuitos no município, e aponta a ausência deste serviço no município do Rio de Janeiro, onde vivia anteriormente. *“Gosto muito da facilidade de ir lá na URD pegar o remédio quando a USF receita, isso é muito bom, porque lá no Rio, na época que eu morava lá, nunca tinha remédio e aqui não, aqui tem essa parte boa né.” (Entrev.13)* Para esta usuária, o fato da medicação não estar disponível na USF não é um problema, pois haverá a medicação em outro lugar onde ela tem como obter a mesma. A fala é ilustrativa, pois a entrevistada 13 tem a experiência de não ter o acesso a medicação em outro município.

Aqui cabe destacar rapidamente um dos aspectos vinculados à definição da satisfação, em que a dimensão da expectativa do usuário é fundamental neste processo. Segundo Junqueira (1996) e Gaioso (2007) a aceitabilidade, enquanto uma dimensão da qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde estará sempre relacionada a necessidades e expectativas, individuais ou coletivas, sobre os problemas de saúde e experiências prévias dos usuários com estes serviços. A partir da utilização desses serviços, o usuário terá ou não satisfeitas suas demandas 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.

O próprio conceito de responsividade refere-se à importância que o sistema de saúde tem ao atender as expectativas da população, de forma que estas estejam asseguradas no cuidado prestado nas unidades; cuidados estes, voltados não apenas para assistência médica, mas também nos outros “encontros” e ações de saúde (OMS, 2000; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Entretanto, é apontado o descontentamento com o atendimento prestado pela farmácia da URD, que não tem disponibilizado todos os medicamentos prescritos nos atendimentos. Segundo o usuário, apenas os remédios “baratos” são dispensados à população, por isto, muitas vezes, ficou sem fazer o tratamento por falta de recursos financeiros para comprar tais medicamentos.

A única coisa que eu gostaria que melhorasse no atendimento, principalmente na URD, onde pega os medicamentos, você não encontra os remédios que você precisa. Geralmente você só encontra remedinho barato, remédio mais ou menos você já não encontra, e nem todo dia a

gente tem dinheiro pra comprar, às vezes você consulta, aquele sacrifício todo, fica com a receita em casa esperando oportunidade pra comprar. (Entrev.24)

Outra opção apresentada como uma possibilidade positiva ao acesso da população à dispensação de medicamentos é a disponibilidade de remédios de alto custo retirados no Hospital das Clínicas da FMRP/USP, após o encaminhamento pela USF.

Passo primeiro na USF, pra poder ser atendida, consultada com médico pra me dá a receita, aí eu vou pegar meu remédio na URD. Já peguei no HC, mas foi daquele tipo de remédio de alto custo, eu peguei no HC. (Entrev.34)

É importante destacar que o SUS trouxe a possibilidade do acesso ao tratamento para várias situações e agravos, por meio da assistência farmacêutica e das estratégias para sua viabilização. Um exemplo é a acesso universal ao tratamento da AIDS/HIV previsto no Programa de Controle do HIV/Aids, sendo o Brasil considerado “referência internacional tanto o tratamento quanto na prevenção” (CONASS, 2006, p.40).

Segundo CONASS (2006), o aumento das expectativas da população e dos profissionais de saúde em relação às novas soluções sanitárias cria um ambiente propício à incorporação de tecnologias e investimentos, como é o caso dos prestadores de serviços farmacêuticos, que pressionam pela adoção das novas tecnologias. Estudo realizado pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) em 2011, sobre avaliação da percepção da população sobre serviços prestados pelo SUS, aponta que o atendimento pela Equipe de Saúde da Família e a distribuição gratuita de medicamentos foram os serviços mais bem avaliados pela população.

A distribuição gratuita de medicamentos ficou em primeiro lugar na região Centro Oeste (81,3%) e em segundo no restante do país como um ótimo indicador de qualidade da saúde. A pesquisa mostrou que a média nacional de avaliação positiva sobre este indicador de saúde é de 62,3% como assistência muito boa (IPEA, 2011). O acesso garantido e rápido aos medicamentos são aspectos que corroboraram com este resultado. Porém, os entrevistados indicaram também, algumas ações que podem possibilitar a melhoria deste serviço, como: a lista de medicamentos disponibilizados gratuitamente para a população deveria ser aumentada para 44,3% dos entrevistados, 34,3% o problema da falta de medicamentos deveria ser minimizado, 6,2% apontaram a

necessidade de diminuição do tempo para ser atendido na retirada do medicamento (IPEA, 2011).

Com relação aos procedimentos e exames complementares de apoio diagnóstico, os entrevistados analisam a falta destes realizados na USF como um aspecto ruim na assistência à saúde da população. Os usuários afirmam seu desejo destes procedimentos serem oferecidos pela USF à população, e assim não necessitariam serem encaminhados para outros serviços de saúde mais distantes de suas casas.

Para uma usuária, se deslocar para realizar exames e consultas não é muito complicado, porém avalia que para pessoas com piores condições financeiras e de locomoção, ir a outro serviço é mais trabalhoso.

Pra mim ia ser lindo fazer aqui [USF] né, porque a proximidade é maior ainda, eu tenho como me locomover sair daqui se eu precisar fazer um exame no HC e voltar pra cá eu tenho como, mas da esquina pra lá, as pessoas não tem. Então eu acho que o atendimento pra população seria muito melhor se tivesse tudo concentrado num lugar só. (Entrev. 21)

A falta de procedimentos como aerossol, medicamentos, vacinas, curativos e exames, na USF cenário da pesquisa, assim como nas USF desta região é motivo de insatisfação pela grande maioria dos entrevistados. Explicam que o acesso da população seria mais fácil e ágil caso estes procedimentos fossem realizados na USF, pois muitos usuários desistem de ir realizar a continuidade do tratamento na URD, devido ao quadro clínico ou cansaço pela espera do atendimento.

[...] eu acho que o que falta ali mesmo é o aerossol, a sala de vacinas, curativos. Eu acho que todos as USF ali deveriam ter. Porque é mais perto, é mais fácil, você já tá ali, o médico já te atende, você já saiu da consulta, tem o aerossol, precisa tomar uma medicação, você já tendo ali já [...] Muitas vezes, as pessoas pega a receita e vai embora pra casa, não vai porque tem que descer lá em baixo, já tá cansado, às vezes ou tá ruim, tem que descer lá na URD pra tomar a medicação e tendo ali já é mais fácil. (Entrev.06)

Pesquisas realizadas sobre satisfação do usuário para o município estudado corroboram os achados da presente investigação (FERRI *et al.*, 2007, GAIOSO, 2007, PEREIRA, 2008, MISHIMA, PEREIRA *et al.*, 2010) evidenciando

[...] como indicativo de maior destaque na insatisfação dos usuários, a ausência destes recursos [vacinação e realização de curativos]. Além dos dois itens aqui evidenciados, os usuários também se queixaram da falta de disponibilidade de medicamentos, do tratamento dentário de caráter curativo e de procedimentos como coleta de exames, aerosol, entre outros. (PEREIRA, 2008, p.148)

Os usuários apontam que as ações mais complexas ou de emergência no tratamento devem ser realizadas na URD que tem a estrutura adequada para estas ações.

Lá [USF] não tem emergência, mas lá não é emergência. Porque as vezes que eu passei mal, ali não tinha como me dar um soro, me dar um remédio assim que aliviasse a minha dor mais forte, na veia, não tem isso, e lá em baixo [URD] tem, então ali é o básico mesmo, o que dá assim de mais leve a gente vai lá. (Entrev.13)

A ausência de administração de medicamentos na USF reitera a visão dos usuários de que este serviço de saúde é apenas para assistência básica a população, feita sem muitos recursos. Neste sentido o básico, parece ser compreendido como o simples, o que não resolve quando há um sofrimento que precisa ser imediatamente suprido, apontando para o que se tem como categorização da Atenção Primária de Saúde como atenção seletiva.

Alguns usuários demonstram conhecimento sobre o fluxo do encaminhamento para exames e procedimentos. Explicam que primeiro levam o gente [...] (Entrev.02)

Este processo de (re)conhecer o fluxo de atendimento, de ter a informação pode favorecer uma melhor relação do usuário com a USF. Da mesma forma que reconhecem o fluxo para os exames de apoio diagnóstico, os usuários explicam que quando precisam de algum atendimento especializado que não é realizado na USF, recebem uma guia de encaminhamento para o atendimento em outras Unidades de Saúde, isto é, primeiro passam em atendimento na USF e depois, os profissionais desta unidade fazem o encaminhamento para os especialistas. “É encaminhamento feito na USF à URD, depois colhem o exame e em seguida, retornam a USF para nova avaliação e assim conversar com os profissionais responsáveis pelo atendimento sobre o resultado destes exames. Falam ainda, que em caso de exames com resultados alterados, os profissionais da USF os avisam com antecedência.

Então como eu faço direto lá em baixo [URD], meu filho vai com pedido lá, no encaminhamento, colhe o sangue e depois vai na consulta pra saber o resultado, se der alguma alteração eles costumam avisar com antecedência antes da consulta, isso as meninas já orientou a por encaminhamento, a gente passa pela USF, vê o problema e aí eles encaminham, para oftalmologista, ortopedista, tudo feito e encaminhado pela USF [...]” (Entrev.02)

Nestes recortes, parece que se coloca implicitamente a compreensão dos usuários quanto aos níveis do sistema de saúde que se complementam e s

articulam, ou seja, se coloca a questão da hierarquização das ações e níveis de atenção e da integralidade.

A entrevistada 01 aponta que por um lado é bom não poder escolher nem o especialista e nem a Unidade de Saúde do encaminhamento, pois todos iriam escolher o HC por ser um hospital que é considerado o de melhor atendimento e isto resultaria na falta de vaga neste serviço para pacientes que realmente necessitam da tecnologia que existe lá.

Ah ruim né, porque, é ruim por um lado, porque por outro todo mundo ia querer ir pro HC, porque o HC você entra lá eles te viram de ponta cabeça pra saber o que você tem, e por outro lado eu to tirando a vaga de uma pessoa que esta, sei lá, no ultimo estágio da vida, por exemplo, e precisa de mais complexidade é lá no HC, por um lado [...](Entrev.01)

Por outro lado, alguns usuários afirmaram que não sentem falta de nenhum procedimento na USF, e que todas as necessidades de saúde foram resolvidas na própria Unidade de saúde, incluindo atividades educativas.

Não [sente falta de nenhum processo no Da USF]. O que eu procurei eu sempre resolvi lá, não precisei de outro lugar não ... (Entrev.03)

Ah, eu acho que nada ali não falta, que até recreação às vezes elas chamam a gente pra conversar, pra palestras né. (Entrev.37)

Poucos entrevistados referiram que os encaminhamentos para especialidades são realizados de forma ágil, pois esperam apenas poucos dias pelos agendamentos de exames.

[agendamento em especialidades] É rápido também, é agendado rápido [...] a minha guia pro ultrassom que eu preciso fazer, demoro uma semana e logo eles me chamaram já pra pegar a guia que já estava autorizada pra eu ta fazendo. (Entrev.06)

Além disto, os entrevistados expressam o desejo que a assistência prestada por especialistas fosse realizada na USF, e por isto, a insatisfação pela “inadequação” dos anseios da população é explicitada nas falas. A questão que se coloca em relação a este aspecto, é se esta expectativa dos usuários não reafirma mais uma vez a hegemonia da lógica biomédica, que qualifica apenas o trabalho especializado.

A fala da entrevistada 22 parece ir na direção apontada acima quando a usuária afirma que os médicos da USF não são capacitados e preparados para fazer pedidos de exames complexos como uma ressonância. Considera que o papel do médico de saúde da família é apenas solicitar o encaminhamento para o

especialista. Entende que os procedimentos que utilizam tecnologias avançadas seja responsabilidade apenas de médicos especialistas.

[...] eu não quero que ela me dá um pedido pra ressonância que eu sei que ela não tem capacidade pra isso, porque é um médico daqui da USF, porque ela não ta preparada pra isso, ela não é um ortopedista, eu queria que ela me desse um encaminhamento, um papel, tô encaminhando pra [...] (Entrev.22)

O trecho acima indica mais uma vez, uma visão da USF como um serviço de saúde que presta assistência simples (pouca tecnologia, pouca complexidade, pouca capacitação do pessoal) e um meio para chegar a um tratamento resolutivo e com muita tecnologia, ou seja, a USF como prestando uma assistência “básica” como sinônimo de pobre e “porta de passagem”.

Outro aspecto de insatisfação da população quanto ao encaminhamento para especialidades é a demora nos agendamentos destes atendimentos. Contam que aguardam muito tempo, até meses, para o agendamento de consultas para especialistas e esta espera demorada para agendamento deixa a população insegura e angustiada quanto ao acesso à assistência.

Como exemplo, esta usuária relata que espera retorno de guia para atendimento com um oftalmologista a mais de um ano. Explica que tem problemas de visão, e que não consegue atendimento rápido, além disto, reclama do atendimento médico prestado na URD quando é encaminhada para lá, mostrando-se apreensiva com a demora no agendamento do especialista.

Encaminha, manda a guia, você espera sete, oito, nove, dez meses pra vir a guia [...] pro meu médico de “vista” vai fazer um ano e até hoje não chegou, e olha eu to perdendo a visão ... eu sou cega desta e até hoje não veio ... porque mandaram eu lá pra URD, a guia foi lá e a médica lá que me atendeu, [...] ela não é médica, eu perdi minha visão por causa de uma doença gravíssima que eu tive, [...] eu tenho que fazer um tratamento, e eu não consigo ... (Entrev.04)

No estudo de Ferreira (2007) sobre o Complexo Regulador no município de Ribeirão Preto a Oftalmologia é uma das especialidades médicas de maior “demanda reprimida” ao lado da dermatologia para o período de 2004 a 2006, sendo evidenciado, que esta área foi considerada uma das prioritárias para o aumento do atendimento no município com recursos próprios. Tal situação parece ainda estar presente, dado que verificamos que a queixa dificultada ao acesso para oftalmologista é relatada por vários usuários, devido à longa espera, orientações inadequadas e pouca resolubilidade nos tratamentos.

Apesar de alguns usuários referirem conhecimento sobre o funcionamento do fluxo de agendamento de consultas para especialistas, observamos a falta de informação para a usuária do sistema de referência, e da utilização do serviço especializado. A presença de especialistas na Unidade é avaliada como “interessante”, pois toda assistência necessária ao cuidado da população estaria concentrada em um mesmo local. Entretanto, uma usuária afirma que não seria possível ter mais profissionais na USF por falta de espaço e estrutura física.

[...] Sendo todo atendimento concentrado na USF, pra ter os especialistas das áreas mais o atendimento ambulatorial, não tem espaço, então é aí que a parte física complica um pouco, mas estando concentrado tudo em um lugar só, melhoraria. (Entrev.21)

Em relação ao atendimento odontológico, os usuários apontam satisfação quanto ao atendimento realizado na USF. Este atendimento é voltado para promoção de saúde, prevenção de agravos e avaliação bucal, porém o tratamento não pode ser realizado nesta Unidade devido à falta de equipamento. Assim, quando há necessidade de tratamento odontológico, os usuários são encaminhados para a URD, serviço com os recursos necessários para este tipo de assistência.

Os usuários expressam desejo de realizar o tratamento odontológico todo na USF, por ser mais perto das suas residências *“[...] Eu acho que na USF devia ter os aparelhos pro dentista assim atender as pessoas mais, também é mais perto pra mim ir.” (Entrev.16)*

E também, porque uma assistência odontológica resolutive (com tratamento) na USF é uma necessidade da população em geral, pois o serviço prestado nesta região pela URD, não consegue atender adequadamente a grande demanda da população.

[Falta] Ali, na USF o atendimento odontológico. Se pudesse ter um atendimento odontológico melhor, mais preciso, mais marcante, porque a população precisa, e a URD não tá conseguindo fazer esse trabalho legal não. Eu acho que se eles pudessem desenvolver ali na área da odontologia ali pra nós ia ser muito bom. MÃE (Júlia) de (Entrev.31)

O CONASS (2006, p.42) traz que os usuários dos serviços prestados pelo SUS apresentam graus de satisfação alta ou muito alta, sendo 60% dos entrevistados em relação aos serviços odontológicos, onde o Sistema de Saúde Suplementar cobre uma população de 42,5 milhões de brasileiros, 35,8 milhões com cobertura de planos médicos e odontológicos e 6,7 milhões como usuários exclusivos de planos odontológicos.

Dessa forma, as redes de atenção à saúde do SUS devem adaptar-se de modo que cada município seja auto-suficiente na atenção primária à saúde; cada microrregião seja auto-suficiente na atenção secundária à saúde (média complexidade); e cada macrorregião seja auto-suficiente na atenção terciária à saúde (alta complexidade), cabendo esta classificação para a assistência odontológica também, ainda não disponível para toda população, exceto nos lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos por produção singular, como os centros de especialidades odontológicas (CONASS, 2006).

A falta de um atendimento odontológico adequado no SUS, que atenda às necessidades da população de modo rápido e eficaz, gera desconfiança e insegurança nos usuários, que passam a procurar atendimento no setor privado.

[...] quando eu procurei um dentista eu fui lá [URD] eu tava com uma dor de dente, ela [dentista] olhou minha boca e falou que eu não tinha nada que era dente sensível, e aí passou, eu acabei pagando dentista particular e tinha que fazer canal, [...] depois de um tempo, voltei à URD, aí foi um estudante que mexeu no meu dente e acho que não fez um serviço muito bom, aí tô pagando particular pra fazer meu dente que não tô confiando muito no dentista do posto não. (Entrev.31)

A Saúde da Família (SF) prevê o dentista como membro da equipe mínima, permitindo o acesso aos cuidados dispensados por esse profissional, além da ampliação do acesso às atividades de prevenção e promoção na Saúde Bucal. Contudo, ainda não se tem, de forma efetiva, a presença da Saúde Bucal no conjunto dos serviços da APS vinculados à Saúde da Família, no município de Ribeirão Preto, gerando a expressão de insatisfação dos usuários ao apontarem a importância da presença do dentista e da existência de estratégias e mecanismos que possibilitem o acesso e fluxos adequados, para a população, a essa atenção específica, fato também identificado no estudo de Mishima, Pereira *et al.* (2010).

A questão do acesso e da acessibilidade aparece de forma decisiva na fala dos usuários como aspectos que determinam em grande parte sua maior adesão e resposta positiva à USF estudada. Assim, na discussão aqui presente, distintos aspectos da acessibilidade se fizeram presentes na fala dos usuários como: a proximidade com a USF, a rapidez no atendimento em casos de urgência, o atendimento ser possibilitado em situações especiais quando o usuário não é residente da área, as vagas existentes para o atendimento se processar, que depende da situação e do grupo a ser atendido, o tempo de espera para o

atendimento e para o agendamento das consultas o encaminhamento para outros níveis de atenção, o horário de funcionamento da USF, por exemplo.

Vários destes aspectos são apontados positivamente, contudo, há indicação da insatisfação dos usuários, ao trazerem a escassez de tecnologias leve-duras e duras no processamento do atendimento, o que por vezes indica para o usuário, que a USF é um serviço de saúde pobre, que dispõe de pouca tecnologia, pouca complexidade, pouca capacitação do pessoal.

4.3. POSSIBILIDADES DA CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO USUÁRIO – EQUIPE - SERVIÇO DE SAÚDE

Outro elemento abordado no conceito de responsividade é a *confidencialidade* (de informação) que abrange o modo como as consultas devem ser conduzidas, de maneira em que a privacidade do usuário seja protegida, bem como seja garantida a confidencialidade de toda a informação fornecida por este. Ainda a informação deve ser mantida em arquivos médicos confidenciais, exceto se a mesma for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000, p. 19; De SILVA; VALENTINE, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 603).

Desta forma, os usuários entrevistados foram abordados sobre aspectos envolvendo a confiança na atenção prestada no serviço de saúde estudado e com as informações fornecidas à equipe de saúde.

4.3.1. Construindo relações de confiança

Os usuários afirmaram que contam aos profissionais da equipe suas necessidades, pois conhecem estes profissionais, sentem-se reconhecidos pelos mesmos “[...] aqui já conheço todo mundo, eles me conhece.” (Entrev.11), e a assistência prestada na USF visa um atendimento completo e integral. “Consigo [contar ao profissional o que sente], assim eu vejo que lá eles cuidam da saúde como um todo assim né, que eles nos vêem como pessoas mesmo.” (Entrev.31)

No documento Renovação da Atenção Primária nas Américas (OPAS, 2008) é assinalado que os valores que conduzem a Atenção Primária renovada se baseiam na perspectiva do conceito ampliado de saúde, ou seja, na saúde como direito e que um sistema de saúde sustentado por valores e princípios e da APS renovada, deve centrar-se na pessoa e não apenas na doença. A afirmação da entrevistada 31 pode ser considerada na direção apontada acima.

A confiança é ligada ao atendimento realizado pela equipe e aos bons resultados desta assistência, pois os entrevistados observam que os profissionais realizam avaliações, exames e orientações adequadas. Uma usuária explicou que seus cunhados se mudaram para Ribeirão Preto e que apresentavam problemas de saúde, sendo que assim que puderam receber o atendimento de saúde da

USF, tiveram a possibilidade de receber atenção à saúde considerada por eles adequada. Por isto, a usuária reafirma que a equipe deste serviço cuida muito bem da população e, ainda, percebe que a comunidade também reconhece este bom trabalho realizado nesta USF.

Ah, eu sinto sim, confiança nos profissionais, porque a gente vê né que tá falando mais ou menos certo, aí faz os exame, eu confio sim, [...] mas eu tenho meu cunhado, minha cunhada, eles veio pra cá de Franca morar aqui, tava muito ruim, nossa mais tava péssimo mesmo os dois, agora eles tá bom, tratando aí né [USF], porque daí eles manda fazer exame num lugar, manda noutro, eles já fez tanto exame, então eles são bons aí né, eles cuida, as pessoas também elogia pra gente, eles [equipe da USF] são bons, eles [comunidade] passa e também elogia pra gente né. (Entrev.07)

Também observamos nas falas o vínculo com a ACS que visita as residências, não apenas por ser uma pessoa próxima e conhecida pela comunidade, mas porque é uma profissional que passa confiança aos usuários.

Tenho [confiança] sim, inclusive a agente que vem aqui, eu converso muitas coisas com ela e eu tenho certeza que o que eu converso fica aqui, ela é bem assim, não porque eu a conheço, mas é porque é uma pessoa que passa confiança ... (Entrev.02)

Além disto, este profissional, o ACS é visto como o profissional que conversa, esclarece as dúvidas, disposto a ajudar a população e possibilita segurança para a população “se abrir” sobre suas necessidades. Assim, o trabalho do ACS é bem avaliado pela população residente no território da USF estudada.

Tal aspecto também foi identificado no estudo de Sakata (2009, p.126) que analisando a inserção do ACS na equipe de Saúde da Família encontrou que para o trabalho nessa estratégia, além da capacidade técnica dos trabalhadores é fundamental que o trabalhador desenvolva outras habilidades “tais como, ter disponibilidade, saber olhar para a população, ouvir e escutar as tristezas e os problemas das pessoas e das famílias”, aspectos identificados no trabalho do ACS e implicitamente presentes nas falas que se voltam para a segurança do usuário poder se abrir.

Os profissionais médicos da USF, também, são vistos como bons trabalhadores e confiáveis pelos entrevistados, que referiram que devido ao bom atendimento, a população é bem próxima destes trabalhadores. Poucos usuários, entretanto, relataram algumas restrições aos médicos, como é o caso dos residentes, pois estes sempre precisam discutir com outro médico a conduta do que fazer mediante as queixas, problemas e necessidades apresentadas.

O modo como a abordagem médica é feita, também interfere na confiança usuário–profissional, como na fala da entrevistada 21 que relatou sua insatisfação e desconfiança com a abordagem do médico e não quis mais atendimento com este profissional. Ainda, relatou que não comentou seu descontentamento com ninguém, pois logo em seguida, houve mudança do médico que seguiria sua família na USF.

Sinto [confiança na equipe] [...] É, como eu senti que a atenção não era suficiente eu também não tava confiando naquilo que eu estava escutando, né, porque eu sentia uma coisa, e eu tava sendo questionada por outra completamente diferente. [...] Não o procurei mais. Mudou o médico da família aqui, não precisei tomar nenhuma atitude, porque acabou acontecendo naturalmente, mas eu não gostaria de ser atendida por ele novamente. (Entrev.21)

Notamos o desconforto da usuária, expresso na ação de não procurar mais o médico. A relação assimétrica que se coloca muitas vezes entre o profissional de saúde e usuário (não apenas do médico e o usuário, mas de qualquer outro trabalhador) expressa certamente relações de poder que se fazem presentes (por exemplo, um que sabe mais que outro) e acaba por não haver a explicitação da dificuldade que se coloca nesta relação médico-paciente/usuário.

A partir dos estudos de Donabedian, nas décadas de 1970 e 1980, se conhece que a qualidade dos serviços de saúde, assim como percebida pelos pacientes, depende de 30 a 40% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, e de 40 a 50% da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários, em particular entre médico e paciente [...] considerar [...] o respeito dos valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia, a tutela das diversidades culturais [...] (CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p.141)

Alves (2005) em seu estudo sobre as práticas de educação em saúde no contexto da Saúde da Família reflete que a relação estabelecida entre usuários e profissionais de saúde é essencialmente assimétrica. Por um lado estão os profissionais de saúde que detêm um saber técnico-científico, sendo considerados por estes e pelas pessoas como status de verdade, e por outro lado, encontram-se os usuários com a necessidade de serem devidamente informados.

O autor aborda, ainda, o movimento da Educação Popular em Saúde que prioriza na relação educativa com a população, a valorização de trocas interpessoais e o diálogo usuário-equipe de saúde buscando o rompimento da verticalidade desta relação. Assim, o usuário tem sido reconhecido como sujeito

portador de um saber diverso do saber técnico-científico e que deve ser respeitado, por isto, nos serviços de saúde (ALVES, 2005).

Poucos usuários explicitaram desconfiança com a assistência prestada pela equipe da USF. Uma usuária, ao expressar sua desconfiança em relação ao atendimento na USF, compara esta unidade com o serviço privado de saúde, e relata que neste segundo, a assistência é mais resolutiva porque os profissionais não demoram ou “enrolam” para prescrever o tratamento medicamentoso aos usuários, o que acontece na USF. Demonstra insegurança com a conduta da equipe da USF em orientar repouso em algumas situações e não prescrever medicamentos com frequência.

[confiança nos profissionais] Aí é que tá o problema né (risos), eu acho um pouco que eles enrola muito pra medicar, e não é que eu sou a favor do de medicamento, é que tem coisas que tem que medicar, não adianta [...] só mandar repouso, repouso, né. (Entrev.22)

No que se refere ao sigilo das informações dadas aos profissionais de saúde, observamos que este é outro aspecto importante na construção da confiança da população com o serviço de saúde. A maioria dos usuários relatou que este sigilo é assegurado pela equipe que escuta, cuida, orienta e trata da saúde das pessoas, sem as expor em situações de risco e desconforto.

Assim, uma entrevistada lembrou que durante um grupo de gestante ocorrido na USF, suas necessidades foram discutidas pelo grupo e não se sentiu exposta fora do espaço da atividade.

[...] eu acho que assim tem coisas que eu falo pra elas assim que elas não comenta com ninguém [...] Assim, quando eu participei do curso de gestantes a gente falava as coisas lá dentro e ninguém, ela [enfermeira] sempre falava que ninguém ia saber então isso daí nunca teve problema. (Entrev.17)

Outro relato importante sobre este tema mostra que sigilo das informações foi assegurado, pois uma usuária por problemas anteriores de dependência química relatou que durante o período de dependência, conversava muito com o médico e com a enfermeira da equipe sobre suas necessidades e dificuldades, e percebeu que as informações nunca foram repassadas para seus familiares.

Sinto [sigilo das informações são assegurados], tanto que quando eu era mais novinha, quando eu passei por esses problemas das drogas eu conversava muito com o Dr Fulano [...] que eu tava com problema de depressão e eu percebi que ele em nenhum momento ia contar pra minha mãe, também conversava bastante com a Fulana, e também percebi que ela não ia contar nada pra minha família assim. (Entrev.31)

Entretanto, algumas pessoas não conseguiram afirmar se os profissionais respeitam o sigilo das informações dadas pelos usuários durante o atendimento. Explicaram que é devido ao fato do médico residente discutir o caso com outros médicos, e assim, o usuário fica mais exposto à falta de sigilo; e também, é considerada uma atitude natural do ser humano comentar sobre o que é dito pelas outras pessoas. Porém, o desejo que este aspecto seja respeitado pelos profissionais e especialmente pelos médicos é evidente nas falas:

[confiança no sigilo das informações dadas]. Olha isso aí, eu não posso afirmar, mas eu acredito que quando a gente passa uma informação eu acredito que os médico né, tem que receber com respeito às informações dos pacientes. (Entrev.36)

A questão do sigilo é vista como um problema dos serviços de saúde e não apenas da USF estudada, assim como está presente como um dilema ético para diferentes categorias profissionais.

Até onde manter o sigilo profissional? É possível quebrar o sigilo? Em quais situações? Como agir frente a atitudes anti-éticas de colegas de trabalho? Quais as informações sobre o paciente que devem constar no prontuário? Deve-se quebrar o sigilo em casos de violência física, abuso sexual ou negligência contra menores? (MEDEIROS, 2002, p.31)

Abdalla e Nichiata (2008) aborda em seu estudo que a privacidade e o sigilo das informações nas experiências de assistência às mulheres portadoras de HIV pelas equipes do PSF são essenciais para a ampliação do vínculo e da confiança destas mulheres com os profissionais. A garantia dos profissionais pela confidencialidade das informações e privacidade do cuidado incentiva que as mulheres encontrem na equipe a possibilidade de apoio e amparo pelo seu quadro de saúde.

Diferente dos serviços de saúde em geral, onde as informações sobre o usuário ficam restritas apenas na figura do médico, no PSF a condição do trabalho das equipes está no compartilhamento e a discussão sobre as informações e os fatos referentes aos usuários, suas famílias e a comunidade. Assim, torna-se fundamental que a equipe explique aos usuários o processo de trabalho do PSF, as práticas que envolvem as discussões dos casos e os propósitos destas, estabelecendo uma relação de confiança e de respeito pelas necessidades e decisões dos usuários (ABDALLA, NICHATA, 2008). Ainda neste estudo, os ACS foram considerados os profissionais da equipe que lidam de

modo mais próximo com as questões que envolvem a privacidade e o sigilo das informações por serem membros da comunidade.

Estas e outras questões estão permanentemente presentes na prática de trabalho na saúde, entretanto, nenhum entrevistado abordou se haveria esta falta de sigilo e se a mesma ajudaria numa assistência prestada por equipes multiprofissionais e interdisciplinares como as equipes de Saúde da Família, onde a abordagem não é direcionada exclusivamente ao cuidado médico, mas sim, ao cuidado no contexto familiar e da comunidade.

4.3.2. A privacidade na atenção do usuário na atenção prestada

Outra temática levantada no aspecto da confidencialidade no cuidado é a questão da privacidade na assistência. O atendimento, realizado com ética, respeito e segurança, é assinalado pelos usuários como um meio de garantir a privacidade dos usuários tanto dentro do espaço da USF como fora deste. *“[privacidade] Ah, eu acho que tem toda uma ética né, que eles são bem profissionais e que eles respeitam né a gente assim.” (Entrev.31)*

Observamos que para algumas usuárias, a privacidade no atendimento ocorre quando a equipe da USF acolhe e respeita o desejo delas em serem examinadas por profissionais do sexo feminino (médicas), por entender melhor as necessidades das mulheres e não se sentirem envergonhadas. *“Só se for com uma médica [privacidade no atendimento], por exemplo, do sexo feminino, aí eu acho que é mais seguro, me sinto mais tranquila né.” (Entrev.37)*

Contudo, um relato mostra que no momento de dor e sofrimento, deixa de ser importante o gênero de quem vai atendê-la. *“Eu prefiro médica até, acho que as mulheres se entendem mais. Com médico eu fico mais acanhada, mas na hora da dor a gente fala a verdade.” (Entrev. 13)*

Contudo, alguns aspectos foram identificados como prejudiciais na segurança para o atendimento e na privacidade. Dentre eles está a falta de uma estrutura física adequada, pois as janelas dos consultórios são próximas e ficam abertas durante os atendimentos. Segundo uma usuária, devido a estas condições, já ouviu o que estava sendo discutido no outro consultório. Além de expressar sua insatisfação com esta situação, referiu ter ouvido assuntos íntimos de uma vizinha que estava em atendimento.

[Privacidade] Nossa, é horrível, isso pra mim ... Por exemplo, se você tá consultando, passando o seu problema pra um médico, o outro da outra sala tá ouvindo tudo [...] então às vezes é chato, porque chega numa parte íntima que você vai conversar com o médico e aí, tem um outro senhor do outro lado lá que tá fazendo uma consulta e tá ouvindo lá o que você tá falando. Então isso eu acho errado. Eu acho que não deveria ser daquele jeito. A última consulta que eu tive eu fiquei assim, muito assim, muito chateada eu fiquei porque o que a outra senhora tava falando, inclusive essa é minha vizinha aqui, eu tava ouvindo tudo. Tudo, tudo, como se estivesse nós duas aqui conversando ... é por causa da janela aberta . (Entrev.19)

Outra inadequação além do espaço físico para uma assistência com privacidade está na possibilidade em ocorrer troca de consultórios durante o atendimento. O usuário aponta que esta falta de privacidade incomoda e prejudica o vínculo e conversar com o profissional com mais liberdade e segurança.

Alguns usuários citam a “terapia em grupo”⁷ como um fator que pode contribuir negativamente na privacidade da assistência, caso não seja construído ambiente acolhedor para tal atividade. Uma usuária referiu que a partir de seu atendimento com o “clínico geral” da USF, ou seja, com o médico de família da unidade, foi encaminhada para o atendimento em Saúde Mental, e não gostou do atendimento com o psiquiatra e abandonou o tratamento. Explicou que o psiquiatra (que dá suporte para a equipe) realizava “terapias em grupo”, com a participação dos residentes da USF e a usuária se sentia constrangida e sem privacidade para desabafar, e não conseguia expor seus problemas e necessidades. Afirma, ainda, que por não conseguir se soltar durante este tipo de atendimento, se sentia ofendida pelo profissional. Assim, começou a pagar um plano de saúde para cuidar de suas necessidades de saúde; e não contou sobre sua insatisfação a ninguém da equipe de saúde.

Olha, assim eu utilizei, mais utilizei clínico geral lá né e também eu tive uma época que eu tratei de, com psiquiatria lá. Assim, clínico geral foi, eu tive um bom atendimento, psiquiatria eu parei o tratamento, porque era o doutor Beltrano e eu não gostei dele como profissional assim, fazia terapia, a terapia dele era, colocava em grupo aí tinha muito aluno, acho que não dava muita particularidade assim, pra desabafar [...] ele tentava me deixar solta pra falar o problema, mas aí ele meio que acabava ofendendo, sabe? Aí eu sai, de lá e foi até aí que eu comecei a pagar o plano da Unimed. [...] eu acabei nem comentando nada com ninguém. (Entrev.31)

Cabe ressaltar aqui, que os profissionais de saúde precisam observar e analisar constantemente as expectativas dos usuários sobre como suas

---

⁷ Cabe esclarecer que a atividade refere-se à supervisão de Saúde Mental realizada com o psiquiatra e a equipe (médico, residentes de Medicina de Família e Comunidade, alunos envolvidos no atendimento da família/usuário e membros da equipe de Saúde da Família.

necessidades serão atendidas, assim como assegurar que estes usuários sejam atendidos em suas particularidades e limitações, considerando os recursos presentes na unidade de saúde.

Nos relatos, observamos que a privacidade no atendimento depende do tipo de avaliação clínica que será realizada. O momento do exame clínico também é avaliado pelos entrevistados como crítico no quesito da privacidade, sendo para muitos, um momento de nervosismo, vergonha e angústia.

Ah, aí não tem jeito né, [a privacidade] depende do exame a gente fica desajeitada, mas são pessoas que a gente tá vendo que é de respeito né [...] gente fica mesmo né, qualquer lugar que a gente vai não tem jeito né, aí eu falo pra eles que eles: ‘Olha a pressão’, que tá sempre meio altinha assim, eu falo que aqui em casa nós também olha a pressão, aí mas chega lá você fica nervosa, não sei porque, né [...] Às vezes tem que esperar um pouco pra gente acalmar, e eu falei: ‘Não tenho medo do médico não, nem nada...’ (Entrev.07)

A exposição física do usuário a uma pessoa “estranha” pode gerar desconforto, bem como sinais e sintomas que pode alterar o quadro clínico do paciente no momento da avaliação. O trecho acima mostra como a usuária se sente envergonhada e ansiosa durante a avaliação clínica. Recorda que sua pressão arterial sempre fica mais elevada quando está na USF para atendimento, porque fica nervosa com o exame clínico que será realizado. Mesmo reconhecendo não ter “medo de médico”, não sabe dizer o porquê deste nervosismo.

O modo como o usuário é abordado, acolhido e cuidado pelo serviço de saúde, ajuda no estabelecimento de vínculo usuário-equipe-serviço de saúde e assegura que o usuário tenha mais confiança no atendimento prestado, na equipe do serviço de saúde e no sigilo das informações dadas aos profissionais. Além disto, a assistência proporcionada de modo a garantir a privacidade durante o atendimento torna a USF acolhedora às necessidades da comunidade e ao melhor acompanhamento dos tratamentos prescritos pela equipe.

A maioria dos entrevistados avaliou o tratamento prestado pela equipe da USF como respeitoso e atencioso. Apontam a sinceridade, o bom atendimento, o modo como os profissionais acolhem a população e se preocupam com as necessidades dos usuários e suas famílias como questões que marcam o atendimento respeitoso. “Sim sou respeitada. Ah, eles respeita a gente, eles pergunta da família, então é isso. Quem gosta da gente pergunta da família né (risos).” (Entrev.28)

O usuário ao receber toda a informação, de forma confiável, com carinho, e até, descontração, nunca ser tratado de modo rude, nervoso ou com má vontade faz com que não se sintam lesados pelo sistema de saúde.

O jeito que trata, respeita a gente, então melhor é eles, nunca maltratou a gente, nunca xingou, nunca tá nervoso, sempre brincando com a gente né [...] a família minha, eles não reclama de lá também, eles acha bom, leva neto, leva filho, e eles nunca chegou aqui: 'Ah, fulano me maltratou, fulano me xingou', nunca, 'doutor é sem educação', nunca, quer dizer que é tudo bom lá. (Entrev. 15)

Alguns entrevistados relacionaram um atendimento respeitoso com o modo de acolher da equipe sem ofensas e não lesar os direitos de cidadão e usuário de saúde. Enfatizaram que a “não ofensa” ou “maltratar” são sinais que a dignidade do usuário é atendida.

Lá [USF] eu me sinto [respeitada], eu gosto de consultar lá [...] Eu me sinto respeitada, porque nunca me maltrataram lá, sempre que eu fui procurar ajuda em alguma coisa eles sempre me receberam muito bem, com dignidade. (Entrev. 16)

Gostin *et al.* (2003) refletem que em termos de direitos humanos, a dignidade implica em um conjunto de direitos e garantia que todos os indivíduos serão tratados com respeito e livres para alcançar seus próprios sonhos e esperanças. Os autores apontam, ainda, que a forma mais importante de assegurar a dignidade humana é a luta contra a injusta discriminação de raça, sexo, religião, étnica, opiniões políticas, à propriedade, deficiência ou qualquer outra situação (GOSTIN *et al.*, 2003).

O respeito pela *dignidade* das pessoas na assistência à saúde é fundamental em qualquer atendimento ou serviço de saúde, pois assegura a proteção do usuário de práticas abusivas, discriminatórias ou que causa danos corporais e psicológicos (GOSTIN *et al.*, 2003).

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), a dignidade é um conceito presente e fundamental na avaliação de aspectos como a satisfação, responsividade, humanização e direitos do paciente. Estas autoras abordam a definição da dignidade segundo algumas referências, dentre elas, a da OMS (2000) que define dignidade como sendo tratar os usuários nos serviços de saúde com respeito em qualquer circunstância, considerando aspectos como privacidade e sigilo das informações. As autoras também indicam que segundo a Lei 8.080 – Lei Orgânica

da Saúde, o tema reflete na igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer pessoa.

Assim, no presente estudo, consideramos dignidade como o modo respeitoso, atencioso e digno que os profissionais de saúde devem tratar e assegurar aos usuários em qualquer circunstância, respeitando as necessidades individuais, familiares e sociais, a privacidade e o sigilo das informações durante o atendimento e assistência livre de preconceitos, ofensas ou maus tratos.

Para os usuários sujeitos da presente investigação, o tratamento respeitoso prestado pela equipe também é relacionado com a agilidade no atendimento, porque mesmo sendo feito com atenção, segundo o usuário, esperar por atendimento por horas é um ato de desrespeito.

Gostin *et al.* (2003) em análise da relação dos direitos humanos com os aspectos da responsividade no sistema de saúde aponta que ambos tem o objetivo de promover os direitos dos indivíduos e comunidades no contexto do sistema de saúde, uma vez que

As pessoas precisam ser saudáveis para desfrutar plenamente dos seus direitos humanos, respeitar direitos humanos incentiva comportamentos saudáveis, escolhas e opções de serviços de saúde para o indivíduo e comunidade. (GOSTIN *et al.*, 2003, p.10)

Os princípios dos direitos humanos são reconhecidos e aceitos internacionalmente e compostos de direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais. Assim, os governos se comprometem legalmente a defender os princípios dos direitos humanos. O direito à saúde está intimamente ligado e dependente da realização de outros direitos humanos, como direitos à alimentação, moradia, trabalho, educação, à dignidade humana, a vida, a não discriminação, a igualdade, a proibição contra a tortura, a privacidade, acesso à informação e liberdade de escolhas e expressão (GOSTIN *et al.*, 2003)

Segundo Gostin *et al.* (2003, p.4) apud OMS "sem saúde, outros direitos têm pouco significado", ou seja, promover a saúde das pessoas também é um objetivo primordial dos direitos humanos. Neste contexto, a responsividade vem para possibilitar e até, assegurar que as pessoas sejam assistidas de forma que suas necessidades sejam acolhidas e assim, possam levar uma vida mais saudável. Ainda, para estes autores (GOSTIN *et al.*, 2003), cada um dos aspectos da responsividade são suportados por um ou mais princípios dos direitos

humanos e estes aspectos estão interligados entre si. O cuidado oferecido com respeito, atenção e dignidade passa pela autonomia do usuário tem participar e decidir sobre sua saúde e de seus familiares, bem como a liberdade para aceitar ou recusar tratamentos e orientações de saúde. Exige, também, que a privacidade e confidencialidade dos dados dos usuários sejam protegidas e asseguradas, independentes das diferenças culturais, sociais e religiosas.

Já a comunicação é percebida na construção da responsividade como o ponto comum a todos os outros aspectos desta temática e fundamental para a continuidade da assistência. A qualidade dos cuidados de saúde dependem da combinação de técnicas e medidas de interpessoais, ou seja, a comunicação adequada e eficaz com uma linguagem que favorece a compreensão dos usuários. A falta deste aspecto pode prejudicar o respeito aos direitos humanos, particularmente o direito de procurar, receber e transmitir informações (GOSTIN *et al.*, 2003). Ainda, o direito humano à saúde apóia a necessidade de prestar assistência adequada e com um cuidado imediato ao tratamento e orientações. O direito à vida está intimamente ligado ao acesso rápido e adequado aos serviços básicos de saúde, e particularmente, a garantia da acessibilidade em que os bens e serviços devem ser acessíveis e no alcance físico seguro e organizacional para todas as camadas da população a todos (GOSTIN *et al.*, 2003), como observado, também, neste estudo.

Os autores (GOSTIN *et al.*, 2003) ressaltam, ainda, que deixar de prestar algum desses aspectos pode ser vistas como violação ao direito para a saúde.

Um ponto relacionado ao direito dos usuários foi relatado por uma entrevistada que questionou o porquê encontra vaga nos serviços de saúde privado e não encontra no serviço público, sendo que paga (impostos) para ter atendimento no serviço público, que não é de graça, e no serviço privado para ter acesso ao convênio. Enfatiza que paga impostos para que o governo ofereça saúde de qualidade para a população, mesmo que o repasse de verba para os serviços de saúde não seja o suficiente para atender todas as necessidades da população. Contudo, aponta as unidades de saúde do SUS como co-responsáveis pela falta de vagas, pois estes serviços dificultam o acesso dos usuários a outros serviços de saúde. Como exemplo, cita o caso de seu filho que vai ter que marcar uma consulta na USF, e talvez, passar pela mesma médica que o atendeu na consulta eventual, para solicitar novamente o encaminhamento

para o especialista. Por estes motivos, declara preferir atendimento no serviço privado de saúde.

[...] Você vai num convênio, porque eu vou num convênio, porque quê tem vaga? Nós paga também o governo, não é nada de graça, é de graça? Isso é de graça pra nós? [...] Tudo bem que o governo passou tá pouco [recursos financeiros], mas eu acho que as USF, enrola um pouco também. Uma coisa que eles poderiam resolver, como foi o caso que eu acho do meu menino, ela podia ir lá, pegar um papel [encaminhamento], [...] porque que eu tenho que marcar uma consulta, passar de novo, até por ela, pra ela poder dar esse pedido pra URD, uma coisa que ela podia resolver eu tava ali dentro da sala [...] Então já acho mais fácil ir no convênio [...](Entrev.22)

A usuária pode não ter sido informada de que para que o encaminhamento seja efetivado é necessário que o profissional e o serviço de saúde esgote todas suas possibilidades de resolver o problema. A falta de informação e comunicação adequadas favorece a insatisfação do usuário que se sentem injustiçado, lesionado e desamparado pelos órgãos governamentais.

Os entrevistados foram questionados sobre aspectos da assistência que podemos relacionar com o modo como o usuário identifica o respeito prestado durante o atendimento. A maioria dos usuários reconhece que seus desejos, problemas e necessidades são escutados pela equipe da USF. Enfatizaram que os profissionais são atenciosos, cuidadosos e sensíveis a tudo que é solicitado durante o atendimento.

Uma usuária relatou o empenho de toda a equipe de saúde para que seu desejo de engravidar novamente fosse realizado de modo mais adequado e sem riscos a saúde desta. Outra usuária trouxe que seu marido teve um problema e, que não precisou ir à USF pedir ajuda, pois a equipe ficou sabendo de suas dificuldades por meio da ACS e logo em seguida, alguns dos profissionais da equipe foram até sua casa ajudá-la e ampará-la.

Eu sinto sim que eles escutam minhas necessidades, eles tipo quando meu esposo aconteceu um negócio com ele e eu precisei delas, elas me ajudaram, eu nem precisei chegar nelas, elas que chegaram em mim e perguntaram se eu precisava de alguma coisa aí elas que me procuraram assim pra me ajudar. [...] eles ficou sabendo pela enfermeira que vem na minha casa [ACS], aí depois elas acabaram vindo também pra trazer as coisas pra minha filha. (Entrev.17)

Entretanto, também foi relatado que em determinadas situações as necessidades não são escutadas, e que a partir do momento em que há mudança do profissional que acompanha a família, há possibilidade de uma melhor escuta.

A usuária enfatiza que solicitou a mudança do profissional médico que acompanhava sua família porque desejava que suas dúvidas fossem esclarecidas e que o profissional permitisse a expressão de sua opinião sobre sua saúde. A entrevistada explica que teve eu desejo atendido e após a troca do médico conseguiu ser melhor orientada quanto suas dúvidas.

Além disto, alguns usuários relataram momentos em que se sentiram pouco escutados. Reclamaram que parte dos profissionais só se atenta para as necessidades que são fáceis de resolver, como por exemplo, medicamento que não tem na farmácia na USF não é prescrito. Outros relataram que o médico da Unidade não prescreveu nenhum medicamento, apenas orientou repouso, ou deu atestado médico apenas para o dia do atendimento na USF. Outra reclamação referida foi a falta de uma avaliação clínica mais detalhada e de exames de apoio diagnóstico para que o profissional possa dar uma assistência adequada a população, assim como a falta de orientação sobre a ação dos medicamentos prescritos.

Observamos que muitas vezes as expectativas dos usuários não são percebidas pelos profissionais de saúde como problemas, necessidades ou desejos existentes. A escuta sendo deficiente, a equipe além de não conseguir atender as diferentes solicitações da população, também não os orienta sobre a organização do sistema de saúde presente no município e a maneira mais eficaz de ter suas expectativas atendidas o que, conseqüentemente, resulta na insatisfação do usuário.

Como exemplo, entrevistada 22 relatou que em sua avaliação (reiterando este aspecto já apontado em relação à acessibilidade organizacional) os médicos da USF são “bonzinhos”, isto é, competentes, mas não ajudam a população a resolver seus problemas de saúde. Sente falta de agilidade no encaminhamento para especialidades faz com que o usuário se sinta aflito e desamparado com a demora do atendimento e a impossibilidade, muitas vezes, por não poder ter acesso a uma assistência adequada ou ter que procurar cuidado à saúde em serviços privados.

A entrevistada 22 conta que durante um atendimento realizado na USF a seu filho, foram atendidos de modo atencioso e rapidamente pela recepção e após isto, seu filho foi encaminhado à consulta eventual. Durante o rápido atendimento, a médica questionou seu filho sobre seu mal estar, e ele contou os

sintomas e que havia tomado um xarope, por orientação de sua mãe, para que ajudasse na expectoração das “placas” e na diminuição da dor no peito. Neste momento, a médica diagnosticou que o motivo da piora no quadro do rapaz era o uso do medicamento (xarope). A usuária expressou sua indignação pela acusação feita pela profissional de saúde, argumentando que cuida com muito cuidado de seus filhos há 26 anos e nunca os medicou sem necessidade e tem certeza que não foi o xarope que fez seu filho piorar. Declara que aguentou em silêncio esta acusação sem reclamar e questionar porque precisava do serviço prestado pela médica, isto é, ansiava pela melhor assistência a seu filho.

[como é tratada no núcleo] Olha, pelas moças eu não tenho o que reclamar, as atendentes, não tenho, chega, conversa direitinho, [...] tudo bem né. [...] eu fui com o meu filho lá, tudo bem que não tava marcada consulta [...] uma doutora me atendeu, e eu contei: ‘Tô dando remédio pra gripe né e tô dando xarope’, porque ele chegou reclamando pra mim de dor no peito, [...] e ainda falou pra ela: ‘Tô pondo pra fora as placas’. E ela falou, vai ver foi por isso que piorou. Eu não acho que foi por isso que ele piorou, mas eu não discuti com ela, porque ele tava soltando o que tava pregado [...] Tudo bem, ela que é médica eu fiquei na minha, só que eu sei que não piorou, eu tenho filho há 26 anos, eu não vou medicar porque a farmácia não vai vender né, então fui nela, mas você aguenta, porque você ta precisando disso né. Ela falou pra mim desse jeito: ‘Por isso que ele piorou’. Eu fiquei quieta [...] (Entrev.22)

No trecho acima, observa-se como a usuária sente-se desrespeitada pela falta de acolhimento das necessidades de seu filho doente e pela incompreensão e questionamento do profissional médico pela conduta tomada por ela. Ao questionar estes aspectos, a usuária demonstra seu descontentamento e sente-se desrespeitada pela falta de acolhimento das necessidades, constrangida pelo questionamento do profissional.

A entrevistada 22 mesmo se sentindo constrangida com a atitude por ela considerada desrespeitosa por parte da médica tem que respeitar a profissional, pois segundo a usuária foi criada e cria seus filhos para respeitar quem está acima deles, isto é, considera que o profissional médico está acima de qualquer questionamento e não pode ser contestado.

Mas ela não falou com desrespeito, então ninguém nunca me desrespeitou, a educação deles são muito boa, até dos médicos [...] Só que eu acho assim, ela é a médica, eu respeito. Eu ensinei meus filhos assim, respeito às pessoas acima de você [médicos] [...] eu fui criada assim, né, eu também criei eles assim [...] (Entrev.22)

A fala é contraditória com outros fragmentos em que a usuária aponta que não tem seus direitos atendidos, que não se sente escutada, e que é

desrespeitada. No fragmento, a resposta se volta para a figura do profissional médico, e neste sentido, parece que há certa idealização da figura médica e impossibilidade de ser igual a este profissional, restando apenas respeitá-lo.

O descaso com a limpeza da Unidade também foi citado como um elemento de desrespeito para com a população que frequenta o serviço⁸.

Os entrevistados também foram questionados sobre o tempo para esclarecer dúvidas durante o atendimento na USF. A grande maioria avaliou como adequados os tempos dispensados pelos profissionais de saúde para esclarecimentos e orientações, pois a equipe atende de modo a não apressar o paciente, e sim, deixá-lo à vontade para questionar sobre suas dúvidas.

O tempo médio para as consultas agendadas está entre 30 a 60 minutos, sendo realizadas com bastante calma e tranquilidade pelo profissional, segundo os usuários entrevistados. *“É, minha ultima consulta durou aproximadamente 1 hora, e realmente foi feito tudo com calma, com tranqüilidade.” (Entrev.21)*

Cabe destacar que, esta questão e outras vinculadas à satisfação do usuário relacionam-se à expectativa que o mesmo constrói em relação ao atendimento em saúde e a necessidade posta para a busca ao serviço de saúde.

Gaiosio e Mishima (2007) apontam que a aceitabilidade e a satisfação na utilização de serviços de saúde estão relacionadas ao modo como as necessidades e expectativas dos usuários acerca de seus problemas de saúde são resolvidos ou não pelos serviços de saúde.

As expectativas são construídas a partir das experiências presentes e passadas pelos meios de comunicação, considerando valores, crenças e atitudes em relação aos direitos e deveres de cidadania (GAIOSO; MISHIMA, 2007; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência (VAITSMAN; ANDRADE, 2005. p. 605).

O único aspecto encontrado em relação ao tempo de realização da consulta médica, está no longo tempo gasto pelos médicos residentes para

---

⁸ Este aspecto já foi discutido no tema *O ambiente da unidade de saúde*.

discutir com o preceptor (médico da USF) sobre o quadro clínico, as necessidades e desejos dos usuários. O tempo, neste caso foi considerado inadequado, pois o atendimento fica muito demorado, porém os esclarecimentos de dúvidas não deixam de ser realizados pelos profissionais. *“O que demora é que depois eles sai tem que conversar com os professores, demora mais lá do que na sala do médico [...] mas explica tudo pra mim.” (Entrev.25)*

4.3.3. A capacidade de escolher e a liberdade de se posicionar

Os entrevistados apontaram que o jeito atencioso como a população é tratada na USF torna-se importante nos seguimentos de saúde e contribui para a construção de vínculo com a equipe de saúde. Proporcionar liberdade para que os usuários expressem seus desejos, contem suas necessidades e problemas, e recebam as orientações adequadas facilita a interação e aceitação da comunidade com o serviço.

Observa-se o vínculo criado com a equipe quando o usuário refere ter liberdade para conversar sobre suas dúvidas e necessidades, sentido-se “à vontade” como se “estivesse em sua casa” *“Tenho [liberdade pra conversar], tenho, tenho muita liberdade. Eu fico muito à vontade ali. Na realidade eu sinto ali como se eu tivesse na minha casa.” (Entrev.06)*

Na construção deste vínculo usuário x equipe x serviço de saúde verifica-se que há presença de elementos já discutidos neste trabalho como a confiança no cuidado prestado, atendimento rápido, atencioso e respeitoso.

[...] eu gosto do jeito que elas [equipe de enfermagem e ACS], me tratam com respeito [...] o atendimento é rápido [...] Então eu gosto muito [do atendimento] de lá porque a hora que a gente chega lá, eles tratam a gente muito bem, uma felicidade que parece que a gente é da família [...]
(Entrev.06)

No trecho acima, a usuária fala que é recebida com alegria, como alguém muito querida pelos profissionais quando vai à USF.

Contudo, nem sempre os usuários consideram ter liberdade em sua relação com a equipe da USF. Alguns usuários abordaram que a liberdade para se expressar e questionar a equipe depende de alguns aspectos como: o sexo do médico ou profissional que realiza o atendimento; o modo que o usuário é acolhido na Unidade; a disponibilidade de escuta ou como o profissional médico faz o acolhimento e conduz a consulta, deixando ou não o usuário mais à vontade

para conversar, questionar e ser examinado ou até se o usuário sente a vontade para falar: [...] eles dão liberdade, né, a gente, tenho vergonha, e fico meio constrangida às vezes de falar alguma coisa. (Entrev.17). Assim, mesmo que os profissionais dêem liberdade aos usuários se expressarem durante o atendimento, a entrevistada confessa sentir um pouco constrangida para abordar alguns assuntos na USF.

Devido a pouca ou ausência de liberdade para se expressar com os profissionais durante os atendimentos, o usuário cria estratégias para comunicação ou orientação com os trabalhadores da USF. Uma entrevistada expressa sua insatisfação ao contar que quando não consegue falar ou perguntar tudo que deseja durante o atendimento, esclarece suas dúvidas no próximo atendimento ou não o faz. Ainda, nunca conversou com nenhum profissional da USF sobre esta falta de tempo e espaço para questionamentos durante a consulta, pois sempre há troca do médico que atende sua família, prejudicando assim, o seu vínculo com o serviço.

Outro aspecto da falta de vínculo com a equipe pode ser observado quando o usuário refere seguir o tratamento prescrito sem questionar. Ao expressar sua dificuldade em questionar o profissional de saúde sobre seu quadro, muitas vezes, o usuário deixa de se informar ou se questiona em silêncio. "Faço [tudo que é prescrito para o tratamento], às vezes eu questiono, mas não falo, fica algumas coisinhas né que eu queria saber mais. [Questiona] Em silêncio, é." (Entrev.40)

A insatisfação do usuário com as restrições que encontraram para expor suas necessidades à equipe como a falta de escuta pode estar na grande expectativa presente nas pessoas e que muitas vezes não são observadas pelos profissionais de saúde.

Ao abordar a população, observa-se que o usuário analisa tanto a liberdade que a equipe proporciona ou não ao ser cuidado, questionar sobre sua saúde, ter suas dúvidas orientadas, como também, ter liberdade para fazer escolhas no serviço de saúde, isto é, poder escolher o profissional e a unidade de saúde em que vai ser atendido, acompanhado ou encaminhado.

Estes pontos são importantes de serem assinalados, pois temos como premissa que a satisfação do usuário depende em muitos aspectos da expectativa que o mesmo constrói para sua utilização dos serviços de saúde, e neste sentido a percepção do usuário interfere

[...] na acessibilidade, na criação de vínculos e na conseqüente horizontalidade do cuidado, e terá reflexos na capacidade da equipe coordenar o cuidado. [...] A sistematização da avaliação da satisfação do usuário é um conceito recente e complexo. No Brasil, os estudos ampliam-se na década de 1990, com a consolidação do controle social nos processos de planejamento e avaliação. [...] As teorias em satisfação do usuário originaram-se de referenciais teóricos do marketing e da psicologia social, e foram adaptadas no campo da saúde, onde até recentemente a satisfação expressa pelo usuário era considerada como de menor importância. [...] Os usuários não se declaram espontaneamente “satisfeitos” ao descrever o serviço, a satisfação do paciente não depende apenas da boa qualidade do cuidado e a “insatisfação” pode se manifestar somente em desfechos negativos. Por isto, é fundamental converter conceitos em estratégias, critérios e parâmetros para a avaliação de dados que auxiliem a tomada de decisão e subsidiem o aprimoramento dos serviços. Ou seja, transformar o resultado de satisfação em apoio logístico e financeiro para a ampliação daqueles serviços que respondam aos anseios do paciente.⁹

Assim, estudos voltados ao conceito de responsividade são de relevância no cenário da Atenção Básica, pois podem oferecer elementos para o estabelecimento de “estratégias, critérios e parâmetros para a avaliação de dados que auxiliem a tomada de decisão e subsidiem o aprimoramento dos serviços”³ e a qualificação da atenção prestada.

Retomando os conceitos que compõem a responsividade, ao definir escolha como um dos aspectos, que a ela está articulado, os autores apresentam que os indivíduos devem ter acesso à possibilidade de uma segunda opinião em casos de doenças graves, crônicas ou cirurgias (OMS, 2000; DARBY *et al.*, 2000; GOSTIN *et al.*, 2003; VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Segundo De Silva e Valentine (2000), acrescenta-se a este elemento, que os indivíduos devem ser capazes de chegar, sem dificuldades, aos serviços de saúde de sua escolha, ter capacidade para escolher o seu profissional de saúde e obter cuidados gerais e especializados adequados. Gostin *et al.* (2003) ressaltam que a possibilidade de escolha dos profissionais e serviços de saúde contribui para a melhoria da qualidade do atendimento.

Mais de 90% dos usuários entrevistados negaram desejo em escolher outra unidade de saúde (diferente da USF estudada) para atendimento e acompanhamento de saúde de suas famílias. Explicaram que o motivo da escolha

---

⁹<http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/02/09/estrategia-saude-da-familia-e-aprovada-por-80-dos-usuarios-do-sus/> acesso em 08 de julho de 2011, são os comentários postado no Blog Saúde com Dilma, mantido pelo LAPPIS, Apoio para o SUS e Humaniza SUS.

em permanecer usuários desta USF é devido à assistência de qualidade prestada, ao relacionamento próximo e ao modo como são acolhidos e respeitados pela equipe da unidade.

Não [escolher outra Unidade de saúde], você 'panha' amizade com todo mundo ali, chega lá todo mundo conhece a gente né. Então isso é muito bom [...] se a gente tá sentido bem ali, todas vez que a gente vai é bem acolhida ali, acho que não precisa muda, pra que? (Entrev.07)

Apesar disto, um usuário relatou que algumas vezes, escolhe outra unidade para atendimento, isto é, deixou de procurar atendimento na USF e foi a noite à URD, aberta 24 horas, pois não gosta de espera muito tempo para atendimento.

Mishima, Paula *et al.* (2010), em estudo sobre a duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família realizado no município de Ribeirão Preto, apontaram que o horário em que ocorre maior procura pelos usuários de quatro USF pesquisadas, dentre elas, a USF da presente investigação, no Setor de PA da URD são aqueles horários em que não ocorre o funcionamento das USF (12:01 às 13:00 horas e das 17:01 às 7:00 horas), correspondendo a 46,1% dos atendimentos.

Contudo, diferentemente do observado para os atendimentos médicos, os atendimentos de enfermagem ocorrem com maior frequência no período das 7:01 às 12:00 horas, com 43,5% das ocorrências, sendo que 59,1% dos atendimentos de enfermagem realizados no Setor de PA ocorreram durante o período de funcionamento das USF. Os autores ressaltam que nenhuma das USF investigadas, realiza procedimentos de enfermagem como: inaloterapia, curativos, aplicação de medicação de rotina, entre outros, ou seja, os usuários atendidos nas USF precisam se deslocar a URD para realização dos procedimentos e principalmente para a aplicação de tratamento (MISHIMA, PEREIRA *et al.*, 2010).

Os estudos de Gaioso (2007) e Mishima, Pereira *et al.* (2010) analisam que a não realização de dispensação de medicação e procedimentos (coleta de exames, curativo, aerossol, vacina, entre outros) além de prejudicar a longitudinalidade e a continuidade do cuidado, também geram insatisfação dos usuários com não cumprimento do princípio da integralidade da atenção.

Ainda, muitos usuários negaram desejo de escolher outro profissional para atendimento na USF, pois referem ser bem atendidos pela equipe e

frequentemente sempre é o mesmo profissional médico que atende cada família (apesar de em outros momentos haver certo desapontamento com a rotatividade dos médicos residentes). Vários usuários negaram também desejo em procurar uma segunda opinião para discutir sobre sua saúde por confiar no atendimento prestado pela equipe da unidade, e assim, não terem necessidade de buscar assistência em outro serviço de saúde. Afirmam que realizam apenas acompanhamento de saúde na USF e os problemas de saúde não são tão graves a ponto de necessitarem de uma segunda opinião. *“Aqui não [procurar uma segunda opinião] [...] porque eu nunca passei por nenhum diagnóstico né, assim que fosse necessário, faço só os acompanhamentos, tá sempre tudo certo.” (Entrev.21)*

Além disto, algumas usuárias negam-se a procurar uma segunda opinião para discutir sobre sua saúde, pois confiam nas orientações dadas pelas enfermeiras durante o curso de gestante da USF, sem necessidade de procurar segunda opinião. Ou seja, sua experiência anterior parece ter sido decisiva para a busca de outros profissionais ou outras unidades de saúde.

Não, isso eu nunca procurei [uma segunda opinião]. Até quando eu fiz o curso de gestantes, tudo que elas me falavam ... eu até discutia com as outras pessoas, eu falava não, as enfermeiras falou que é assim então é assim, e é assim que eu sempre fiz. (Entrev.17)

Muitos usuários explicaram que nunca questionam as condutas dos profissionais da unidade, pois são eles que sabem como cuidar e tratar a população e sempre realizam os cuidados indicados por estes, cumprindo “a risca” o tratamento e as orientações dadas pelos profissionais e acreditando ser a assistência mais adequada para cada caso ou necessidade.

Porém, quando se sentem insatisfeitos com a assistência prestada por qualquer profissional, os usuários conversam com as profissionais que atuam na recepção sobre a possibilidade de mudança do médico que faz o acompanhamento. Esta possibilidade de escolher o profissional, especialmente do médico, ocorre deste que o profissional tenha horário disponível para atender o usuário e sua família.

[...] eu não gostei do atendimento, que eu não fui com a cara do médico, eu conversei com as meninas lá na frente [recepção] que me atendem e pergunto se pode fazer essa mudança de médico; quando eu precisei houve essa mudança, então se for pensar por esse lado tem como eu escolher. (Entrev.01)

Não [desejo de ser atendido outro profissional], na maioria das vezes, sempre pego a mesma pessoa. [...] mas acredito que não teria problema se no caso esse médico tivesse horário. (Entrev.03)

Quanto aos entrevistados que afirmaram desejo em serem atendidos por um profissional diferente daquele que o estava atendendo, foi apontado como justificativa o desejo do cuidado em saúde ser efetivado por um profissional mais experiente ou especialista em determinada área, desejo por um profissional do sexo feminino para exame ginecológico, o que em muitos casos, segundo os relatos, é sempre atendido pela equipe da USF. Os usuários demonstram satisfação quando o pedido de mudança de profissional é feito pela equipe, pois se sentem respeitados e mais seguros quanto à assistência prestada.

Em uma das entrevistas, a usuária conta que solicitou à equipe da USF que trocasse o médico que cuida de sua família e após isto, sente confiança no médico que a atende atualmente. Apesar disto, observa-se que poucos usuários referem o desejo de escolher outro profissional, mas muitas vezes sentem-se sem coragem e constrangidos em pedir isto à equipe.

Assim, uma usuária relatou este desejo dizendo não ter gostado do atendimento realizado pelo psiquiatra, que presta consultoria na USF. Porém, ficou sem jeito para reclamar e pedir esta troca para a equipe, e também, receosa em ser apontada pelas pessoas como “*aquela que fala mal de médico*”.

Eu já desejei sim [desejei ser atendida por outro profissional], que nem do psiquiatra eu queria ter mudado de psiquiatra [...] eu fiquei sem jeito de falar que não gostei do médico [...] [medo de reclamar] talvez de aí todo mundo ia passar e falar assim: ‘Ah, lá ela falou mal do médico’. (Entrev.31)

Os relatos em que as pessoas afirmam desejo em procurar, ou até mesmo, procuraram por uma segunda opinião de saúde são devido à insatisfação com o serviço prestado na USF, especialmente com o atendimento médico, onde o cuidado prestado não acolheu as necessidades expostas. Como exemplo tem-se a recusa do profissional médico em solicitar exames ou encaminhamentos para especialidades, falta de agenda para atendimento eventual na odontologia ou falta de escuta às necessidades eminentes do usuário.

Como exemplo, uma usuária conta que sua filha teve um problema de saúde e procurou a USF porque não se sentia bem e após o atendimento o médico disse que a paciente não precisava de atestado e podia voltar ao trabalho. Inconformada com esta conduta e desejando um atendimento que satisfizesse a necessidade de

sua filha, a entrevistada procurou o serviço de saúde privado. Explica que durante o atendimento, o médico explicou como seria a evolução do quadro como o uso do medicamento prescrito, e como seria feito o atestado médico, caso o quadro não evoluísse. A usuária declara que este modo de acolher e explicar como o sistema funciona é mais adequado e honesto para os usuários.

Podemos observar que a falta de comunicação e escuta adequadas tornou o atendimento insatisfatório em relação ao médico que a atendeu na USF, pois este deveria ser mais “claro e sincero”, de forma a melhorar a relação do usuário com o serviço.

No entanto, também se encontra relato em que a usuária foi orientada e encaminhada pelo médico da USF a procurar uma segunda opinião para um tratamento de saúde. Explica que após ser orientada e convencida pelos profissionais da Unidade, resolveu obter uma segunda opinião sobre seu quadro e foi encaminhada para um serviço secundário e, em seguida, a um serviço de Atenção Terciária para realizar exames e tratamento.

Para minha operação, precisei de uma segunda opinião, precisei pra poder chegar aonde eu cheguei. Primeiro foi o médico da USF me encaminhou pediu uma segunda opinião lá no HC, aí lá eu consegui fazer, radiologista, operação, tudo. (Entrev.34)

Ao serem questionados sobre a possibilidade de escolha do profissional, muitos usuários afirmaram desejo em escolher o especialista que realiza os atendimentos e exames. Relatam insatisfação com alguns serviços de saúde com especialidades e realização de exames devido ao mau atendimento, falta de vínculo e escuta nestes locais. No entanto, ficou evidente o descontentamento por não conseguir escolher tanto o profissional como a unidade de saúde para encaminhamentos. *“Não, por mais que eu imploro, me manda pro HC, não adianta, não tem essa possibilidade. (Entrev.01)*

O estudo do IPEA (2011) traz que as principais razões da adesão a plano de saúde privado pelos entrevistados que possuem ou possuíram seguimento da saúde suplementar deve-se a maior rapidez para realizar consulta ou exame (40,0%) e também, pela maior liberdade para escolha do médico que irá atendê-lo (16,9%). Este apontamento pode indicar que, segundo a percepção da população, existe a necessidade de melhoria do acesso aos serviços do SUS.

Os usuários apontam desejo no atendimento em serviços de saúde de Atenção Secundária onde, segundo os entrevistados, os profissionais são educados, atenciosos, prestativos, o local é limpo e possuem todos os equipamentos necessários para que o atendimento do usuário seja todo realizado lá. Esta é uma representação que os usuários, em sua maioria construíram, em função de um discurso presente na área da saúde, da primazia das áreas especializadas, de acordo com o modelo de atenção ainda vigente centrado na perspectiva curativa, centrada nas especialidades e sub-especialidades.

Vinculado à questão da escolha da unidade de saúde e do local para os exames complementares, aparece a questão do fluxo dentro do sistema de saúde público. Embora muitos usuários ainda não compreendam o fluxo de encaminhamento no interior do sistema público de saúde, outros explicam que não conseguem escolher o profissional ou o local aonde desejam ser atendidos, pois a população já tem determinada sua unidade de referência que deve procurar para o atendimento, e o agendamento com especialistas respeita uma organização na Central de Agendamento municipal.

Caso o usuário procure outra unidade de saúde, de sua preferência, não consegue atendimento porque aquela mais próxima de sua residência é responsável pelo acompanhamento de saúde, de acordo com uma das diretrizes organizativas do SUS, regionalização do sistema de saúde, e a premissa de atuação em territórios definidos, trazida pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 1988, 2006c). Os usuários expressam, assim, suas frustrações e impotência em relação a esta situação.

[...] mas se você for procurar, ou escolher outro posto eles não vão te atender, porque você faz parte da USF, você tem que sair daqui com o tratamento pronto daqui da USF [...] não tem jeito de você escolher, então você quer ser atendido pelo cardiologista fulano de tal, só que a secretaria da saúde ela marca pra você lá, é onde cair, então não tem como falar, [...] você não tem como colocar no papel lá eu quero consultar com fulano de tal, lá no HC [...] fico frustrado, pra escolher, só no convênio particular, aí você pode escolher o que você quiser, mas o dinheiro não tem então eu calo. (Entrev.05)

Segundo um dos princípios organizacional do SUS, a regionalização leva em conta a oferta de serviços mais próximos à população a ser atendida, e assim, oferece as ações de saúde mais próximas de onde as pessoas moram e vivem, o que muitas vezes não é compreendido pelos usuários que se sentem frustrados por ficarem impossibilitados de escolher a unidade de saúde.

Os entrevistados apontaram, também, que há a possibilidade de recusar tratamento ou qualquer orientação feita pela equipe da USF, e apesar de muitas vezes, não terem recebido esta orientação diretamente, acreditam ter direito a esta escolha. Muitos relataram que nunca tiveram a necessidade de recusar, porque os profissionais esclarecem tudo sobre os tratamentos. Porém, aqueles que já o fizeram, explicam que se sentem respeitados e escutados por ter esta possibilidade.

O motivo mais relatado pelos usuários para recusar tratamento está em não concordar com os medicamentos prescritos. Explicam que recusam o tratamento indicado por desejar terapias menos medicamentosas ou pela necessidade/desejo de trocar a medicação por uma com menos efeitos colaterais, isto é, mais adequada para cada caso. Segundo os usuários, são eles quem melhor conhecem seu corpo e suas necessidades de saúde.

Tenho liberdade e já recusei [...] se eu acho que não é aquilo aí a gente conversa, e ele [médico] fez outro tratamento que deu certo. Me senti bem de decidir, porque do corpo da gente a gente é que sabe, né?
(Entrev. 28)

Ao recusar o tratamento medicamentoso para o tabagismo, a usuária esclarece que foi atendida prontamente pela equipe que acatou seu desejo e assim, foi escolhido um tratamento não invasivo. *“Tenho [liberdade para recusar ou discordar de tratamento] e já discordei. [...] não concordei, não fiz e tentamos fazer outras coisas e funcionou, fui respeitada [...]”*(Entrev.21)

A aderência do usuário ao tratamento prescrito, muitas vezes, depende do modo como é acolhido e da possibilidade deste participar das decisões de saúde, esclarecer melhor suas dúvidas e juntamente com a equipe discutir maneiras que melhor se adéqua às suas necessidades. O tratamento respeitoso da equipe aumenta o vínculo da população com a equipe de saúde e propicia uma assistência mais adequada às necessidades da população.

Outro aspecto abordado pelos usuários é a possibilidade de participar e opinar nas decisões sobre saúde e tratamento seus e de suas famílias, embora, haja no conjunto dos entrevistados aqueles que negaram opinar sobre o tratamento prescrito durante o atendimento, apontando que são leigos no assunto e por isto, não se sentem à vontade para discutir sobre isto, ou apenas, fazem o que é solicitado pelos profissionais.

Os usuários que indicam a importância de sua participação, explicam que durante o atendimento, quando há confiança e liberdade para conversar com os

profissionais da equipe, existe troca de informações com estes, que pergunta sobre tudo, isto é, sobre a família, rotina, trabalho, necessidades, desejos, problemas de saúde, entre outros.

Apontam, ainda que os questionamentos da equipe na USF durante o atendimento além de orientar sobre todas as possibilidades de terapia, também, demonstram uma atitude atenciosa e de preocupação dos profissionais com o entendimento dos usuários com as informações e orientações dadas, e com a satisfação destes referentes à conduta prescrita. *“Ah, eu consigo também passar minha opinião pra eles, tudo que preciso [...] Eles perguntam: ‘Tá bom? Tá satisfeito? Entendeu?’”* (Entrev.15).

Ainda, analisam que participar das decisões sobre seu estado de saúde, é uma expectativa que as pessoas têm com uma assistência adequada de um serviço de saúde, além de deixar o usuário satisfeito com sua solicitação atendida. *“Eu acho interessante, bom [...] Porque tem hospital que você vai e eles não pergunta nada [...] Aqui [USF], eles pergunta se eu quero perguntar mais alguma coisa e umas outras coisas.”* (Entrev.18)

A discussão da responsividade traz elementos que se fazem presentes na relação do usuário com os serviços de saúde, mediada por uma equipe que necessita ter instrumentos para ler as necessidades de saúde do usuário (NERY, 2000) e programar ações que permitam a expressão de: liberdade do usuário para aderir ao projeto terapêutico que o médico e/ou a equipe lhe propõe, participação do usuário nas decisões sobre a sua saúde ou sobre as alternativas que lhe são colocadas para seu acompanhamento e com isto opinar sobre saúde e tratamento. Assim, neste tema estiveram presentes questões como: a confiança, o vínculo necessário, a acolhida pela equipe, comunicação que permite o entendimento, a escolha por uma segunda opinião, ou seja, elementos que perpassam a relação construída no interior do serviço de saúde.

4.4. A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PROCESSANDO A ASSISTÊNCIA E ACOLHIMENTO

4.4.1. O acolhimento pela equipe da USF

Os usuários avaliaram a assistência prestada pela equipe da USF como adequada às necessidades que apresentam e com qualidade, desde a recepção, consultórios até nas visitas domiciliares realizadas mais comumente pelos ACS, mas também pelo restante da equipe da USF.

Segundo os entrevistados, toda a equipe da USF, incluindo os estudantes, realiza um atendimento adequado porque acolhe a comunidade modo atencioso, carinhoso, com respeito, atenção, sigilo e comprometimento no acompanhamento de saúde, proporcionando assim, que as pessoas sintam-se amparadas, assistidas e confiantes nas condutas prescritas, nas orientações ofertadas, possibilitando a construção ou ampliação do vínculo usuários-serviço de saúde.

Além disto, a grande maioria dos usuários relatou não demorar a conseguir agendamento de consulta ou se necessário, reiterando este aspecto já trazido anteriormente, de que os trabalhadores da USF “arrumam vaga” no atendimento eventual. Isto é, os usuários nunca ficam sem atendimento médico, e seus problemas de saúde são solucionados, mesmo não sendo considerados graves.

Vários usuários analisam que o bom acolhimento da Unidade é devido ao fato de nunca terem sido “maltratados” pelos profissionais. Ao contrário, sempre sentem ter suas necessidades assistidas e atendidas, ajudados no cuidado à saúde e tendo reduzidos seus agravos. “[...] Você sabe que o bom atendimento cura uma enfermidade né, que o mal atendimento mata mais depressa, então o que a gente precisa, e tem aqui [USF] de ser bem atendido.” (Entrev.36)

Apontam, ainda, que a proximidade com a equipe de saúde, o tratamento cordial das pessoas, sendo chamadas pelo nome e de modo atencioso auxilia na aceitação e no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família para a população.

Sou tratada fantasticamente bem. É uma relação muito próxima, mesmo. Bem essa coisa de Saúde da Família porque eu entro lá e as pessoas me chamam pelo nome, é uma relação muito legal [...] (Entrev.21)

Observamos que os entrevistados entendem que a assistência adequada prestada pela equipe à população é boa devido à “boa vontade” dos profissionais da USF, pois estes trabalham em um serviço de saúde organizado, mas com

“*espaço simples*”, demonstram satisfação e prazer com o trabalho que fazem e realizam a assistência da melhor maneira possível.

Ah, eu acho que os profissionais fazem o melhor que eles podem [...] acho que eles gostam do que fazem, estão bem motivados ali [USF], eu acho que o espaço lá é simples, mas é bem organizado e eu acho que aquilo lá tá indo bem pra frente por boa vontade deles. (Entrev.31)

O atendimento adequado e bem realizado é visto pelos usuários como “sorte” em ser bem acolhida ou ausência de queixas ou até um ato de “*boa vontade*” do trabalhador, mais um favor da equipe do que uma ação constitutiva do trabalho da equipe ou uma obrigação desta para com a sociedade. Verificamos, assim, que por vezes os usuários entrevistados não enxergam o “*bom atendimento*” como obrigação, compromisso e responsabilidade profissional da equipe de saúde, além de se constituir em direito legítimo dos usuários. Neste sentido, não seria sorte, ou ato de boa vontade ser bem acolhido no serviço de saúde, mas esperado que assim se processasse a produção de cuidados em qualquer lugar onde este usuário fosse atendido.

Souza *et al.* (2010) discutindo a percepção dos trabalhadores de uma equipe de saúde de uma unidade de emergência adulto sobre seu trabalho (objeto, instrumentos, finalidade, produto final obtido), identificaram que como instrumentos de trabalho os trabalhadores apontaram que estes não se restringem apenas aos

[...] destinados à realização de técnicas, mas questões de ordem subjetiva, como paciência, sensibilidade, ética, **boa vontade** (*grifo nosso*), que se caracterizam como habilidades pessoais necessárias para prestar uma assistência em saúde de qualidade, que podem ser peculiares do sujeito, ou desenvolvidas no decorrer de sua prática profissional. [...] (SOUZA *et al.*, 2010, p. 452).

Assim, este reconhecimento de elementos como a “*boa vontade*” também está presente no universo dos trabalhadores, que colocam este elemento, de caráter subjetivo, como aspecto necessário para que se preste atenção de qualidade ao usuário.

Segundo os entrevistados, o apoio dado pela equipe aos tratamentos dos usuários realizados em outros serviços de saúde como o CAPS – Centro de Apoio Psico- Social, HC/FMRP-USP, dentre outros, não acontece em outros serviços ou equipes de saúde. Aspecto apontado deste modo, fruto da experiência anterior destes usuários em sua busca por atendimento em outros serviços de saúde.

Além disto, muitos entrevistados compararam o atendimento prestado pelos serviços de saúde da USF e da URD que freqüentam. A grande maioria afirmou que a assistência realizada na USF é melhor, pois é feita de modo mais ágil e atencioso pela equipe. Em contra partida, o atendimento prestado na URD é mais demorado, feito de forma rápida e sem muita possibilidade do usuário expressar suas necessidades, ou seja, faltam vínculo e acolhimento adequado por parte da equipe da URD para atender as necessidades e expectativas da população. Cabe destacar que o atendimento a que os usuários, na maioria das vezes, se remetem para falar sobre a URD refere-se ao pronto-atendimento médico, realizado em esquema de 24 horas, para atendimento estrito às queixas e situações de urgência e emergência.

Como exemplo, o relato do entrevistado 36 demonstrando seu descontentamento pela falta de respeito com os usuários, situação vivenciada quando da utilização do serviço de saúde da URD. Este contou que em um determinado dia, estava cansado de esperar por atendimento à sua filha grávida na URD e acabou invadindo unidade atrás dos profissionais de saúde e, estes apenas o repreenderam por entrar daquela forma dentro da unidade e chamaram a polícia.

Eu senti indignado com aquilo lá aí eu peguei e chamei a reportagem da TV, aí quando as polícias chegou e mostrei: desde a uma hora da tarde, cadê médico. [...] Aí eu abri a porta de um consultório lá, não quiseram deixar, chamaram a polícia por causa disso, e tinha um, que eu não posso falar, afirmar se era enfermeiro ou se era médico, mas tava lendo jornal, sentado na cadeira, do lado da mesa, todo de branco. Aí ele falou: 'O que o senhor deseja?', eu falei: 'Eu tô caçando médico', ele falou: 'É, mas você não pode entrar assim', eu falei 'Posso, porque tem pessoas morrendo lá por falta de atendimento' [...] parece que chamaram a polícia por causa disso, aí eu expliquei pra polícia, falei: 'Olha, se quiser me levar preso, vocês leva, mas eu acho que vocês têm que me ajudar a chamar médico pra atender os paciente aqui'. [...] Ai eles foram embora, graças a Deus não fizeram nada comigo, e aí chegou a reportagem da TV. Não deixaram a TV entrar lá dentro pra fazer as gravação, mas após a reportagem, mandaram médico pra atender minha filha [...] Porque que não chamaram os médicos antes de fazer esse rebuliço todo comigo? (Entrev.36)

A fala aponta vários aspectos que indicam o descontentamento do usuário: o tempo de espera, a falta de informação quanto ao atendimento, a tomada de atitude pela unidade de saúde após a queixa e invasão do consultório pelo usuário, o fato da polícia ser acionada, o receio de ser punido, o alívio por não ter sido punido, o atendimento a filha grávida se processar apenas após o confronto direto com a equipe. Esta situação expõe a relação desigual entre usuários e

equipes dos serviços de saúde, no sentido de que o usuário é sempre aquele que está errado, que tem que obedecer as regras postas (formal ou informalmente pelos profissionais e serviços).

Inojosa (2005) discutindo a questão do acolhimento aponta que a saúde se faz “com pessoas e entre pessoas”, sendo que muitas vezes o usuário procura pelos serviços de saúde em situações de dor e com diversas expectativas que nem sempre são compreendidas e atendidas pelos profissionais de saúde, o que gera de forma marcante, tensões nesta relação.

Continua a autora apontando que o trabalho em saúde é

[...] antes de tudo é uma relação humana, e uma relação entre sujeitos, com suas potencialidades, limites e saberes [...] essa produção se realiza na relação entre indivíduos, entre uma família e uma equipe de saúde, entre uma população e seu sistema público de saúde (INOJOSA, 2005, p.1).

Nesta mesma direção Mishima (2003) aponta que no trabalho em saúde há o estabelecimento de relações de troca que se desenvolvem em espaços de encontro e de intervenção, denominado de “espaço intercessor”¹⁰,

[...] onde o trabalhador e o usuário expressam suas necessidades de busca de liberdade e de reconhecimento em seus papéis. Tanto o usuário como o trabalhador, buscam, ainda, a liberdade no sentido de manter sua autonomia no modo de agir, de poder decidir coisas, exercendo seu “*autogoverno*”. É um espaço onde estão presentes conflitos e contradições, de forma explícita e implícita, e que expressam nossas opções ético-morais no transcorrer do trabalho e da vida. Um sem número de exemplos em que a liberdade e a possibilidade de expressão de autonomia se fazem presentes mais na forma de desencontros que encontros, poderiam ser trazidos. O trabalhador de saúde expressa sua “*orientação*” de forma tal que pensa ser a mais correta e adequada, e nem sempre se coloca na posição de “*ouvir*” as questões trazidas pelo usuário que poderiam levá-lo a procurar uma orientação mais adequada. Do seu lado, o usuário pode decidir “*não cumprir*” a orientação, em função da compreensão dos limites das possibilidades de sua vida, mas principalmente porque a relação de atendimento não se abriu para o encontro de duas pessoas, humanas, vivas, com sofrimentos e aflições. Além disso, muitas vezes diz-se uma coisa querendo dizer outra, dadas as circunstâncias do contexto, do imaginário, da história de vida de cada um. Pode-se assim se fazer um não encontro, um não se ouvir, não se encontrar (MISHIMA, 2003, p.23-24).

¹⁰ Mishima (2003) traz que *espaço intercessor* é um termo utilizado por Merhy (1997) a partir dos estudos de Deleuze. É o espaço de relação que se estabelece entre sujeitos, onde se desenvolvem trocas e intervenções, e que sempre se conforma como único e inusitado.

Os estratos trazidos por estas duas autoras ajudam a olhar a situação trazida pelo entrevistado 36, onde sua insatisfação está marcada pela existência da tensão, dos desencontros apontados pelas autoras.

A recepção da USF é o primeiro contato desta com o usuário, e onde o processo de acolhimento do usuário se inicia. Este foi um local bastante referido pelos entrevistados. A maioria reconheceu quem são os profissionais que ficam neste ambiente: as auxiliares de enfermagem que acolhem aos usuários que chegam a USF, independente de quem seja e tentam reconhecer e atender as necessidades destes usuários; os estagiários da FUNDET¹¹ que executam atividades administrativas básicas. Algumas vezes, também se encontram na recepção alunos de graduação de diversos cursos da área da saúde, e quando necessário, as ACS e a auxiliar de serviços gerais também realiza atendimento neste local.

Segundo um entrevistado, o bom atendimento realizado na USF começa com um acolhimento adequado realizado pelas funcionárias da recepção, pois se o usuário for mal atendido ao chegar à USF, pode ficar nervoso, e no momento da consulta médica, este nervosismo pode alterar a pressão arterial e isto influenciará no diagnóstico e tratamento proposto.

[...] O atendimento da gente começa dali com as meninas que marca ali [recepção], daquele ponto ali, se elas tratar mal, vai influir lá com o médico, porque você vai ficar irritado com as respostas que ela tá te dando, te tratando mal, você vai chegar e conversar com o médico nervoso, aí sua pressão vai subir, aí perigoso o médico te dar remédio pra pressão, porque você tá nervoso. Mas só que aqui na USF, pra mim as menina que fica naquela salinha que tem telefone, computador, atende muito bem [...] eu acho que o atendimento começa ali, dali que, que se torna o carro chefe. (Entrev.05)

Contudo, vários dos usuários avaliaram que muitos profissionais atendendo e a rotatividade de trabalhadores na recepção como um aspecto negativo. Os usuários não compreendem porque o acolhimento é feito pela ACS ou por que recebem orientação de aguardar atendimento pela auxiliar de serviços gerais. Ao apontar estes aspectos, parece que os usuários estão indicando que a atividade

---

¹¹ FUNDET - Fundação de Educação para o Trabalho é ligada à Administração Municipal de Ribeirão Preto, desenvolvendo programas de aprendizagem profissional em parceria com a Prefeitura de Ribeirão Preto e o SENAC, através do PET (Programa de Educação para o Trabalho), devidamente acompanhado pela Delegacia do Ministério do Trabalho. <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/fundet/i11pbabertos.php> acesso em 11 de Julho de 2011.

de receber o usuário na USF é do pessoal de enfermagem ou de outro profissional de saúde, que não o ACS ou a auxiliar de serviços gerais.

Os usuários expressam, ainda, que o ambiente da recepção fica “*bagunçado*” e com muita conversa (barulho) quando o usuário chega para o acolhimento. Como já discutimos anteriormente, o espaço físico da USF, e especialmente na recepção, é pequeno e a presença de muitos profissionais neste local prejudica a privacidade no atendimento e atrapalha o acolhimento dos usuários.

O barulho ou excesso de conversa entre os profissionais que ficam na recepção é motivo de queixa de poucos usuários referindo que “[...] *aquele monte de gente trabalhando pra que? [...] eu acho assim, elas ficam tudo lá sentada lá na frente batendo papo, conversando, falando o que não deve ou não fazer [...]*” (Entrev.04). Assim, verificamos que esta entrevistada entende que as orientações dadas pelos profissionais da recepção são conversas, papos e não parte do trabalho em equipe na USF.

Segundo Vaitsman e Andrade (2005) e Gostin *et al.* (2003), a *comunicação* também é considerada como elemento da responsividade, sendo o profissional de saúde responsável em ouvir o usuário cuidadosamente e fornecer a este todas as explicações necessárias de modo compreensível ao usuário e dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; GOSTIN *et al.*, 2003). Nesta direção, fala dos usuários da recepção barulhenta, com os trabalhadores batendo papo, indica que a comunicação não está sendo utilizada no sentido da atenção responsável e cuidadosa ao usuário.

Os usuários demonstraram interesse em aprender sobre seu estado de saúde e explicaram que os profissionais ficam disponíveis à população em qualquer instante para orientações e esclarecimentos. Quando isto não é possível durante o atendimento, por esquecimento da queixa pelo usuário ou por vergonha em perguntar, a maioria acaba retornando à USF em outro momento, procurando pelos profissionais para questionar sobre suas dúvidas.

Apontam ainda, que são orientados pela equipe sobre qualquer necessidade de saúde, tanto dele próprio quanto de sua família. Por exemplo, sobre sinais e sintomas, exames, encaminhamentos, efeitos colaterais de medicações, tratamentos não medicamentosos, a interferência de tipo sanguíneo na gravidez, entre outros.

Eu tiro [dúvidas], eu sempre quando tava consultando eu enchia a cabeça da Dra, falava um monte de coisa, perguntava. Sim [ela respondia], porque assim eu tenho o sangue negativo né, aí ela veio falar que podia dar problema, então esse negócio eu fiquei umas três consulta só perguntando. Ela pegava aí explicava tudo, aí eu até descobri porque certo, qual que era o problema do sangue ser negativo. (Entrev.17)

Até mesmo, os usuários que contaram apenas “acatar” o tratamento proposto pelos médicos sem questionar, por não terem conhecimento suficiente para escolher sobre medicações ou tratamentos, afirmaram ser bem orientados sobre suas necessidades e dúvidas.

A entrevistada 21 explica que orientações recebidas e comunicação adequadas com os profissionais de saúde auxiliam, também, na compreensão do fluxo sistema de saúde do município. Conta que a equipe orienta a população sobre os procedimentos que não são realizados na unidade e como funcionam os encaminhamentos para especialidades.

[encaminhamento para especialidade e exames] Na realidade, a gente procura a USF e a USF que faz pela gente. Né! Encaminham. E fala: Oh.. aqui não funciona [...] Então, a gente já aprendeu que pode passar por lá, que se não ... não resolvendo aqui, eles vão me encaminhar para outro lugar rapidinho [...] Eu já fui encaminhada para URD, minha irmã para o Serviço X (serviço de referência secundária estadual), já fomos encaminhados para o HC, mas sempre a USF em primeiro lugar. A gente respeita esta hierarquia, precisou, vai lá. (Entrev.21)

Os usuários afirmam, ainda, que sempre perguntam o que os incomoda e nunca ficaram sem esclarecimento. Esta interação usuário – serviço de saúde cria possibilidade tanto para esclarecimentos durante o atendimento como para a construção de um relacionamento próximo e confiável com a equipe da Unidade.

4.4.2. A composição da equipe e o trabalho de cada agente da ESF

A USF é constituída por uma equipe multiprofissional definida pelo Ministério da Saúde, da qual se espera que possa articular um conjunto de saberes, proporcionando assim, sustentação à prática de saúde. Desta forma, a equipe deve ser composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e 5 a 6 ACS (BRASIL, 2001). Na USF cenário da pesquisa, esta composição mínima da equipe se mantém, contudo tem-se a presença de estudantes de vários cursos da área da saúde, além de residentes de Medicina de Família e Comunidade.

Quanto ao profissional médico, os usuários apontaram satisfação com a assistência prestada e proximidade com este profissional, ressaltando o modo atencioso, cuidadoso, bons de escuta e preocupação em esclarecer as dúvidas e orientar a população.

Entretanto, alguns pontos de insatisfação com o atendimento deste profissional também foram citados, como por exemplo, impaciência com a demora para o diagnóstico e prescrição de tratamento. Segundo os usuários isto gera insegurança e angústia pela falta de uma resolução imediata para a situação. Ou seja, alguns entrevistados não concordam em aguardar a evolução do quadro sem um tratamento medicamentoso, uma vez que acreditam que o tratamento é sinônimo de uso imediato de medicações. Cabe destacarmos que, esta postura assumida por parte dos usuários, tem como ponto de partida a própria organização do sistema de saúde, que em seu modelo de atenção, prioriza o atendimento imediato, de caráter medicalizante, curativo e individual.

Além disto, outro fato encontrado nos relatos como fator de insatisfação foi a mudança no quadro dos profissionais médicos da USF, que deixou de contar com o trabalho de 4 residentes médicos, ficando na unidade apenas o médico contratado. Alguns usuários mostraram-se indignados, descontentes e desassistidos pela ausência de médicos na USF, pois o atendimento ficou um pouco mais demorado. *“Olha a gente fica indignado [...] É ruim, fica uma sensação muito triste [...] eu vou procurar um médico e demora pra atender.” (Entrev.36)*

A enfermeira é apontada como a profissional referência da USF para a população, porque acolhe, orienta, tenta resolver as necessidades da população, além de atender de modo ágil e eficaz os usuários.

Eu converso muito com a Fulana, ela me orienta sempre [...] eu pensava que ela comandava a USF, porque a gente chega lá e já dá de cara com ela, e ela já resolve o problema bem rápido [...] (Entrev.14)

Em várias entrevistas, os usuários referiram a enfermeira como a “diretora, administradora ou responsável pela USF” e relataram que procuram a esta para conversar sobre problemas particulares, sentem-se seguros com o modo como são acolhidos e demonstram uma relação de amizade com este profissional.

As ACS foram avaliadas como profissionais prestativas, atenciosas, demonstram gostar do que fazem e de participar do atendimento prestado à

população, conhecem todos pelo nome, estão próximas da comunidade, acolhem e atendem a população com agilidade e pouco tempo de espera, questionam e orientam adequadamente a população, acompanhando a saúde de todos os membros da população.

Assim, parece que a comunidade reconhece a importância do papel do ACS como um profissional de saúde capaz de identificar as necessidades, expectativas e desejos da população adscrita nesta USF, fazendo o elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, pois aproxima os usuários do serviço, ajuda os profissionais no atendimento à saúde da população. *“É, eu acho que o agente é o elo de ligação da comunidade com a USF [...] o agente tá ali pra cutucar, é a passarela do usuário até a USF.” (Entrev.21)*

Segundo uma usuária, o papel do ACS na comunidade é muito importante e diversificado. Para famílias com melhores condições financeiras, sociais e culturais, o ACS realiza visitas para “cutucar” (fazer lembretes sobre vacinas e consultas) e “administrar” a relação dos usuários com o serviço de saúde. Já com as famílias mais carentes, o ACS desenvolve um trabalho de orientação, educação e conscientização sobre saúde.

No meu caso ela vem para cutucar e administrar a nossa relação com a USF, para me lembrar mesmo ... é lembrar de vacina, que eu nem imaginava que eu precisasse tomar vacina, ela lembra. Ela vem nas consultas, antes das consultas para avisar que tem consulta, então pra gente funciona de uma maneira. Agora, na comunidade aqui, eu acho que é PRIMOOORDIAL (ênfase), é essencial, porque a realidade do quarteirão da esquina de cima pra baixo, a realidade é outra completamente diferente. Dalí pra baixo, eu acho que é um trabalho muito duro, muito difícil de conscientização, de educar essa galera mesmo, é muita criança, é muita mãe, criança, então é fundamental, na minha opinião é fundamental [...] (Entrev.21)

A valorização deste profissional também se deve ao fato de que seu trabalho é realizado, segundo os entrevistados, com o mesmo carinho e compromisso para qualquer família, independente do lugar ou modo como é atendida pela população, tanto dentro da casa, ou no portão ou até não são atendidos. Assim, percebemos que o sucesso do trabalho do ACS depende deste cativar e conquistar a confiança da população. Apontam, ainda, que as ACS são conhecidas da população, pois moram perto dos usuários e permitem que estes desabafem com elas, e sempre estão disponíveis a ajudá-los a resolver seus problemas de saúde.

Porém o trabalho do ACS, ainda está muito focalizado ao agendamento de consultas médicas, às ações e informações sobre os períodos de atendimento da USF e às consultas médicas. Segundo os usuários, o ACS contribui neste aspecto, pois na impossibilidade do usuário ir até a unidade marcar atendimento, a ACS auxilia este serviço. Este mesmo aspecto foi identificado no estudo de Sakata (2009).

Esta autora (SAKATA, 2009) discute o papel do ACS como elo e laço de ligação entre o serviço de saúde e as famílias no território, colaborando com aspectos que são também de sua vivência como morador da área e vivenciando por vezes as mesmas situações e dilemas do conjunto dos usuários atendidos na unidade de saúde.

Entretanto, apenas dois usuários consideraram de pouca a importância do ACS no acompanhamento de saúde de suas famílias. Como exemplo, uma usuária aponta que a visita domiciliar muitas vezes não ocorre, pois não fica em casa esperando esta, ou quando a ACS passa, está dormindo e não vê necessidade em receber este tipo de visita.

Outro usuário refere que o trabalho deste profissional é bem realizado, sem falhas e quando não está em casa, a ACS deixa um recado que passou em sua casa. Apesar disto, considera o papel deste trabalhador desnecessário e de grande gasto para a equipe e a população, porque os agendamentos na USF são realizados e dificilmente necessitam ser remarcados. E assim, o ACS fica sem função para o usuário.

[...] eu acho que esse trabalho comunitário, é só um gasto a mais que essa Unidade tem, eu acho que é uma coisa desperdiçada, não tem necessidade não. Se a gente marca, toda vez que marca, toda vez que marca eles atende, dificilmente muda, então eu acho que não tem necessidade de agente comunitário. (Entrev. 19)

A profissão do ACS foi criada recentemente, em 2002, segundo a Lei Federal nº 10.507/2002. Como critério estabelecido para contratação, o ACS deve residir na área de abrangência que atua na ESF, para que este seja reconhecido pela população como integrante da equipe, que auxilia na promoção, prevenção e assistência à saúde; e também como membro da comunidade, capaz de “traduzir a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites” (BRASIL, 2006e), “enxergando” assim, as verdadeiras necessidades da

comunidade. Assim, a população ainda está se “acostumando” com o papel deste profissional e sua importância.

Alguns usuários reconhecem que o papel da USF é oferecer acompanhamento para os usuários, visando o contexto familiar, ações preventivas, orientações sobre saúde e doença e encaminhamento para tratamentos de saúde.

[papel da USF] ... eu acho que o papel do Unidade de saúde da família, é ele oferecer um acompanhamento de saúde preventiva, orientando sobre algumas doenças e encaminhando as pessoas para o tratamento de, de algumas doenças assim que fossem descobertas pras especialidades né, mas eu acho que lá não é o lugar pra ser tratada a doença [...] (Entrev.31)

Contudo, segundo o trecho acima, a usuária enfatiza que a USF não é local para tratamento de doenças, atendimento das dores, sofrimentos, doenças, as ações mais complexas ou de emergência no tratamento, pois o local de atendimento nestes casos é a URD, e não a USF. Assim, a população ainda demonstra uma visão do serviço de saúde como um local de caráter biomédico, curativo, individualizante e fragmentador de ações, e assim, ainda consideram o papel do ACS “desnecessários” para a assistência de saúde. Porém, a proposta da ESF que visa a indissociabilidade entre as ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2001, p.5), temos que o ACS é indispensável na realização das ações para a comunidade.

4.4.3. Outros trabalhadores presentes na USF

Como a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde para a ESF se constitui com o médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ACS, outros profissionais muitas vezes são pouco lembrados pelos usuários, e assim, muitos entrevistados não se recordaram ou desconheciam a presença destes outros profissionais presentes na USF. Apesar disto, cabe destacar alguns relatos sobre outros profissionais que prestam assistência nesta equipe de saúde.

Cabe destacar que a presença de outros profissionais nesta USF ocorre, pois esta é uma unidade de saúde de caráter acadêmico, com a presença de supervisores e alunos de diferentes cursos da área da saúde.

O dentista é um profissional bastante solicitado e procurado pelos usuários desta USF. Estes recordam que a assistência prestada é de caráter preventivo e de promoção à saúde e muitas vezes, ligada ao ensino com a presença de estudantes que cursam Odontologia na USP. Assim, como já citado, o dentista, bem como os alunos de Odontologia, não realizam aplicação de tratamentos na USF, mas atividades educativas e aquelas que implicam em avaliação de risco, e por isto, os usuários são encaminhados para atendimento curativo na URD.

Apesar disto, alguns usuários relataram que o profissional dentista da USF presta assistência adequada de forma atenciosa, educada, cuidadosa, preocupada com as necessidades das famílias e muitas vezes, realiza visitas domiciliares para pacientes impossibilitados de comparecer a USF ou para ações preventivas.

[...] a dentista, ela veio aqui ver meu marido, veio fazer a avaliação dele pra ver se o câncer de boca tudo porque ele é acamado [...] Muito bom, a Cíclana é uma benção. É uma dentista e tanto viu, pra rede pública, nossa, ela é nota 10 mesmo, muito boa, muito atenciosa, muito educada, ela perde tempo assim, perguntando tudo as coisas. (Entrev.19)

A USF estudada também conta com uma equipe de profissionais que cursam residência multiprofissional na USP, sendo que esta formação se destina para profissionais de várias áreas como nutricionista, farmacêutico, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Entretanto, apenas três (3) usuários relataram experiências com estes profissionais, e referiram que estes realizam assistência na USF, visitas domiciliares e orientam os usuários em suas necessidades, proporcionando ações de saúde que visam à melhora no quadro geral dos usuários atendidos.

[...] tem um farmacêutico que ele vem aqui [residência], organizar os remédios, porque já não sabia mais organizar os remédios tudo, aí ele trouxe os potinhos. [...] a fisioterapeuta já me atendeu muito bem lá na USF, me orientou bastante. (Entrev.25)

Assim, pudemos verificar que a avaliação dos usuários entrevistados em relação ao cuidado prestado pela a equipe da USF é positiva e aponta satisfação no modo acolhedor, atencioso e comprometido com que são atendidos e cuidados neste serviço de saúde. Além disto, o fato de conseguirem atendimento sempre que procuram o serviço, favorece a aprovação destes sujeitos a estratégia Saúde da Família, ou melhor, ao serviço de saúde em que são atendidos, e que se encontra organizado no modelo da Saúde da Família.

Consideram que a assistência adequada está além do comprometimento da equipe de saúde com o próprio serviço, mas é resultado do vínculo construído na tríade usuário – profissionais - unidade de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver este estudo abordando uma temática recente, pouco divulgada no contexto brasileiro e com apenas um estudo de campo realizado em nosso território nacional foi um desafio. A aproximação com a literatura internacional possibilitou um primeiro contato com o conceito da responsividade, bem como a sua utilização e importância no processo de avaliação dos sistemas de saúde.

Embora a OMS (2000) tenha proposto uma metodologia de caráter quantitativa que vem sendo aplicada em diferentes realidades sociais, econômicas e culturais, diversas do cenário brasileiro onde se tem um sistema de saúde universal, consideramos neste estudo, a necessidade de aprofundar os aspectos subjetivos e singulares em relação às dimensões da responsividade e não apenas quantificá-las.

Assim, elaboramos um instrumento de avaliação da responsividade voltado para a Saúde da Família, que é uma estratégia de organização da Atenção Básica presente em todo território nacional. Este instrumento abordou pontos em que os usuários puderam avaliar a assistência prestada por este tipo de serviço de saúde, bem como a questão do cumprimento ou não de seus direitos à atenção de saúde de qualidade.

A construção de instrumentos de avaliação da satisfação do usuário que analisem as diferenças sociais e culturais e as distintas formas de utilização dos serviços são práticas recentes e desafiadoras, pois precisam captar a visão dos usuários quanto à qualidade dos serviços de saúde, e ainda, dependem de recursos e comprometimento para que o monitoramento possa ser realizado constantemente e possibilitar melhorias efetivas nos serviços (ANDRADE; VAITSMAN, FARIAS, 2010). Além disto,

[...] os custos das pesquisas de satisfação do usuário nem sempre são vistos como compensadores do ponto de vista dos dirigentes das organizações, que podem considerar, entre outras coisas, a avaliação pelos usuários secundária em relação à dos especialistas, por envolverem mais aspectos subjetivos do que objetivos (ANDRADE; VAITSMAN 2010, p.525).

Andrade, Vaitsman e Farias (2010) introduziram uma metodologia de construção do Índice de Responsividade do Serviço (IRS) com a elaboração de um conjunto de indicadores que compõem a temática da Responsividade, na perspectiva dos usuários de um serviço de alta complexidade. Os autores ressaltam que

[...] qualquer metodologia por mais que parta de certos pressupostos e categorias teoricamente justificadas, sempre deverá adequar-se ao seu contexto de aplicação. Ainda que a categoria responsividade possa, teoricamente, ser usada para explicar certas dimensões de qualquer serviço de saúde, os instrumentos de pesquisa deverão ser capazes de captar o que é específico de determinados contextos e traduzir essa especificidade em variáveis correspondentes (ANDRADE; VAITSMAN, FARIAS, 2010, p.533).

Assim, cabem aqui algumas interlocuções de nossa investigação com este IRS desenvolvido por Andrade, Vaitsman e Farias (2010), uma vez que o estudo de IRS não considera na composição do IRS o aspecto *escolha*, devido à baixa possibilidade deste item ocorrer nos serviços públicos de saúde. Porém, observamos o questionamento deste aspecto importante para a expressão dos usuários e avaliação destes sobre a possibilidade, mesmo que limite em escolher os profissionais e serviços de saúde para o atendimento. Os usuários apontaram que não desejam escolher outro serviço para acompanhamento de saúde, mas apontam insatisfação quanto à impossibilidade de opinar sobre os encaminhamentos para especialistas e exames.

Andrade, Vaitsman e Farias (2010) avaliam que o valor do IRS para agilidade, que no presente estudo abordamos como acesso, diminuiu conforme aumentou a escolaridade, ou seja, quanto maior a escolaridade, pior foi a avaliação da agilidade do atendimento. Diferentemente, observamos que o ponto de insatisfação em relação ao acesso, analisado na presente pesquisa, deve-se, mais incisivamente, à falta de recursos tecnológicos na USF, e não à agilidade para o atendimento ser processado.

Considerando os objetivos propostos deste trabalho, encontramos que os usuários da USF manifestam satisfação com as dimensões abordadas na temática da responsividade. Além disto, a avaliação da satisfação mostrou que a qualidade do serviço de saúde depende em grande da articulação destas dimensões e do modo como elas se apresentam (juntas ou separadas) e se complementam. Ou seja, compreendemos que um serviço que não responde adequadamente à dimensão da dignidade, pode apresentar um acesso ágil e facilitado, e mesmo assim não será devidamente avaliado positivamente.

Neste trabalho, discutimos as dimensões da satisfação de necessidades sociais diferentemente do proposto pela OMS (2000), visto que, este aspecto nos

estudos internacionais encontra-se está bastante voltado para as necessidades sociais de usuários nos serviços hospitalares. Porém, para Saúde da Família, identificamos que as necessidades de saúde são inúmeras e diferenciadas a cada atendimento, considerando a complexidade que se faz presente nos serviços de saúde da Atenção Básica. Neste sentido, de um modo geral, os entrevistados manifestaram-se positivamente frente à preocupação e cuidado da equipe de saúde com as necessidades e dificuldades da população presente no território da USF e que utiliza deste serviço de saúde.

Durante todo o estudo, as sugestões apontadas (direta ou indiretamente) pelos usuários foram discutidas, sendo mais evidentes os pontos negativos que precisam ser melhorados. Como é o caso da insatisfação bastante expressa na dimensão das amenidades básicas, ou seja, do ambiente da USF, pois há pouco investimento e cuidado com a infraestrutura física, além de inadequação destes espaços as necessidade e expectativas da população. Como sugestões, os entrevistados apontaram a importância de um ambiente mais espaçoso, conservado, arejado e com condições de higiene e limpeza melhores e um mobiliário mais confortável e digno ao cuidado em saúde.

A escassez de tecnologias e procedimentos, bem como a impossibilidade de escolha dos serviços de saúde e profissionais no encaminhamento de especialistas e exames, também foram avaliados como pontos falhos e causadores de descontentamento e insatisfação. Os entrevistados apontaram o desejo de realizar todo o cuidado na USF e expressam uma grande expectativa de poder escolher o destino de seus encaminhamentos.

Os resultados encontrados nos permitem afirmar avanços na avaliação da estratégia de Saúde da Família como um serviço de saúde próximo e acessível à população, que acolhe, cuida e acompanha a saúde dos usuários, de sua família e cria vínculos com a população. Os entrevistados avaliaram que a equipe da USF respeita seus direitos, por meio de uma assistência atenciosa e cuidadosa às suas necessidades e desejos, assegurando a participação e liberdade nas decisões e escolhas de tratamento, garantindo a confidencialidade e privacidade dos dados e permitindo que as pessoas se sintam acolhidas e respeitadas no serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, F.T.M; NICHATA, L.Y.I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa de saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saúde Soc.** V.17, n.2, p. 140-152, 2008.
- AKERMAN, M.; NADAVOSKY, P. Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o quê? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 4, p.361-365, out/dez, 1992.
- ALMEIDA, P. F. de *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 2, fevereiro, 2010 .
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v.9, n.12, p.39-52, set/2004/fev.2005.
- ANDRANDE, G.R.B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L.O. Metodologia de elaboração do índice de responsividade do serviço (IRS). **Cad. Saúde Pública.** v.26, n. 3, p. 523-534. mar, 2010.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; *et al* (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2º ed. São Paulo: Hucitec; 2006. Cap. 25. p. 783-835.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1995, 225p.
- BARROS, R.M.M.; FONTINELE, R.S.S.; SEYFFARTH, A.S. Intervenção nutricional em grupo de moradores atendidos pelo Programa Família Saudável. **Comun. ciênc. saúde;** v. 18, n. 3, p.207-214, jul.-set. 2007.
- BERNHART, M.H.; WIADNYANA, I.G.P.; WIHARDJO, H.; POHAN, I. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine** , vol.48, n. 8,;p.989-996, 1999.
- BERQUÓ, E.S. *et al.* **Bioestática.** São Paulo, EPU,1981.
- BLENDON, R.J.; KIM, M.; BENSON J.M. The public versus the World Health Organization on health system performance. **Health Affairs**, vol.20, n.3, p.10-20, 2001.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. **Diário Oficial de União**, 20 de Setembro de 1990. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. 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**,.: ESCOREL. S, GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H., MAGALHÃES, R., MAIA, M.C., Brasília: 2002.

_____. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006), v. 4, 76 p.

_____. **Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006c, – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006), v. 4, 60 p.

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006d. p 32.

BRASIL. Departamento de Atenção à Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. 2. ed. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CAMARGO, C.B. **O construcionismo social no contexto da estratégia saúde da Família: articulando saberes e práticas**. 2007. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.9, n.1, p. 139-146, 2004.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**. vol.26, n.4, p. 725-737, 2010.

DARBY, C.; VALENTINE, N.; MURRAY, C.J.L.; De SILVA, A.. **Strategy on measuring responsiveness**. GPE discussion paper series: nº. 23. Geneva: World Health Organization. WHO document EIP/GPE/FAR. 2000. p 23

DE SILVA, A.; VALENTINE N. **Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries**. GPE discussion paper series: n. 21. Geneva: World Health Organization. WHO document EIP/GPE/FAR. 2000. p. 41.

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

_____. The quality of care – How can it be Assessed ?, **The Journal of the American Medical Association**, vol. 260, n. 12, p.1743-1748, november, 1988.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, vol.114, n. 11, p. 1115 – 118, november,1990.

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. Unidade 3, Texto de apoio da unidade 1, p. 114-120.

FERREIRA, J.B.B. Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde. Ribeirão Preto, 2007. 161f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

FERRI, S.M.N. *et al.* Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

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

GAIOSO, V.P.; MISHIMA, S.M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto contexto - enferm.** vol.16, n.4, p. 617-625, 2007.

GARCIA, M.A.A. *et al.* . Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. Abril, p. 175-182, 2006.

GOSTIN, L.; HODGE, J.R.; VALENTINE, N.; NYGREN-KRUG, H. **The Domains of Health Responsiveness – A Human Rights Analysis**. **Health and Human Rights Working** GPE discussion paper series: n. 2. Geneva: World Health Organization. WHO document EIP/GPE/FAR. 2003. p.13.

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.

INOJOSA, R.M. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de La Administración Pública, Chile, 18-21 Oct. 2005.

http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf Acesso em 11 de Julho de 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria de Assuntos Estratégicos. **SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social**: saúde. Brasília: Presidência da República, fevereiro 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6186&Itemid=33. Acesso em: 1 2011

JUNQUEIRA L.A.P.; AUGÉ A.P.F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. In: **CAD. FUNDAP** – Qualidade em saúde. Jan-Abr, n.19, São Paulo, 1996, p. 60-78.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A.M.; IRAZOQUI, M.C.; CAMPOS, V.P.G. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**, 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**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1998.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M.; PEREIRA, M.J.B.; ALMEIDA, M.C.P.; Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 17, n.6, p. 1001-1008, 2009.

MEDEIROS, G.A. Por uma ética na saúde: algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 1, p.30-37, março, 2002.

MENDES, E.V. (org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994.

_____. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

_____. **A Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Coletiva do Ceará, 2002. 89 p.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou favor? **Saúde em Debate**, v.26, n.60, p. 118-122, jan/abr, 2002.

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/Buenos Aires: Hucitec/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. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120

MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 5.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2008.

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.** Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2003.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, F.H.; *et al.* Assistance in family health from the perspective of users. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** vol.18, n.3, pp. 436-443, 2010.

MISHIMA, S.M.; PAULA, V.G. *et al.* (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm USP.** vol.44, n.3, pp. 766-773, 2010.

MORAIS, I.M. Vulnerabilidade do doente *versus* autonomia individual. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.10, suppl.2, p. 331-336, 2010

NERY, A.A. **Necessidade de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié – BA:** em busca de uma tradução – SP. 2006. 153f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

NETO, O.C. O trabalho de campo descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 22. Ed. Petrópolis: Vozes. 2003, p. 51-66.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 2000. **The World Health Report – Health Systems:** Improving Performance. Disponível em <www.who.int/whr/en/>. Acesso 26 de março de 2010

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Documento de posicionamento da Organização Pan – Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS, 2008 p. 29.

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

ROSA, R.B. **A doença não marca hora, não marca dia: acolhimento e resolutividade em uma equipe de Saúde** – Porto Alegre, 2006. 121p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, 2006.

REGO, M.A.B.; NAKATANI, A.Y.K.; BACHION, M.M.. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Rev. gaúch. enferm.** v. 27, n. 1 p. 60-70, março, 2006.

RIBEIRO, P.T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 12, n. 6, dezembro, 2007 .

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

SOARES, N.V. **A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar**. – Porto Alegre, 2010. 104f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, 2010.

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.

SOUZA, S.S.; COSTA, R.; SHIROMA, L.M.B.; MALISKA, I.C.A.; AMADIGI, F.R.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf**; v.12 n.3 p. 449-55, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a05.htm>. Acesso em 10 de julho de 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

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.

TRAVASSOS, C.; BUSS, P.M. O polêmico relatório da Organização Mundial de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 890 -891, Dezembro, 2000.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. 4º ed. São Paulo. Atlas, 1987. p. 91-114

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, jul/set, 2005.

VAN STRALEN, C.J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, supl. 1, p. 148 – 158, 2008.

VUORI, H. Texto apresentado originalmente com o título “**Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde**”, no Seminário de avaliação dos serviços de saúde – Aspectos metodológicos, OPAS, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, novembro (21 a 25) de 1988. Tradução: Maria José Lindgren Alves.

Apêndice 1

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA ¹²

Roteiro para Entrevista

Entrevistador: _____ Entrevista nº: _____ Nº Família _____

Entrevistado: _____

Endereço: _____

Data: _____ Início: _____ Fim: _____

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. incompleto ( ) fundam. completo ( ) médio incompleto

( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) PG incompleto

( ) PG completa

8. Atualmente você está trabalhando?

( ) Não (do lar ?) ( ) desempregado ( ) aposentado ( ) afastado

( ) Outro tipo: _____

( ) Sim → Ocupação: _____

9. Renda familiar

( ) nenhuma ( ) R\$511,00 à R\$1020,00 ( ) R\$2041,00 à R\$2550,00

( ) até R\$350,00 ( ) R\$1021,00 à R\$1530,00 ( ) mais de R\$2550,00

( ) R\$351,00 à R\$510,00 ( ) R\$1531,00 à R\$2040,00

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 ( ) consulta médica ( ) consulta de ( ) grupos educativos ou de
agendada eventual / urgência enfermagem convivência

¹² Instrumento produzido e utilizado no estudo de GAIOSO (2007).

GAIOSO, V.P. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2007. Dissertação [Mestrado], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

( ) procedimentos em geral (controle de PA, glicosimetria, curativo, medicações, etc)

( ) visita domiciliar

( ) outro

(especificar): _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Temas a serem abordados	Questões disparadoras da entrevista
1. Instalações e Ambiente Físico: - limpeza (Unidade - roupas e arredores) - manutenção predial; - adequação dos móveis; - cheiros, ruídos, iluminação - espaço físico (tamanho e disponibilidade sala) - trânsito interno (acesso a deficientes físicos, carrinhos de bebê, cadeira de rodas)	Como você vê a aparência da USF? Você pode me contar sobre: - a limpeza - a mobília - iluminação, ventilação, ruídos, cheiros Como é o espaço dos ambientes da USF? Tem rampas?
2. Dignidade: - respeito por parte dos trabalhadores - atenção aos direitos do usuário - possibilidade de expor preocupações e necessidades (item 7 - comunicação) - cuidado em relação à privacidade (item 5 - confidencialidade)	O que você acha da assistência prestada? Como você é tratado na USF? Você se sente respeitado? Seus direitos de usuários respeitados? Fale sobre seu relacionamento com a equipe da USF?
3. Atenção Imediata: - unidade geograficamente acessível - horário de atendimento - acesso a atendimentos agendados - acesso a atendimentos eventuais - tempo de espera para atendimentos - acesso a especialistas e exames - acesso a medicações e procedimentos (vacinas, curativos, coleta de exames) - dispensação de medicamentos - qualidade e quantidade de equipamentos (aparelhos de medir pressão, glicemia, balança)	O que você acha da distância da USF à sua casa? Quanto tempo você leva até lá? Você consegue atendimento sempre que procura o serviço? Quanto tempo demora? Como são os equipamentos disponíveis na USF? Citar os tipos de equipamentos? Do que você sente falta na USF? Citar: vacinas, curativos, coleta de exames, medicamentos? Quando você precisa de alguma atividade que não tem na USF, o que você faz?
4. Escolha: - possibilidade de escolher os profissionais de saúde - acesso a uma segunda opinião - possibilidade de escolher o profissional de sua preferência; - possibilidade de escolher a unidade de saúde de sua preferência; - possibilidade de escolher um especialista de sua preferência.	Você já desejou ser atendido por outro profissional (diferente aquele que te atende) na USF? Você já desejou procurar uma segunda opção para discutir sobre sua saúde? (diagnóstico e tratamento) Você já desejou escolher outra Unidade de saúde ou outro especialista?
5. Confidencialidade: - manter a privacidade protegida em consultas, arquivos ou qualquer atividade realizada na USF. - informações preservadas pela equipe e não colocadas fora do contexto da atenção	Durante o atendimento, você sente confiança nos profissionais que o atende? Sente-se seguro e confia no sigilo das informações dadas?
6. Autonomia: - informação sobre as opções de tratamento	Durante seu atendimento, você consegue contar ao profissional o que você sente?

- permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento - discute com o profissional de saúde, e é encorajado a questionar. - liberdade e oportunidade de discutir as dificuldades; expressão da preferência quanto ao tratamento; - poder recusar o tratamento - ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes.	Os profissionais perguntam sua opinião sobre o que você deseja para uma vida saudável/tratamento? Você participa nas decisões sobre sua saúde? Como isto ocorre? Você tem liberdade para recusar ou discordar do tratamento?
7. Comunicação: - ser ouvido - receber explicações claras e adequadas - tempo suficiente para esclarecer dúvidas.	Você consegue esclarecer suas necessidades durante seu atendimento? Você sente que os profissionais da USF escutam suas necessidades? Como isto acontece? Este tempo é adequado a você?

ROTEIRO COM ELEMENTOS SOBRE RESPONSABILIDADE

Dimensões da responsividade
1. Dignidade   - respeito por parte dos trabalhadores da unidade de saúde;   - atenção aos direitos do usuário;   - possibilidade de expor suas preocupações;   - cuidado em relação à privacidade nos exames ou tratamentos
2. Autonomia   - possibilidade de discutir questões sobre tratamento com a equipe/profissionais;   - possibilidade de recusa do tratamento;   - possibilidade de aceitar o tratamento proposto;   - liberdade e oportunidade de discutir as dificuldades; expressão da preferência quanto ao tratamento;   - consentimento para a realização do tratamento.
3. Confidencialidade   - privacidade protegida;   - informações preservadas pela equipe e não colocadas fora do contexto da atenção;   - não exposição dos registros do usuário.
4. Atenção Imediata   - acessibilidade (em suas diferentes dimensões) aos serviços de saúde;   - acessibilidade aos serviços de urgência e emergência;   - tempo de espera para marcação de atendimentos em geral (consultas médicas, de enfermagem, etc).
5. Escolha   - possibilidade de escolher o profissional de sua preferência;   - possibilidade de escolher a unidade de saúde de sua preferência;   - possibilidade de escolher um especialista de sua preferência.
6. Instalações e ambiente físico   - limpeza;   - manutenção predial;   - adequação dos móveis;   - acesso para deficientes.

APÊNDICE 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A ENTREVISTA**

Eu, Ana Carolina Campos, RG MG-8.982.278, CPF 056.683.576-27, aluna de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo estou realizando um estudo intitulado *Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade*, com o objetivo de analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto – São Paulo sob a perspectiva da responsividade, considerando suas dimensões constitutivas. Este estudo está sendo desenvolvido sob a orientação da Professora Doutora Silvana Martins Mishima.

Desta forma, convidamos você para participar dessa pesquisa. Sua colaboração se dará participando da entrevista que será realizada com os usuários das Unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste de Ribeirão Preto - SP. As entrevistas serão realizadas em horário e local a serem combinados, de preferência em seu domicílio ou em outro lugar a depender de seu consentimento e de sua preferência.

Esclareço que:

- As entrevistas se constituem em uma conversa mais focada em um assunto, no caso o assunto abordado será a satisfação quanto aos serviços de saúde.
- Sua participação é voluntária e há liberdade para retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento da realização da mesma, sem sofrer qualquer prejuízo.
- As entrevistas serão conduzidas pelos pesquisadores responsáveis, serão áudio-gravadas para serem posteriormente transcritas.
- Os dados desse trabalho serão utilizados somente para esta pesquisa, ficarão sob a guarda da pesquisadora e mantidos em segredo. Assim, na divulgação dos resultados deste trabalho, em eventos e revistas científicas, não haverá a identificação dos nomes dos participantes.
- Nada além do que está sendo explicado será feito e não há riscos ou outras despesas por você estar participando dessa pesquisa.
- Ao final da pesquisa, se for de seu interesse, você terá livre acesso aos resultados da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Ao aceitar a participação nesta pesquisa, você receberá uma cópia deste termo de consentimento assinado por mim e por você.

Agradecendo sua colaboração me coloco à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Profa Dra Silvana Martins Mishima

Orientadora

Professor Titular junto ao Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – SP.

Telefones para contato com o pesquisador: (16) 36023951,
smishima@eerp.usp.br

Ana Carolina Campos

Pesquisadora – Aluna de Pós - Graduação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP,
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – SP.
Telefones para contato com o pesquisador: (16) 3602-
3951 ou 3602-3391

carolcampos@usp.br

Eu _____ portador do RG _____
_____ aceito participar voluntariamente dessa pesquisa, após ser esclarecido sobre o objetivo da mesma, como será feita a coleta dos dados e como será a minha participação. Estou ciente dos meus direitos.

Ribeirão Preto, ____ / ____ / ____

_____ (Assinatura)

ANEXO

	FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Teresina, 690 - CEP: 14055-380 Ribeirão Preto - SP Telefone PABX (0**16) 633-2331-4480 FAX (0**16) 6332331	

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.

Ribeirão Preto, 11 de agosto de 2010.

Of. Nº. 179/10/COORD.CEP/CSE-FMRP- USP.

Prezada Senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião, realizada em 10 de agosto de 2010, analisou e apreciou o parecer, referente ao projeto de pesquisa: "Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsabilidade", protocolo nº.400/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª e que será desenvolvido pela pesquisadora: Ana Carolina Campos, Mestranda em Enfermagem, em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, foi **aprovado ad-referendum**.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP, o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem, Materno Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.