Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia e Educação
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários

ELLEN TAHAN-SANTOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso

Ribeirão Preto
2011

ELLEN TAHAN-SANTOS

Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Tahan-Santos, Ellen

Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários. Ribeirão Preto, 2011.

133 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP. Área de Concentração: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família.
3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Satisfação do usuário.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tahan-Santos, Ellen

Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*À minha família,
por todo o apoio nessa caminhada.*

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof^a. Dr^a Carmen Lúcia Cardoso, pela disponibilidade em estar comigo, desde a graduação até este momento. Agradeço suas palavras que me ajudaram profissionalmente, mas principalmente pelos momentos de conversa e atenção que me possibilitaram ampliar o meu olhar sobre o mundo e as pessoas. Carmen, você é admirável e eu agradeço pelos nossos encontros repletos de aprendizagem para a profissão e para a vida.

A meus pais, Gilda e Wisner, pelo apoio e amor durante todos estes anos, a felicidade por me verem vencer cada obstáculo e por me ensinarem a continuar caminhando. Por me mostrarem que os sonhos se tornam realidade.

Ao Daniel, meu amor, marido, companheiro, agradeço pela paciência, pelo apoio, pelo carinho e pela nossa vida juntos. Obrigada por me fazer tão feliz.

A minha irmã Jenni, por cuidar de mim, mesmo sendo eu a mais velha, pelo amor e pela amizade.

Ao meu irmão Wisner, pelo carinho e por me mostrar que a vida é repleta de possibilidades.

Aos meus tios, tias, avós, avôs, primos e primas por estarem sempre presentes em minha vida com tanto amor e carinho, por torcerem por mim e vibrarem com minhas conquistas.

Aos meus amigos do Centro de Atenção à Saúde Mental de Orlândia, em especial à Lucimara e Adriana, pela compreensão e auxílio, que viabilizaram a realização desta pesquisa.

A minha amiga Viviane, por toda a gentileza e pela disponibilidade em ajudar-me. Obrigada pelas dicas, informações e pelos pensamentos positivos.

Aos amigos da infância e de hoje, pela amizade, tão preciosa nos momentos difíceis e tão querida nos momentos de alegrias.

À Dr^a Trude Franceschini e à Adriana Mafra Brienza, por todo o auxílio neste meu percurso, pelas palavras de incentivo e cuidado.

Ao meu analista, Mauro Moura Mohan, por me auxiliar a encontrar e percorrer meus caminhos.

À Prof^a Dr^a Maria José Bistafa Pereira, pelas contribuições não só no meu exame de qualificação como também no caminho de minha formação profissional e pessoal. Obrigada pelas palavras gentis e encorajadoras e pelo auxílio com material para construção desse estudo. Por todo seu trabalho desenvolvido, foi uma honra contar com sua colaboração.

À Prof^a Dr^a Luciana Nogueira Fioroni, pela participação em meu exame de qualificação e por suas importantes considerações, que auxiliaram na conclusão desse trabalho. Agradeço o olhar atento que teve com este estudo e o carinho com que me ajudou.

A toda equipe do Núcleo de Saúde da Família estudado, pela gentileza com que sempre me recebeu, por torcer por mim e fazer parte de momentos inesquecíveis da minha formação como psicóloga e como pessoa.

Aos usuários, pela disponibilidade em participar deste trabalho e por me permitirem adentrar suas casas e compartilhar alguns momentos de suas vidas.

A Deus, por caminhar ao meu lado e mostrar-me que a vida é repleta de sentidos.

Enfim, a todos aqueles que estiveram presentes nesta minha trajetória contribuindo com palavras, carinhos e gestos enriquecedores.

Muito obrigada!

*Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

(Mãos dadas – Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

TAHAN-SANTOS, E. **Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários**. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Nas últimas décadas, ocorreram transformações significativas na área da Saúde Pública, dentre elas, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma tentativa de efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A avaliação em saúde torna-se uma importante ferramenta para planejar intervenções capazes de atender às necessidades de saúde da população. Tendo em vista que a temática da satisfação de usuários ainda é pouco explorada no Brasil dentro da atenção primária, o presente estudo teve como objetivo investigar a satisfação de usuários em relação à ESF, considerando-se as dimensões estrutural, organizacional e relacional, assim como, as concepções de saúde dos usuários. Para tanto, foram entrevistados 16 usuários que frequentavam uma Unidade de Saúde da Família. Utilizou-se a abordagem qualitativa em pesquisa. A partir da análise das entrevistas, realizada através da Análise de Conteúdo Temática, foram construídas três categorias: Concepções, Avaliação e Contraponto. A primeira categoria englobou as concepções dos usuários em relação à saúde e ao cuidado. A segunda referiu-se à avaliação que os usuários fazem do NSF que frequentam e englobou o relacionamento entre equipe de saúde-usuário e médico-usuário, os recursos disponíveis e a organização do NSF para garantir o acesso da população aos serviços que necessita. A última categoria relacionou-se à percepção que os usuários possuem das diferenças entre o NSF e outros serviços de saúde. Os resultados apontaram duas concepções de saúde predominantes na visão dos usuários: saúde como ausência de doença e saúde em seu conceito ampliado. Também foram percebidas duas concepções de cuidado: a primeira ligada ao modelo biomédico e a segunda que se aproxima da integralidade. No que se refere ao relacionamento equipe de saúde-usuário e médico-usuário, os entrevistados avaliaram positivamente a forma como são recepcionados, atendidos e cuidados pela equipe, além de apontarem para a efetiva formação de vínculo com os profissionais do NSF. Os usuários avaliaram negativamente os recursos físicos que o NSF disponibiliza para o atendimento da população e apontaram para a necessidade de ampliação de seus recursos humanos. Em relação ao acesso ao NSF, os usuários apontaram insatisfação no que se refere à disponibilidade do horário de funcionamento e ao acesso a outros serviços de saúde. No entanto, referiram satisfação quanto ao tempo de espera na recepção, quanto ao agendamento de consultas e quanto à localização geográfica do NSF. No que se refere à procura pelo serviço, os relatos dos usuários apontaram o NSF mais como um local para o atendimento de situações de emergência do que de acompanhamento longitudinal. Os usuários perceberam diferenças entre o NSF e outros serviços de saúde no que diz respeito ao acolhimento e ao vínculo. Concluiu-se que os usuários estão satisfeitos com aspectos da dimensão relacional, parcialmente com a organizacional e insatisfeitos com a dimensão estrutural. Destaca-se a relevância da avaliação do usuário para a construção de um serviço que responda às necessidades do mesmo e a efetiva implementação da participação popular na organização de serviços de saúde.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Avaliação de serviços de saúde. Satisfação de usuários.

ABSTRACT

TAHAN-SANTOS, E. **The Family Health Strategy: users' satisfaction.** 2011. 133 p. Dissertation (Masters) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Over the last decades, the Public Health are has suffered significant changes, including the implementation of the Family Health Strategy (FHS) as an attempt to make the guidelines of the National Unified Health System effective. Health evaluation, therefore, has become an important tool to plan interventions capable of meeting the health needs of the population. Considering the fact that user satisfaction is a theme that has not been sufficiently explored in the primary health setting in Brazil, the objective of the present study is to investigate users' satisfaction regarding the FHS in terms of the structural, organizational, and relational dimensions, as well as their conceptions of health. To do this, we interviewed 16 users that attended a Family Health Unit (FHU). Using a qualitative approach, we submitted the interviews to Thematic Content Analysis, and obtained three categories: Conceptions, Evaluation, and Counterpoint. The first category comprised the users' conceptions regarding health and care. The second referred to the evaluation that users made of the FHU they attend, and it comprised the relationships between the health team-user and physician-user, the available resources, and the organization of the FHU to guarantee that the population has accessibility to the services they need. The third category referred to the users' perception regarding the differences between the FHU and other health services. The results pointed at two predominant health conceptions, according to the users' perspective: health as the absence of disease, and health within its broader concept. We also observed two conceptions of care: the first is linked to the biomedical model, and the second is close to comprehensiveness. In terms of the health team-user and physician-user relationship, the participants made a positive evaluation of how they are received, assisted and cared for by the team, besides pointing at the effective attachment that is created with the FHU professionals. Users made a negative evaluation of the physical resources used by the FHU to provide care to the population, and stated the need to increase their staff. As to the accessibility to the FHU, users reported feeling dissatisfied in terms of the working hours and accessibility to other health services. However, users reported being satisfied in terms of the waiting time, how appointments were scheduled, and the geographical location of the FHU. In terms of their search for the service, users reported that the FHU was mostly used for emergency situations than for a longitudinal follow up. Users realized there were differences between the FHU and other health services regarding welcoming and attachment. In conclusion, users are satisfied with aspects regarding the relational dimension, partially satisfied with the organization, and dissatisfied with the structure. It is emphasized that users' evaluations are essential in order to implement a service that actually meets their needs, and to achieve an effective participation of the population in the organization of health services.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Health services evaluation. Consumer satisfaction.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 – Caracterização dos usuários participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas	55
QUADRO 1 – Categorias temáticas, dimensões para a avaliação da qualidade dos serviços e subcategorias correspondentes	61

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1. INTRODUÇÃO	29
1.1. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde	29
1.2. A Estratégia Saúde da Família (ESF)	34
1.3. Avaliação da satisfação dos usuários.....	36
2. OBJETIVOS	47
3. METODOLOGIA.....	51
3.1. Aspectos éticos	51
3.2. Contexto do estudo	51
3.3. Participantes	54
3.4. Constituição do corpus	56
3.5. Entrevista	57
3.6. Análise dos dados	58
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1. Concepções.....	62
4.1.1. Saúde	62
4.1.2. Cuidado.....	69
4.2. Avaliação	75
4.2.1. Dimensão Relacional.....	75
4.2.1.1. Equipe de saúde-usuário.....	75
4.2.1.2. Médico-usuário.....	82
4.2.2. Dimensão estrutural.....	90
4.2.2.1. Recursos	90
4.2.3. Dimensão organizacional	95
4.2.3.1. Acesso.....	95
4.3. Contraponto	105
4.3.1. Diferenças com outros serviços.....	105

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
--------------------------------------	------------

REFERÊNCIAS	119
--------------------------	------------

ANEXOS E APÊNDICES	131
---------------------------------	------------

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (Protocolo 63/09/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP).....	131
--	-----

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Informado	132
---	-----

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	133
--	-----

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo tema da avaliação da satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início durante minha Graduação, num estágio oferecido para atuação na ESF. Passei dois anos inserida em uma equipe da ESF como aluna-estagiária desenvolvendo atividades de promoção de saúde junto à comunidade e trabalhando com a equipe. Desde esse momento inquietava-me a questão de como a ESF é percebida pela comunidade, uma vez que se trata de um novo modelo de trabalho em saúde. Durante o período de estágio desenvolvi uma pesquisa científica que resultou em um artigo publicado em um periódico da Psicologia, no qual a temática da avaliação já se fazia presente. Nesse estudo o objetivo foi avaliar a experiência de usuários da ESF em um grupo de promoção de saúde na comunidade.

Terminada a Graduação, fui aprovada para realizar o Programa de Aprimoramento Profissional em Promoção de Saúde na Comunidade do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) e, assim, novamente estava envolvida com a ESF e suas implicações no contexto da Saúde Pública. Foram mais dois anos atuando em equipes da Estratégia Saúde da Família.

Nesse meu percurso na ESF houve um contato direto com os usuários que, de certa forma, já me apresentaram a questão da avaliação, pois, a cada planejamento de uma intervenção com a comunidade, havia uma escuta para as necessidades e desejos desses usuários em relação ao Serviço de Saúde que frequentavam. Além disso, observando participativamente o dia-a-dia das equipes da ESF, questões diversas surgiam em minha mente, tais como: “será que a ESF consegue responder às necessidades em saúde de seus usuários? Será que essa nova prática de se fazer saúde resultará em efeitos positivos para a população? Será que os usuários notam mudanças em relação à forma anterior de atendimento em saúde? E, se notam, como as percebem?”. Todas essas indagações durante meu percurso profissional levaram-me a formular a pergunta central do presente estudo, a saber: “qual a satisfação dos usuários em relação à ESF?”.

Atualmente, trabalho em um Ambulatório de Saúde Mental na cidade de Orlândia e percebo, como profissional, que a questão da avaliação em saúde, especialmente, a avaliação da satisfação dos usuários com os Serviços de Saúde pode ser um importante instrumento para melhorarmos a prática profissional e os próprios serviços de saúde, já que, ao se dar voz aos usuários ocorre uma abertura para o diálogo, o que possibilita uma compreensão dos desejos, expectativas e necessidades dos usuários e, assim, um planejamento mais adequado para as ações voltadas para a comunidade.

A avaliação da satisfação dos usuários é um assunto que vem despertando interesse de pesquisadores e gestores da saúde. Conhecer como os serviços de saúde oferecidos à população são avaliados por seus usuários pode contribuir para manter formas de atuação e/ou formular novas propostas de trabalho. Ouvir a comunidade a esse respeito ajuda os gestores no planejamento e implementação das ações e programas de saúde, justificando seus investimentos em determinadas áreas, além de aproximar os serviços de saúde dos usuários, fortalecendo a participação popular nos processos de planejamento e controle social.

Acredita-se que a avaliação de usuários é um importante instrumento para qualificação e aprimoramento dos serviços de saúde e que contribui para a construção do novo modelo proposto pela ESF.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

Na década de 70, importantes transformações ocorreram na área da saúde. Naquela época os países desenvolvidos foram fortemente questionados sobre os impactos em saúde. Novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado surgiram, articulando saúde e condições de vida (BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2006).

Nesse cenário de transformações, no Canadá, 1974, o ministro Lalonde apresentou uma nova proposta de atenção à saúde, o Informe Lalonde, que focaliza a promoção de saúde e questiona a abordagem exclusivamente médica para as doenças. Passou-se a privilegiar as ações de promoção de saúde na tentativa de reorientação dos modelos assistenciais, visando a redução de gastos e a melhora nas condições de vida (BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2006).

Em âmbito internacional, num cenário de crise dos países desenvolvidos, em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (URSS). A Declaração de Alma-Ata apontou a urgente necessidade de ação para promover a saúde dos povos e enfatizou a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e um direito humano fundamental da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Com ampla repercussão para a saúde pública, a Conferência privilegiou a reorganização dos serviços de saúde através da atenção primária, além da troca de experiências sobre a organização da APS em alguns sistemas e serviços nacionais de saúde, a avaliação da situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo e a definição de princípios e formas operativas da Atenção Primária à Saúde (APS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978; PEREIRA, 2008).

A Declaração de Alma-Ata lançou a meta “saúde para todos no ano 2000” através da priorização das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Vale destacar, ainda, que tal documento aponta a importância da incorporação da participação popular, ou seja, assegura o direito e o dever da população de participar, individual e coletivamente, do planejamento e execução dos cuidados à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define atenção primária como a atenção essencial à saúde e está baseada em métodos e tecnologias práticas, comprovados cientificamente e colocados ao alcance universal dos indivíduos. É parte integrante do sistema de saúde do país e representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, ou seja, é a porta de entrada do sistema de saúde para todas as necessidades do indivíduo e, ainda, é responsável pela coordenação e integração dos demais níveis de atenção e pela reorientação dos modelos assistenciais em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). Segundo Starfield (2002) longitudinalidade, integralidade, focalização na família e orientação comunitária são outros atributos da atenção primária.

Desde Alma Ata, a APS ganhou destaque na organização dos serviços de saúde e, apesar da melhora nas condições de saúde das populações, especialmente nos países em desenvolvimento, os estudos de Chaves¹ (1999 apud CAMARGO-BORGES, 2007, p.59), Rivero² (2003 apud CAMARGO-BORGES, 2007, p.59) e OPAS / OMS (2008) apontaram que as metas e concepções declaradas na Conferência não foram cumpridas inteiramente, principalmente porque a implementação de suas propostas ocorreu de forma mais racionalizadora do que integral e emancipadora, num entendimento simplista de extensão de cobertura na assistência à saúde.

Nesse processo de implantação da APS a OMS buscou reavaliar os valores e os princípios contidos na Declaração de Alma Ata e reconheceu quatro correntes interpretativas que englobam os arranjos para organização da APS no sistema de saúde em diversos territórios: APS seletiva, APS como nível primário do sistema, APS abrangente (princípio de Alma Ata) e APS com enfoque de saúde e direitos humanos (OPAS / OMS, 2008).

A **APS seletiva** é assimilada como um modelo destinado a regiões e populações pobres, centrada em um número limitado de serviços de alto impacto, baixo custo e com utilização de tecnologia simples para a resolução de problemas prevalentes em populações pobres. Além disso, ocorre escassa qualificação profissional e falta de articulação com outros serviços. A **APS como nível primário do sistema** refere-se à porta de entrada para o usuário no sistema de saúde, com ênfase na função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde a fim de minimizar os custos econômicos e satisfazer as demandas restritas a esse nível. A **APS abrangente** é concebida como uma estratégia de organização do sistema de saúde, ou seja, implica em integrar o sistema de saúde com outros serviços a fim de reorganizar todos os

¹ CHAVES, M.M. Medicina familiar e cuidados primários de saúde: Alma-Ata revisitada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.26, 2/1, p. 46-51, maio/dez., 1999.

² RIVERO, D.A.T. de. Alma-Ata revisited. **Perspectives in Health Magazine. The Magazine of the Pan American Health Organization**, v.8, n.2, 2003.

recursos do sistema para satisfazer às demandas e necessidades da população (OPAS / OMS, 2008; MENDES, 2002). A **APS com enfoque de saúde e direitos humanos** compreende saúde como um direito humano e destaca a importância de responder aos determinantes sociais e políticos, além da defesa de políticas de inclusão e da busca pela equidade (OPAS / OMS, 2008).

Além da Conferência de Alma Ata, outro importante evento nesse cenário foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, na qual foi elaborada a Carta de Ottawa, que define promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde e em maior participação e controle deste processo. Sendo assim, a promoção de saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e os meios que permitam a todas as pessoas realizarem completamente o seu potencial de saúde. No documento o conceito de saúde foi revisto e ampliado, sendo concebido como acesso à educação, alimentação, moradia, justiça social, emprego, ecossistema estável, paz e equidade, numa perspectiva biopsicossocial. Preconiza, ainda, cinco campos de ações para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

No contexto nacional, o Brasil, no final dos anos 70 e início da década de 80, vivenciou um período marcado por uma profunda crise econômica, pela crise da Previdência Social e pelo processo de redemocratização do país. No contexto da saúde, o fracasso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, um perfil epidemiológico muito comprometido, altos índices de desemprego e a crescente inflação geraram uma grande mobilização da população e de profissionais de diversos setores em busca de melhores condições de vida (DIMENSTEIN, 1998).

Apresentava-se, no âmbito da saúde, um quadro paradoxal: de um lado uma atenção médica altamente especializada, de alto custo e de acesso restrito; de outro, um contingente da população desprovido de serviços de atenção à saúde para atender necessidades básicas. (PEREIRA, 2008). Iniciou-se, então, um movimento que questionava os efeitos do sistema econômico sobre o sistema de saúde e propunha novas formas de se conceituar e fazer saúde, visando, principalmente, a promover a democratização do acesso à mesma e a humanização do atendimento. Tal movimento ficou conhecido como Movimento Sanitário (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Esse movimento objetivou estabelecer um saber contra-hegemônico que questionasse o modelo dominante de atenção à saúde, assim como suas políticas e práticas, e buscasse a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, que enfatizasse a relação saúde-sociedade e desenvolvesse uma consciência sanitária na população (DIMENSTEIN, 1998).

Além disso, o Movimento da Reforma Sanitária tinha como foco a transformação do sistema de saúde, reconhecido historicamente por sua ineficiência frente aos problemas de saúde da população e marcado por ações curativistas, baseado num modelo hospitalocêntrico de atendimento, fortemente privatista e excludente, e ainda, não era permitida a participação popular para tomada de decisão (SILVA; LIMA, 2005).

Nesse processo, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se definiram as bases da Reforma Sanitária brasileira, fundamentada numa concepção ampliada de saúde, como direito de cidadania e dever do Estado e articulada às políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1986; MENDES, 1996).

A Conferência abordou os temas: saúde como direito de todos, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial, contando com a presença de mais de cinco mil participantes, entre eles, representantes das três esferas do governo, trabalhadores, usuários, políticos, sindicalistas e grupos representativos de extratos da população. Tal fato foi considerado inédito na história da saúde no Brasil (BRASIL, 1986; PEREIRA, 2008).

O primeiro tema da Conferência, saúde como direito de todos, abordou a ampliação do conceito de saúde com ênfase nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, além de incentivar os movimentos populares e promover a melhoria dos serviços de saúde. O segundo tema, reformulação do sistema nacional de saúde, tratou da elaboração de um projeto para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O terceiro tema da Conferência propunha que o financiamento do sistema de saúde fosse feito pelo Estado, enfatizando a política de descentralização (BRASIL, 1986).

Em 1988 foi aprovada a nova Constituição Federal, que incorporou as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e incluiu um capítulo sobre a questão da saúde como direito de todos e dever do Estado. No entanto, foi em setembro de 1990, através das Leis nº 8080 e nº 8142, que foi regulamentada a Reforma Sanitária com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando este como a forma atualmente proposta de produzir serviços de saúde para o setor público e priorizando o atendimento integral e as atividades de promoção e prevenção (CARDOSO, 2002; DIMENSTEIN, 1998).

O SUS tem como princípios doutrinários a universalização do atendimento, a integralidade nas ações de saúde, a equidade à assistência e o controle social na formulação, planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. Os princípios organizativos são: a regionalização e hierarquização na prestação de serviços, descentralização da gestão administrativa, resolutividade e municipalização (BRASIL, 1996a).

Os princípios doutrinários são norteadores e constituem o eixo ético-político do sistema de saúde e, ainda, sustentam filosoficamente a estruturação do sistema e comprometem-se com as condições de saúde e de vida dos indivíduos (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003). Os princípios organizativos formam um conjunto que viabiliza a operação das ações e serviços do SUS (CAMARGO-BORGES, 2007).

O SUS tornou-se um marco histórico no processo de organização dos serviços de saúde do Brasil, adotou como eixo a Atenção Primária à Saúde para a reorganização das práticas assistenciais em saúde e trouxe como desafio a construção de uma lógica de práticas de cuidado que se contrapõem ao modelo biomédico, ou seja, trouxe como premissa uma concepção ampliada do processo saúde-doença, definindo o homem como um ser social inserido em uma dimensão histórica, social e relacional, capaz de construir seu meio e suas relações (CAMARGO-BORGES, 2007; PEREIRA, 2008).

Mendes (2002) afirma que a APS, no contexto brasileiro, é sustentada por ideologias diferentes e divergentes entre si, o que acaba por operacionalizar e organizar a APS de modos distintos, nos diversos estados e municípios, na prática social em saúde. O autor propõe um processo de construção social de um novo sistema de saúde no qual seriam fundamentais mudanças na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária. A mudança no processo saúde-doença dá-se através da passagem de uma concepção negativa, na qual a saúde é tida como ausência de doenças, para uma concepção positiva, mais ligada à qualidade de vida. O paradigma flexneriano, centrado no mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo, seria superado pela construção do paradigma da “*produção social da saúde*” que é como um circuito em que o agir socialmente poderá produzir/acumular saúde ou doenças. Finalmente, a mudança na prática sanitária ocorreria através da transição de uma prática de atenção médica, centrada na disponibilidade do maior número possível de serviços médicos individuais que objetiva a cura ou reabilitação do paciente através do uso crescente de tecnologias, para a de vigilância da saúde, a qual implica em ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e atenção curativa.

Segundo Borges (2002), apesar do SUS ser a primeira ferramenta legitimada e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal,

representando um ganho não só para a população antes prejudicada no acesso à saúde, mas também para toda a sociedade, na conquista de um direito básico, ele vem tendo dificuldades em sua implementação. Uma das várias justificativas é a de que a cultura hegemônica da saúde no Brasil ainda tem como base o tratamento individualizado e voltado para a supressão de sintomas clínicos.

Pereira (2008, p. 21) afirma que mesmo diante das dificuldades de implantação do SUS não se pode negar suas conquistas, tais como:

a capacidade de se reorganizar, de propor estratégias, ampliar e instituir legislação de vital importância para sua implementação, de estabelecer mecanismos de gestão social (Conselhos de Saúde, Comissões Intergestoras Tripartites), maior democratização nas relações entre Estado e sociedade, ampliar a capacidade de acesso da população aos serviços, ampliar e diversificar o quadro de pessoal, desenvolver desenhos alternativos para o desenvolvimento da atenção à saúde e o estabelecimento de atores políticos institucionais contínuos neste processo, como as Secretarias Municipais de Saúde.

1.2. A Estratégia Saúde da Família (ESF)

Em tal contexto de mudanças na área da saúde, foi implantado pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma tentativa de efetivação das diretrizes do SUS. O PSF originou-se através do Programa de Agentes de Saúde (PACS), instituído pela Secretaria de Saúde do Ceará em 1987, como parte de um programa de emergência de combate à seca. Devido aos resultados satisfatórios, o programa teve uma ampla repercussão política, sendo, então, expandido para todo o país. Foi denominada, através da Portaria nº 648/2006, de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que, visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial e procura aproximar o serviço de saúde da comunidade, de forma a torná-lo mais humanizado e acolhedor. Inspirada nos modelos canadense, cubano e inglês, a ESF constitui-se num importante veículo para a organização da atenção primária à saúde e busca desenvolver atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, ao contrário do modelo tradicional centralizado na doença e no hospital que privilegia ações curativas e uma medicina de alto custo. Elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, além de ter como foco a promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2000; MENDES, 2002; BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde a ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS e ainda tem por objetivos: atuar em caráter substitutivo em relação às práticas convencionais de assistência à saúde; caracterizar-se como porta de entrada do sistema local de saúde; visar a integralidade e hierarquização; compor o primeiro nível de ações e serviços no sistema de saúde; garantir o acesso a níveis de maior complexidade; responsabilizar-se pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias em todo o processo de referência e contrarreferência; atuar através da territorialização e adscrição de clientela e, conseqüentemente, favorecer o estabelecimento de vínculos com a comunidade e possibilitar o compromisso e a co-responsabilidade tanto da equipe quanto da comunidade (BRASIL, 1998).

A ESF privilegia a integralidade e a singularidade da pessoa inserida em um contexto sociocultural e familiar e pretende, assim, romper com uma prática de atenção à saúde individualizada e descontextualizada. Além disso, o foco do trabalho na equipe possibilita deslocar o médico ou o atendimento médico do centro das ações de saúde, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e uma concepção de saúde ampliada para além da ausência de doença (CAMARGO-BORGES, 2007).

Para desenvolver suas propostas a ESF conta com uma equipe multidisciplinar formada por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários de saúde, os quais funcionam como o elo entre a equipe e a comunidade, o saber científico e o popular. O dentista foi posteriormente integrado à equipe de saúde da família. Outros profissionais podem ser incluídos nas equipes dependendo da necessidade da região (BRASIL, 2000).

Ao problematizar a participação de diversos profissionais da área da saúde para atuação na ESF, em 2008, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 154 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de “apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (BRASIL, 2009, p. 7). O pressuposto do NASF é que os profissionais que o compoem auxiliem as equipes de saúde da família, atuando conjuntamente, na resolução dos problemas de saúde encontrados no território sob responsabilidade desta equipe (BRASIL, 2009). Assim, a criação dos NASF possibilita uma maior capacitação das equipes de saúde da família para lidar com o cotidiano da ESF, não necessitando da contratação de todos os profissionais da saúde dentro da equipe mínima.

A equipe da ESF necessita de conhecer a realidade da população atendida para assim atuar de uma forma integrada, numa perspectiva biopsicossocial. A família passa a ser, portanto, foco da atenção, entendida a partir do ambiente em que vive e sendo este um espaço de construção de relações intrafamiliar e extrafamiliar, onde se dá a luta por melhores condições de vida. A área de abrangência de cada equipe situa-se entre 600 a 1000 famílias, ou aproximadamente 4500 pessoas, cabendo à equipe o trabalho de acompanhamento dessas famílias e intervenção quando necessário (BRASIL, 2000).

Os dados da última avaliação do Ministério da Saúde apontam um total de 28.865 equipes de saúde da família implantadas em cerca de 5218 municípios brasileiros, cobrindo 48,9% da população, o que corresponde a aproximadamente 91,9 milhões de pessoas. A ESF está em funcionamento em quase todo o território nacional e em acentuada expansão (BRASIL, 2008a).

Apesar de ter se expandido consideravelmente, a ESF enfrenta um amplo desafio na atualidade: sua consolidação nos grandes centros urbanos. Dessa forma, seu crescimento revela a fragilidade inerente a processos de mudança e a necessidade de novos olhares para lidar com as práticas e a gestão de saúde (GIL, 2006).

Além disso, nesse processo de reorganização da APS novas propostas ganham ênfase, como a integralidade da atenção, a avaliação e o acompanhamento dos serviços de saúde, o estímulo à participação e o controle social (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde aponta a importância da institucionalização da avaliação da ESF e busca realizá-la através do envolvimento dos diversos atores que compõem tal contexto, em especial, os usuários (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, acredita-se que a escuta aos usuários em relação a sua percepção acerca da ESF é uma parte importante desse processo de avaliação preconizado pelo Ministério da Saúde e em concordância com as diretrizes de diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, França e Canadá. Além disso, dar voz aos usuários pode representar melhorias significativas para a consolidação da ESF como novo modelo assistencial.

1.3. Avaliação da satisfação dos usuários

No campo da avaliação em saúde, as primeiras pesquisas referentes à satisfação do usuário tiveram início na década de 1970, especialmente nos Estados Unidos e Inglaterra. Tais

pesquisas, inseridas no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade, tinham por objetivo conseguir melhores resultados clínicos através da adesão ao tratamento, levando em consideração o comparecimento às consultas, a aceitação das recomendações e prescrições e o uso adequado dos medicamentos. Já na década de 80 as pesquisas focalizavam a qualidade dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005, 2006; TRAD et. al., 2002; WILLIAMS³, 1994 apud VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O aumento nos custos dos serviços de saúde, no setor público, contribuiu para o surgimento de novos modelos de gestão direcionados para uma maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços, o que favoreceu, ainda, as políticas reformadoras e de restrição de gastos. Como parte de um amplo processo de transformações econômicas, políticas e culturais do final da década de 70, vários movimentos propiciaram aos usuários um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Os serviços, ao terem como meta alcançar a satisfação dos usuários, fazem com que a pesquisa nessa área ganhe destaque, além de visar o aperfeiçoamento do sistema de serviços de saúde (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006).

No Brasil, nas últimas três décadas, diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas. De início, as pesquisas realizadas tinham a intenção de avaliar serviços e estabelecimentos de saúde e eram desenvolvidas quase que exclusivamente em âmbito acadêmico. Posteriormente, as próprias políticas racionalizadoras que valorizavam o planejamento em saúde traziam uma preocupação com a questão da avaliação. Na década de 80, através da programação e orçamentação integrada (POI) e dos primeiros planos estaduais e municipais de saúde, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) também valorizavam o planejamento e a avaliação (PAIM, 2005).

Na década de 90, com a redemocratização do país, movimentos e associações reivindicando melhores serviços ganharam força, tornando as pesquisas de satisfação de usuários mais comuns (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). A conquista da institucionalização do direito à participação comunitária nos processos de planejamento e avaliação e o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS foram fatores importantes para o desenvolvimento dos estudos de avaliação, que supõem uma concepção de usuário com competência para avaliar, intervir e modificar o próprio sistema (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006; TRAD et. al., 2002).

³ WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 4, p. 509-516, 1994.

Apesar da ênfase dada pelas novas políticas de saúde ao controle social, no Brasil, dar voz ao usuário não tem sido uma prática comum na área da saúde. Afim de que este princípio do SUS, juntamente com a universalidade, a integralidade e a equidade, seja implementado no cotidiano dos serviços de saúde, torna-se importante o desenvolvimento de pesquisas que analisem, avaliem e interpretem as demandas e necessidades dos usuários que frequentam tais serviços. Ouvir e acolher o usuário também são formas de garantir o direito à saúde e à cidadania (PEREIRA, 2008).

No final do século XX, o campo da avaliação em saúde expandiu-se consideravelmente, tanto em relação à produção científica quanto a sua institucionalização. Atualmente, o interesse pela avaliação em saúde não se restringe ao âmbito acadêmico, já que o próprio Ministério da Saúde tem encomendado estudos nesse âmbito (PAIM, 2005; SILVA, 2005).

Neste contexto, o Ministério da Saúde busca instituir uma política nacional de monitoramento e avaliação da atenção primária. Em tal direção, instituiu, no ano 2000, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), que “nasceu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo-se seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde do país” (BRASIL, 2005, p.11).

Segundo Silva e Formigli (1994) a temática da avaliação em saúde possui uma grande diversidade terminológica. Tal variedade de definições deve-se à complexidade dessa questão, que envolve os significados e desdobramentos das concepções e práticas de saúde. Apesar disso, Contandriopoulos (2006, p. 706) acredita que é possível adotar uma definição atualmente tida com amplo consenso. Dessa forma, avaliar “é uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção (...), permitindo aos diferentes atores envolvidos (...) se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação”.

Assim como o termo “avaliação” possui um leque abrangente de significados, a questão da “satisfação do usuário” também apresenta dificuldades terminológicas. Para Linder-Pelz⁴ (1982, apud VAITSMAN; ANDRADE, 2005) a satisfação do paciente consiste nas avaliações das diversas dimensões do cuidado à saúde, dadas positivamente por cada paciente.

⁴ LINDER-PELZ, S. Toward a Theory of Patient Satisfaction. **Social Science and Medicine**. v. 16, p. 577-582, 1982.

A satisfação do usuário acontece a partir do momento em que são atendidos seus desejos e necessidades, o que torna suas percepções em relação ao serviço positivas, já que os resultados esperados foram alcançados (CRUZ, 2008). Em contraposição, a insatisfação é definida como uma expressão negativa e ocorre a partir do momento em que o usuário sente-se descontente ou decepcionado com o desempenho de um serviço, o qual não atingiu as expectativas e demandas almejadas (STANISZEWSKA; HENDERSON⁵, 2004 apud ABRAHÃO-CURVO, 2010). Outra forma de compreender a insatisfação dos usuários com os serviços de saúde é através da análise da duplicação da utilização dos serviços (MISHIMA et al, 2010).

Silva e Formigli (1994, p. 88) afirmam que a satisfação do usuário pauta-se na “percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe”. Assim, o grau de satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço de saúde pode referir-se à relação que o usuário estabelece com o profissional do cuidado, assim como sua relação com os aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos e medicamentos), das amenidades (ventilação e conforto) e suas representações sobre o processo saúde-doença.

Dessa forma, as distintas dimensões do cuidado à saúde, que englobam desde a relação médico-paciente até a qualidade técnica dos profissionais de saúde e das instalações do serviço, estão no foco das pesquisas de satisfação. Além disso, “existem vários modelos que medem a satisfação do paciente, mas todos têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 600).

Revedo a literatura especializada sobre a questão da avaliação em saúde, constata-se que, a maior parte dos estudos disponíveis aborda a avaliação do cuidado individual, de serviços e programas. As relações entre profissionais-usuários e o aspecto técnico referentes ao cuidado ganham destaque quando o enfoque está direcionado ao indivíduo. Porém, quando a ideia é avaliar o sistema de saúde, a centralidade está nas questões de acessibilidade, cobertura e equidade (SILVA; FORMIGLI, 1994). O Ministério da Saúde reforça que, no Brasil, a avaliação dos serviços de saúde ocorre dentro de um contexto pouco incorporado à prática cotidiana com sua característica mais prescritiva, burocrática e punitiva do que direcionada ao planejamento e gestão (BRASIL, 2005).

Espiridião e Trad (2006) desenvolveram uma análise crítica da produção científica sobre o tema da satisfação de usuários de serviços de saúde e tiveram como foco os aspectos

⁵ STANISZEWSKA, S.; HENDERSON, L. Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. **Patient Education and Counseling**, Princeton, NJ, v. 55, n. 2, p. 185-192, 2004.

teórico-conceituais. Concluíram que no âmbito dos estudos de satisfação de usuários há importantes inconsistências teórico-conceituais e ressaltam que, se por um lado tais estudos revelam grandes esforços para fundamentar teoricamente o tema, por outro, revelam as dificuldades enfrentadas para se estabelecer um referencial teórico estável e consensual. Observaram também que os conceitos encontrados provêm, principalmente, do campo do marketing e da psicologia social, o que nem sempre pode ser reproduzido na área da saúde.

Vaitsman e Andrade (2005) também encontram vários problemas conceituais e metodológicos ao se utilizarem as pesquisas de satisfação do usuário para a construção de indicadores de qualidade dos serviços de saúde. Uma das críticas mais frequentes está relacionada ao aspecto subjetivo do termo satisfação. Outra dificuldade está em avaliar a expectativa, um dos aspectos mais complexos dos estudos. Os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços, o que significa dizer que um serviço avaliado positivamente pode ser resultado da baixa capacidade crítica dos usuários, assim como, uma avaliação negativa pode significar alto grau de exigência dos usuários. Outra crítica levantada é em relação às consequências práticas, ou seja, se as avaliações produzem efetivamente uma melhoria na qualidade dos serviços.

Silva e Formigli (1994) descrevem dois problemas principais nos estudos de avaliação. O primeiro deles, que condiz com a maioria dos pesquisadores do tema, refere-se à diversidade terminológica tanto do conceito quanto das possíveis abordagens para a questão. Outra dificuldade encontrada pelas autoras está no fato de que as avaliações não são feitas rotineiramente, ou seja, não fazem parte do dia-a-dia dos serviços de saúde.

Segundo Trad et. al. (2002) os estudos de avaliação de satisfação limitam-se a mensurar o nível de satisfação com o serviço prestado, sem esforço de contextualização cultural, deixando de contemplar as crenças, modos de vida e concepções do processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde, o que, certamente, influencia a maneira como utilizam e avaliam esses serviços.

Vaitsman e Andrade (2005) apontam que a maioria das pesquisas de avaliação, tanto nacionais como internacionais, têm obtido resultados positivos em relação aos serviços de saúde, ou seja, as pesquisas indicam que os usuários avaliam positivamente os serviços, o que pode refletir uma avaliação da qualidade pouco crítica por parte de quem utiliza tais serviços, sugerindo aceitação passiva do usuário ao que lhe é oferecido. Isto ocorre principalmente nas pesquisas com respostas fechadas, os *surveys*, pois estes não são capazes de apreender como o usuário percebe-se em relação ao sistema de saúde, deixando de considerar a cultura, os princípios, os valores específicos do setor público e as expectativas de cada usuário.

Pode-se afirmar que a questão da qualidade dos serviços traz implícita e explicitamente a noção de avaliação (MALIK; SCHIESARI, 1998). Por possuírem como característica central o estabelecimento de um juízo e a atribuição a algo de um valor positivo, procurando conhecer para melhorar, todos os tipos de avaliação têm presentes a ideia de qualidade (CRUZ, 2008; NOVAES, 2000).

Ferri et. al. (2007) acreditam que a qualidade da atenção em saúde constitui-se em duas dimensões: a dimensão objetiva, representada pelo conhecimento técnico e a subjetiva, que leva em conta os aspectos relacionais. Dessa forma, defendem que a produção dos serviços de saúde seja regulada no cuidado e não em procedimentos. Uchimura e Bosi (2002) incluem a satisfação do usuário na dimensão subjetiva da qualidade de programas e serviços de saúde e avaliam que esta é uma área ainda pouco explorada.

Ao avaliar a qualidade dos serviços, Donabedian (1990) leva em conta sete pilares: *eficácia* (o melhor que se pode fazer, em condições mais favoráveis possíveis, dado o estado do usuário e circunstâncias inalteráveis); *efetividade* (melhora da saúde que queremos alcançar, porém sem as condições ideais); *eficiência* (medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, obter o efeito máximo de melhora na saúde, com o menor custo); *otimização* (emprego da relação custo-benefício em saúde); *aceitabilidade* (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de sua família); *legitimidade* (aceitação do cuidado e aprovação dos serviços de saúde pela comunidade) e *equidade* (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população). Refere, ainda, três dimensões para a qualidade dos serviços de saúde. A primeira delas, a dimensão do *desempenho técnico*, consiste na aplicação do saber, do conhecimento e tecnologia médica, a fim de maximizar benefícios e reduzir riscos. A dimensão das *relações interpessoais* leva em conta o relacionamento com o paciente. A terceira dimensão, a das *amenidades*, diz respeito ao conforto e estética das instalações e equipamentos onde ocorre a prestação do serviço, ou seja, a estrutura física do local de atendimento.

Vaitsman e Andrade (2005) acreditam que Donabedian, com seu conceito de qualidade, incorporou os pacientes na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços, tornando a satisfação do paciente um dos elementos dessa avaliação.

As metodologias usadas em pesquisas de satisfação do usuário, ao serem investigadas, revelam similaridades, convergências e superposições de termos e conceitos que, de forma nem sempre clara, destacam o lugar ocupado pelo usuário na avaliação dos serviços e sistemas de saúde. Ao incorporarem a visão do usuário, tais metodologias são vistas “como

parte de um paradigma no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como expressos nos conceitos de humanização e direitos do paciente” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 600).

Novaes (2000) afirma que a área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em geral e na saúde, especialmente, passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica. Além disso, há uma crescente demanda para que a avaliação possa constituir-se em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde, na implementação das políticas de saúde. Pensando nisso, a autora desenvolveu uma revisão ampla da literatura produzida na década de 90, predominantemente em língua inglesa, sobre o tema da avaliação em saúde com o objetivo de construir tipologias e categorias de análise mais gerais. Estabelece, assim, três tipos de avaliação: *avaliação para investigação*, *avaliação para decisão* e *avaliação para gestão*. A *avaliação para investigação* objetiva a produção do conhecimento que servirá como fator orientador de decisão em questões que envolvam viabilidade e disponibilidade de tempo e de recursos, sendo os impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas o enfoque priorizado. A *avaliação para decisão* enfoca a caracterização e compreensão do objeto de estudo, assim como seu reconhecimento e identificação de problemas e alternativas possíveis, tendo como objetivo a tomada de decisão. A *avaliação para gestão* que tem como objetivo o aprimoramento do objeto avaliado, buscando para isso a produção de informação, enfoca, por sua vez, a caracterização de uma condição e de sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas.

Ferri et. al. (2007) realizou uma pesquisa em um NSF com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada, enfocando a satisfação dos usuários, com base nas tecnologias leves. Concluíram que os usuários dão relevante importância ao vínculo e ao acolhimento na relação profissional-usuário, sendo as tecnologias leves geradoras de satisfação por estes usuários. Como fatores de insatisfação destacam a insuficiência de recursos tecnológicos, humanos e estruturais. As autoras acreditam que a prática da avaliação deve ser incorporada aos serviços de saúde, a fim de fortalecer o SUS e instituir mudanças nos princípios norteadores da atenção básica à Saúde. Para isso, o usuário deve ser considerado central no processo de trabalho.

Trad et. al. (2002) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar qualitativamente a satisfação de usuários em áreas cobertas pelo PSF na Bahia. Utilizaram-se de estratégias metodológicas de cunho etnográfico estruturado a partir de grupos focais e, para isso, usaram as seguintes dimensões: cognitiva, relacional, organizacional, profissional e necessidades.

Encontraram elevado grau de satisfação dos usuários do PSF, principalmente nos itens: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença, a visita domiciliar como elemento de prevenção e acompanhamento, o trabalho diferenciado por parte da equipe. Como aspectos negativos apontam as filas e a fragilidade no encaminhamento para os outros níveis de atenção.

O tema da avaliação torna-se importante ao se constatar a possibilidade e necessidade de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, assim como, de verificar as dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas. Incorporar a avaliação nas práticas dos serviços de saúde pode propiciar importantes informações aos gestores a fim de melhor definirem as estratégias de intervenção (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Contandriopoulos (2006, p. 705) afirma que

para fazer com que a avaliação esteja no cerne das estratégias de transformação do sistema de saúde, sugere-se criar condições para um julgamento avaliativo verdadeiramente crítico, com implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção.

A pesquisa sobre a satisfação dos usuários aproxima os serviços de saúde da comunidade, pois possibilita um maior conhecimento das necessidades desses usuários. Assim, os serviços de saúde podem ser estruturados para atender de forma mais eficaz a demanda, o que, conseqüentemente eleva o nível de satisfação dos usuários e aperfeiçoa os serviços.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Tendo em vista que a temática da satisfação de usuários ainda é pouco explorada no Brasil dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família, o presente estudo tem como objetivo investigar a satisfação, de usuários atendidos, em relação à ESF, considerando-se as dimensões estrutural, organizacional e relacional, assim como, as concepções de saúde desses usuários.

Objetivos específicos:

- conhecer as percepções dos usuários atendidos no que se refere ao NSF que frequentam;
- avaliar se os usuários estão satisfeitos com a proposta da ESF, focalizando a percepção de diferenças em relação ao antigo modelo de assistência;
- conhecer as concepções de saúde dos usuários a fim de investigar como estas estão relacionadas com a questão da satisfação ou insatisfação referentes ao NSF.

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1. Aspectos éticos

O presente trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – Protocolo 63/09/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP (Anexo A). Adotou-se como princípio básico o respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com a resolução nº196/96 sobre “pesquisa envolvendo seres humanos” (BRASIL, 1996b).

Antes da realização das entrevistas, os usuários participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos do trabalho e convidados a colaborar, sendo informados a respeito do sigilo quanto a sua identificação, do caráter voluntário de sua participação, da ausência de danos e riscos decorrentes de sua participação. Os usuários que aceitaram participar da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice A).

3.2. Contexto do estudo

O município de Ribeirão Preto, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, distante 313 Km a noroeste da capital estadual e com um território de 652 Km², possui uma população em torno de 605.114 habitantes, com 99,72% na zona urbana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010), o que o torna o nono município mais populoso do Estado e o sexto mais populoso do interior do Brasil. O município apresenta bons indicadores de infraestrutura social e elevados níveis de renda, o que faz com que tenha um dos melhores padrões de vida, tanto no estado como no país (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

O setor saúde do município é constituído pela rede pública, por serviços filantrópicos e particulares de atenção à saúde. A cidade está dividida em Distritos de Saúde, que são regiões com áreas e populações definidas a partir de critérios econômicos, sociais e geográficos. Cada Distrito possui uma unidade sede denominada de Unidade Básica e Distrital de Saúde

(UBDS) que funciona como referência de algumas especialidades médicas para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para os Núcleos de Saúde da Família (NSF). As UBS e os NSF funcionam como porta de entrada para o sistema de atenção à saúde. A UBDS comporta, ainda, a Unidade de Pronto-Atendimento 24 horas, sendo referência aos atendimentos de urgência e emergência pré-hospitalares (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A rede municipal de atenção à saúde está estruturada em cinco Distritos de Saúde, cada qual com uma UBDS. A atenção primária é composta por 46 UBS e 21 Equipes de Saúde da Família. A rede dispõe, ainda, de Ambulatórios de Especialidades, Núcleos de atenção, diversos Centros de Referências e hospitais, ou seja, o município contempla os três níveis de atenção em saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

O PSF iniciou-se, oficialmente, no município de Ribeirão Preto, em fevereiro de 1999, associado ao Programa de Residência em Medicina de Família e de Comunidade e estava direcionado aos grupos sociais adscritos à área básica de abrangência da Unidade Básica e Distrital de Saúde do Sumarezinho – Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (UBDS-CSE) com população estimada em cerca de 20.000 pessoas. O Departamento de Medicina Social protagonizou as iniciativas para a criação desse primeiro espaço do PSF (CACCIA-BAVA, 2004).

Em 1999, instalou-se o primeiro NSF, que não dispunha de equipe nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde e teve seus recursos humanos e materiais disponibilizados pela UBDS-CSE. O segundo NSF estruturou-se no ano seguinte e também contou com os recursos providos pela UBDS-CSE da FMRP-USP, porém tinha parte do quadro de profissionais e do espaço físico de uma Unidade Básica de Saúde (CACCIA-BAVA, 2004).

Em 2001, através de negociações com o município de Ribeirão Preto e do apoio decisivo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, num convênio firmado entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria Municipal de Saúde, viabilizou-se o projeto que previa a instalação de mais três unidades do PSF, conforme o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde quanto à composição das equipes, na região do Distrito Oeste. Assim, em 11 de abril de 2001 foram criados os Núcleos III, IV e V, todos na área do Sumarezinho, e em outubro do mesmo ano foram habilitados oficialmente pelo Ministério da Saúde como unidades do PSF (CACCIA-BAVA, 2004).

Apesar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirmar que a estrutura mínima de uma Unidade da ESF deve conter recursos que garantam a resolução de problemas comuns de saúde da população, tais como salas de vacinação, curativo e coleta, estas instalações ainda

são supridas, prioritariamente, pela UBDS-CSE. Devido à proximidade com os NSF desta região, a UBDS-CSE mantém o ônus de parte destes procedimentos, tanto em relação aos recursos físicos quanto humanos (CACCIA-BAVA, 2004; PEREIRA, 2008).

A cobertura populacional total, referida em março de 2009, para as Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde no município foi de 32,1%. O Distrito Oeste é o que possui o maior número de equipes de Saúde da Família (N=13), dentre estas, quatro NSF pioneiros na implantação da ESF (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Considerando-se que o objetivo do estudo é investigar a satisfação dos usuários em relação à ESF, escolheu-se como local de coleta de dados um dos quatro Núcleos de Saúde da Família que compõe a área do Distrito Oeste, por estar com um maior tempo de funcionamento, além de ter uma área de cobertura com maior diversidade. Além disso, a disponibilidade e colaboração da equipe em aceitar a pesquisa foram consideradas como critérios para a escolha do NSF pesquisado.

Destaca-se que, apesar de terem sido criados cinco NSF, um deles, o NSF II, em 2008, passou a funcionar como uma Equipe de Agentes Comunitários de Saúde e não mais como PSF e, portanto, não atendia ao critério de inclusão para escolha do local da pesquisa.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o NSF estudado possui 776 famílias cadastradas, totalizando cerca de 2678 pessoas, sendo 1312 do sexo masculino e 1366 do sexo feminino. As famílias cadastradas são divididas em cinco microáreas, cada uma sob responsabilidade de uma ACS. A maior parte da população desta Unidade encontra-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos (n = 908 pessoas). Além disso, o número de pessoas acima de 60 anos é considerável (n = 335). Pode-se, portanto, afirmar que o NSF possui uma população com prevalência de adultos e idosos (n = 1912) (SIAB, 2011).

As residências da maior parte da população atendida pelo NSF estudado são feitas de tijolo ou adobe (99,48%), contam com abastecimento de água da rede pública (99,74%), coleta pública do lixo (99,61%), sistema de esgoto (83,76%) e energia elétrica (99,61%) (SIAB, 2011).

A equipe é composta por um médico da família, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS. Por estar vinculada à Instituição de ensino e em consonância com os pressupostos do Ministério da Saúde, foi colocado a estas equipes o desafio de constituírem-se como modelo de formação e capacitação de recursos humanos para o SUS. Assim, esta equipe conta com o trabalho de médicos residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade, além de alunos, residentes, aprimorandos e estagiários de diversas áreas da saúde como Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Odontologia,

entre outros. A equipe do NSF também é auxiliada, através de consultorias, por docentes e especialidades médicas como psiquiatria, pediatria, oftalmologia e ginecologia.

No ano de 2010 esta equipe realizou 4889 consultas médicas, 533 atendimentos individuais do enfermeiro, 386 atendimentos individuais de outros profissionais de nível superior, 26 procedimentos coletivos, 101 atendimentos em grupos de educação em saúde para a população realizados por profissionais de nível médio e superior e 5856 visitas domiciliares, sendo que a maioria dessas foram realizadas por ACS (n = 5415) e as demais (n = 441) por outros profissionais de saúde. Foram realizados 739 encaminhamentos, sendo 663 para os serviços de atendimento especializado, dois para internação hospitalar e 74 para urgência/emergência (SIAB, 2010).

3.3. Participantes

Foram entrevistados 16 usuários de um NSF. Para estarem aptos a participar da pesquisa, os usuários deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão:

- ser usuário cadastrado;
- possuir 18 anos completos ou mais;
- ter tido pelo menos uma experiência de atendimento no NSF no período de um ano, a contar a partir de um ano antes do início da pesquisa, a saber, junho de 2008;
- possuir condições físicas e mentais para serem entrevistados.

A realização das entrevistas ocorreu no período de junho a novembro de 2009.

Neste estudo, utilizou-se o critério de saturação para definir os participantes, o que indica que a partir do momento em que ocorre certa reincidência ou redundância das informações considera-se suficiente o número de participantes (MINAYO, 1994).

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

Tabela 1 – Caracterização dos usuários participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas.

	Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	16	100,0
	Masculino	0	0
Faixa etária (anos)	20-35	6	37,5
	36-50	3	18,7
	51-65	6	37,5
	> 65	1	6,3
Naturalidade	Estado de SP	10	62,5
	Outros Estados	6	37,5
Ocupação Atual	Dona de casa	7	43,8
	Doméstica	4	25,0
	Aposentada	3	18,7
	Autônoma	2	12,5
Escolaridade	Sem instrução	2	12,5
	EFI*	8	50,0
	EFC**	5	31,2
	EMC***	1	6,3
Renda (salários mínimos)	< 1	2	12,5
	1 a 2	8	50,0
	3 a 4	4	25,0
	> 4	2	12,5
Composição Familiar (nº de pessoas na casa)	1	1	6,3
	2 a 3	9	56,2
	4 a 5	5	31,2
	> 5	1	6,3
Tempo em que frequenta o NSF (anos)	2	2	12,5
	8	14	87,5
Tempo em que mora na área do NSF (anos)	< 10	2	12,5
	10 a 20	6	37,5
	21 a 30	5	31,2
	> 30	3	18,8
Tempo em que mora em RP (anos)	< 10	2	12,5
	10 a 25	7	43,8
	26 a 40	5	31,2
	> 40	2	12,5

EFI*: Ensino Fundamental Incompleto / EFC**: Ensino Fundamental Completo / EMC***: Ensino Médio Completo

Observa-se na Tabela 1 que todos os entrevistados eram do sexo feminino. Segundo a faixa etária, 37,5% encontravam-se entre 20 e 35 anos e 37,5% entre 51 e 65 anos. A maioria dos entrevistados (62,5%) era natural de cidades do Estado de São Paulo e 87,5% dos participantes moravam há mais de 10 anos na cidade de Ribeirão Preto e na região adscrita pelo NSF. Do total dos entrevistados, 43,8% eram donas de casa e 25,0% trabalhavam como domésticas. Em relação ao nível de escolaridade, 62,5% dos entrevistados não possuíam

instrução ou tinham Ensino Fundamental Incompleto (EFI). A faixa de renda que predominou entre os entrevistados estava entre um a dois salários mínimos (50,0%). Quanto à composição familiar, em 56,2% o número de pessoas residentes na casa estava entre dois ou três membros da família entre marido, filhos, sogra e irmãos. Entre os entrevistados, 87,5% frequentavam o NSF desde que fora aberto há cerca de 8 anos.

3.4. Constituição do corpus

A partir da listagem fornecida pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), referente ao número de famílias cadastradas no NSF pesquisado, subdividido em cinco microáreas, foram realizados sorteios aleatórios dos participantes dentro de cada microárea. Inicialmente, foram sorteados cinco participantes em cada uma das cinco microáreas. Após o sorteio, a pesquisadora teve acesso aos prontuários dos usuários sorteados e verificou os critérios de inclusão do participante. Se o participante estivesse dentro dos critérios, o mesmo era selecionado a participar, caso contrário, era descartado da pesquisa e outro participante sorteado. Tendo em vista o critério de saturação da amostra, foram realizadas 16 entrevistas, sendo três por microárea, com exceção da microárea 1 com quatro usuários entrevistados. Para tal, foram sorteados 46 usuários como possíveis participantes do estudo, sendo oito usuários da microárea 1, catorze da microárea 2, sete da microárea 3, nove da microárea 4 e oito usuários da microárea 5. Do total, 16 usuários aceitaram participar, 9 não foram localizados em sua residência após três tentativas, 12 não preenchiam os critérios de inclusão, 2 recusaram-se a participar e 7 sorteados não foram utilizados, pois a amostra já tinha preenchido o critério de saturação.

Os participantes selecionados foram contatados, em suas residências, pela pesquisadora. No momento do contato com o usuário foi explicado sobre a pesquisa e pedida sua colaboração, ressaltando o caráter da participação voluntária e o não prejuízo caso houvesse recusa, esclarecendo, ainda, todas as possíveis dúvidas quanto ao trabalho realizado. A partir da aceitação do usuário em participar da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo usuário, ao qual foi entregue uma cópia. A entrevista foi realizada no momento do convite ou agendado outro dia caso o participante não tivesse disponibilidade no dia, mas aceitasse participar. Em caso de recusa era agradecida a atenção e o participante era eliminado da lista de possíveis entrevistados. Teve-se como limite para

contatar os usuários sorteados em suas residências, três tentativas de visita. Não encontrando o participante sorteado após três tentativas, era eliminado da lista de possíveis entrevistados. Colocou-se como critério que o usuário para participar da pesquisa, além de preencher os critérios de inclusão, deveria ser o respondente do cadastro realizado pelas ACS, ou seja, o usuário número um da família.

As entrevistas foram realizadas face a face e buscou-se manter condições mínimas de privacidade para a realização da mesma e, com o respectivo consentimento do entrevistado, as entrevistas foram audiogravadas.

3.5. Entrevista

Foram realizadas entrevistas abertas, individuais e baseadas no procedimento descrito por Figueiredo (1998) de evocação-enunciação-verificação. A evocação é a primeira etapa da entrevista e consiste em fazer com que o entrevistado reflita sobre o tema a ser pesquisado. Dessa forma, foi solicitado que o participante refletisse acerca do NSF que frequentava, com a seguinte orientação: *“Estou fazendo uma pesquisa para conhecer a avaliação das pessoas sobre os serviços de saúde que frequentam e gostaria de ouvir sua opinião sobre estes serviços, principalmente sobre o Núcleo de Saúde da Família em que você é atendido”*. Em seguida era dado ao participante um tempo para que refletisse e fizesse suas associações sobre o tema proposto. Na etapa seguinte, enunciação, o participante falava sobre suas associações ao pesquisador. A partir do que foi enunciado, começava a entrevista propriamente dita, etapa de verificação. Assim, a entrevista seguia o fluxo de associação do entrevistado, a partir das palavras descritas por ele.

Visando atender aos objetivos propostos e a um maior esclarecimento a respeito do tema, foram acrescentadas questões, quando não eram ditas espontaneamente pelo entrevistado, como: *“você está satisfeito com o NSF?”*; *“quais os pontos positivos e negativos do NSF?”*; *“qual o serviço utilizado anteriormente ao NSF?”*, *“percebe diferenças entre o NSF e outros serviços?”*.

Vale ressaltar que a entrevista incluiu, ainda, um roteiro que abordou informações sobre os aspectos sociodemográficos dos participantes, a saber: data de nascimento, idade, sexo, naturalidade, tempo em que mora em Ribeirão Preto, tempo em que mora na casa atual e

em que frequenta o NSF, ocupação, renda, nível de escolaridade e composição familiar. O roteiro da entrevista encontra-se no Apêndice B.

Optou-se por utilizar a entrevista por ser um instrumento bastante útil para apreender valores, crenças e percepções. Para Pinheiro (1999), a entrevista remete a uma situação contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e são construídas versões da realidade.

3.6. Análise dos dados

O presente estudo adotou a Abordagem Qualitativa em pesquisa, utilizando-se, para análise das entrevistas, o método de Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2004).

Primeiramente foi realizada uma aproximação com o material coletado e as entrevistas audiogravadas foram transcritas na íntegra, numerando as linhas para melhor identificar os relatos dos usuários. Para preservar a identificação dos usuários, seus nomes foram suprimidos e substituídos pela sigla P, acrescida por um número que diferencia os participantes. Os nomes dos profissionais citados nos relatos dos usuários também foram suprimidos e substituídos por nomes fictícios.

A Análise de Conteúdo Temática é composta por três etapas. A primeira delas é a *Pré-análise*, que consiste na leitura flutuante das entrevistas, tomando contato exaustivo com o material e com seu conteúdo. Esta é a fase de organização do material, na tentativa de sistematizar as ideias iniciais e permitir a formulação das hipóteses e a retomada dos objetivos da pesquisa. Para isso deve responder às normas de validade: exaustividade (todos os elementos do corpus devem ser analisados), representatividade (a amostra deve ser uma parte representativa do material inicial), homogeneidade (a análise deve obedecer a critérios precisos de escolha para que seja possível obter resultados globais) e pertinência (é a adequação do material ao objetivo). A segunda etapa, *Exploração do material*, é quando se realiza, essencialmente, a codificação do material pesquisado, entendida como o processo de transformação dos dados, feita através de recortes, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo capaz de esclarecer o analista acerca das características do texto. A última etapa é a do *Tratamento dos resultados e interpretação*, na qual os resultados brutos são categorizados e realizam-se inferências a partir dos recortes e agrupamentos elaborados, isto é, interpretações sobre o conteúdo que se pretende analisar (BARDIN, 2004).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas foram construídas três categorias temáticas: **Concepções, Avaliação e Contraponto**, que podem ser visualizadas abaixo:

CATEGORIAS	DIMENSÕES	SUBCATEGORIAS	
4.1. Concepções		4.1.1. Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ausência de doença ampliada
		4.1.2. Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> biomédico integralidade
4.2. Avaliação	4.2.1. Relacional	4.2.1.1. Equipe de saúde-usuário	<ul style="list-style-type: none"> recepção vínculo
		4.2.1.2. Médico-usuário	<ul style="list-style-type: none"> cuidado / vínculo
	4.2.2. Estrutural	4.2.2.1. Recursos	<ul style="list-style-type: none"> físicos humanos
	4.2.3. Organizacional	4.2.3.1. Acesso	<ul style="list-style-type: none"> organizacional - horário de funcionamento - tempo de espera - agendamento de consultas - procura pelo NSF geográfico - localização encaminhamentos
4.3. Contraponto		4.3.1. Diferenças	<ul style="list-style-type: none"> acolhimento / vínculo

Quadro 1 – Categorias temáticas, dimensões para a avaliação da qualidade dos serviços e subcategorias correspondentes.

A primeira categoria engloba as **Concepções** dos usuários em relação à **saúde** e ao **cuidado**. Busca-se compreender como os usuários conceituam saúde e entendem o cuidado que recebem pelos serviços de saúde. Conhecer tais concepções auxilia a compreensão da satisfação ou insatisfação do usuário em relação ao serviço de saúde que lhe é ofertado.

A segunda categoria refere-se à **Avaliação** que os usuários fazem do NSF que frequentam e engloba três dimensões para a qualidade dos serviços de saúde: relacional, estrutural e organizacional. A dimensão relacional diz respeito ao relacionamento entre profissionais e usuários e incluiu as subcategorias *equipe de saúde-usuário* e *médico-usuário*. A dimensão estrutural refere-se ao modo como o NSF está estruturado quanto a seus **recursos** físicos e humanos. A terceira dimensão, a organizacional, reflete a organização do NSF para garantir o **acesso** da população aos serviços que necessita.

A última categoria, **Contraponto**, relaciona-se à percepção que os usuários possuem das **diferenças** do NSF com outros serviços de saúde que frequentam.

A fim de tornar mais visíveis tais categorias, possibilitando maior compreensão da análise, foram utilizados trechos das entrevistas realizadas.

4.1. CONCEPÇÕES

Esta categoria diz respeito às **concepções** dos usuários em relação à **saúde** e ao **cuidado**, ou seja, como os usuários significam o que é saúde e quais são suas expectativas, necessidades e desejos de cuidado ao procurarem por um serviço de saúde. Compreender tais concepções pode auxiliar no entendimento do julgamento feito pelos usuários ao avaliar o serviço de saúde que frequentam, pois é necessário conhecer suas percepções, necessidades e desejos para saber como se dá sua satisfação ou insatisfação com o serviço oferecido.

4.1.1. Saúde

Esta subcategoria descreve as **concepções** de **saúde** dos usuários do NSF. Segundo Rezende (1986), tanto os conceitos de saúde e doença quanto as práticas de saúde que se embasam nestes conceitos, originam-se de determinações das estruturas sociais e são repensados em nível infraestrutural. Assim, podemos entender que as concepções de saúde dadas pelas pessoas estão relacionadas ao modo de vida da sociedade, que se traduz em práticas de saúde. Trad et. al. (2002) ressaltam, ainda, a influência que as crenças, o modo de

vida e as concepções do processo saúde-doença exercem sobre a maneira como os usuários utilizam e avaliam os serviços de saúde que frequentam.

Vale destacar que a concepção de saúde de uma dada população está relacionada ao modo como as pessoas imaginam o mundo, o homem, a natureza e as relações sociais (MINAYO, 1988). Segundo Ayres (2004b, p.27), os conceitos de saúde-doença são construídos socialmente, ou seja, “tanto os determinantes do adoecimento quanto os saberes e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres relacionarem-se entre si e com seu meio”.

Através da análise das entrevistas pode-se inferir que uma das concepções de saúde dos usuários que frequentam o NSF relaciona-se ao conceito de saúde como **ausência de doença**.

O que que eu entendo por saúde? É não ficar doente (risos) ... é isso que eu acho ... é quando você fica doente, minha filha, quando você fica doente não tem saúde ... não é todo dia que você tá com a mesma coisa e cada dia é uma coisa, ainda mais quando você tá com mais de 70 anos... ihhh, cada dia você tá com uma dor diferente que você nem sabe da onde que vêm. (P11; linhas 199 a 202).

(...) a pessoa pode ter saúde, né, mas pode ter um problema ou outro assim (...) a pessoa não tando morrendo (...) que nem, o meu irmão, ele tem um problema neurológico, mas ele é uma pessoa saudável (...) porque ele é bem cuidado, cê entendeu, ele é bem cuidado, ele é uma criança assim, tipo, cê olha pra ele, se não for doença da cabeça dele, ele é saudável, entendeu, é uma criança, assim, que não fica direto doente, uma pessoa saudável é isso, não é direto que a pessoa tá, né, uma pessoa que não tem, vamo dizer assim, como é que fala, tendência a ficar sempre doente, eu acho que uma pessoa saudável é isso, cê entendeu, aquela pessoa que tem mais, uma saúde mais frágil assim, entendeu, que a pessoa tá direto no hospital, direto no Posto (...). (P16; linhas 337 a 346).

Uma pessoa saudável é uma pessoa que não tem problema nenhum, né ... não tem problema, não precisa tomar remédio, não tem problema de pressão, essas coisas, né ... por aí. (P7; linhas 340 a 341).

(...) eu recebo uma boa pensão, então, mas eu sinto falta mais da minha saúde (fica emocionada, a entrevistada teve uma queda e a partir de então tem dificuldades para se locomover) porque eu poderia tá aproveitando mais a minha vida, viajando mais, entendeu?, você vê, eu fui pra Europa com meu filho, a gente ficou um mês lá (...), eles andavam eu sentava numa praça, ali eu ficava, então, não dava pra conhecer muita coisa (...), então, eu dependo dos outros, eu dependo de táxi, dependo dos meus filhos pra viajar (...). (P2; linhas 159 a 169).

Percebe-se que a concepção de saúde como ausência de doença está presente nos relatos dos usuários. Dessa forma, a saúde refere-se aos tratamentos medicamentosos, exames e às consultas médicas. O foco de atenção dos serviços de saúde, nesta concepção, que se poderia dizer reducionista, continua sendo a doença e as possibilidades de combatê-la. Enquadra-se, assim, no paradigma da normalidade-patologia que está ancorado no saber biomédico (LUZ, 2007).

A concepção de saúde como ausência de doença, marcada pela visão biomédica, afina-se com os pressupostos do capitalismo, tendo em vista os ideais de individualidade, objetividade e produtividade.

Merhy (1987, p. 40) afirma que “o objetivo e o objeto das práticas sanitárias se definiram historicamente no modo de produção capitalista”, no qual se percebe a reprodução das relações sociais capitalistas de produção por meio das ações de saúde, ou seja, a acumulação de capital exige a presença de trabalhadores e de um espaço urbano para que se realize a atividade produtiva, assim, é preciso cuidar da força de trabalho, ou seja, dos corpos, para que haja circulação do capital, a sobrevivência da população para o capital e, assim, a manutenção do Capitalismo e da dominação social. Em tal contexto, o corpo torna-se uma questão social e a atuação sobre ele passa a ser exclusividade das instituições médicas ou, mais especificamente, do médico, agente que contém a instrumentalização precisa para atuar nesta atividade. (MERHY, 1987).

Vale destacar que a saúde pública, desde meados do século XIX, tem sido orientada por uma racionalidade científica que prioriza a individualidade e o desempenho funcional dos corpos (Ayres, 2004a).

Nessa visão de saúde, marcada pelo biológico e pelo mecanicismo, na qual o corpo é visto como uma máquina que necessita de reparos, o foco da atenção está centrado em procedimentos, na figura do médico e na busca pela cura da doença. Trata-se de uma relação linear que minimiza e por vezes desconsidera os demais componentes que possam influenciar

na determinação da saúde. O corpo saudável é aquele que tem os órgãos funcionando bem, dessa forma, a limitação física ou orgânica é significada como perda da saúde, da autonomia e da vitalidade.

Além disso, na sociedade capitalista, onde se sobrepõem os valores individualistas e narcisistas, o corpo saudável passa a ser uma determinação sociocultural, um mandamento de manter a saúde. A imagem da saúde associa-se à força, juventude e beleza e o corpo é o critério básico de reconhecimento e classificação social estabelecidos entre as pessoas. Neste sentido assiste-se a uma incessante busca pelo corpo belo e jovem como uma forma de manter-se incluído na sociedade. A estética do corpo acaba por atravessar as representações e as práticas de saúde atuais, enquadrando os sujeitos na ideologia do ser saudável e, assim, reproduzindo os ideais da cultura dominante (LUZ, 2007).

Para Foucault (1987) o corpo é uma forma culturalmente mediada e abrange nossas representações e concepções, através das quais, ao longo da História, os corpos são treinados, moldados e marcados pela individualidade, desejo, masculinidade e feminilidade, além disso, as tecnologias do social atuam sobre os corpos dos indivíduos disciplinando-os e potencializando-os como força produtiva da sociedade capitalista.

Sob tal ótica, o corpo é produto da socialização, um agente da cultura e um mecanismo simbólico que pode representar a vida social e política dos seres humanos, assim como as relações de gênero. O corpo é significado para além da simples mecânica, do biológico e da exterioridade, significando uma forma de relacionar-se com o mundo e assim simboliza as relações de poder e dominação existentes na sociedade (BORDIEU, 2001; BORDIEU, 2002; BORDO, 1997).

A concepção de saúde como ausência de doença traz uma visão unilateral da saúde, marcada pelo mecanicismo e racionalização que acabam por subordinar os indivíduos a uma prática social de dominação em que há um saber e um receptor desse saber, não se constituindo em uma prática de construção conjunta sobre a saúde.

A fim de que tal construção conjunta possa acontecer, aposta-se no resgate da autonomia do sujeito na construção e compreensão do processo saúde-doença.

Cecílio (2001) aponta a necessidade de autonomia do sujeito na escolha do “modo de andar a vida”, ou seja, a possibilidade de reconstrução e ressignificação, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, o que permitiria que cada pessoa lutasse para satisfazer suas necessidades de saúde e operar seu próprio modo de andar na vida.

A concepção de saúde como ausência de doença gera expectativas quanto ao modelo de atendimento em saúde e está relacionada a um modelo médico-centrado e biologizante, o que também influenciará no seu julgamento do serviço de saúde.

Para Mendes (1996), a ideia de saúde como ausência de doenças, vinculada às doenças, sequelas e mortes, apresenta uma concepção negativa do processo saúde-doença. Assim, o autor propõe a transformação para uma concepção positiva, mais ligada à qualidade de vida para que haja, dessa forma, um processo de construção social de um novo sistema de saúde, em que o foco seja o sujeito em seu contexto social e suas necessidades de saúde. Além disso, para superar o paradigma flexneriano centrado no biologismo, mecanicismo, individualismo e na fragmentação do sujeito, o autor propõe a construção do paradigma da “*produção social da saúde*”, em que o agir socialmente pode produzir saúde e doenças.

Os usuários também relatam uma concepção de saúde que vai além da ausência de doenças, mais ligada à qualidade de vida, apresentando uma concepção de saúde **ampliada**.

É levantar bem da cama e conseguir fazer minhas coisas feliz, pra mim saúde é isso (...) é eu conseguir levantar e fazer, lavar uma roupa, arrumar cozinha, cuidar da casa sem ter que ninguém me ajudar, que eu não precise de ajuda pra cuidar da casa, por exemplo, minha mãe tá trabalhando, eu tô aposentada por invalidez (a entrevistada tem diagnóstico de esclerose múltipla e sente muitas dores no corpo e dificuldades frequentes para realizar tarefas do dia-a-dia) e minha irmã trabalha a noite inteira, dia sim, dia não, quer dizer, precisa que eu esteja aqui pra ajudar, tem louça pra lavar, comida pra fazer, tem roupa pra lavar, como é que faz? (...) então assim, eu conseguindo fazer já, pela minha família, tá de bom tamanho, tá ótimo. (P9; linhas 373 a 381).

(...) eu sou uma pessoa perfeita, né, eu agradeço muito a Deus, eu ando, eu falo, eu rio, eu danço, diminuí, é lógico que diminuí a minha capacidade de tudo ... tô bem graças a Deus ... saúde é sentir bem, sem dor, e alimentar sempre, né, pode ser pouco, mas sem comida não tem condição de vida (...). (P10; linhas 338 a 340).

Ah, saúde pra mim é tudo, né?, é ver a molecada bem, é ... não tá reclamando de dor, essas coisa, me enchendo o saco (risos), saúde pra mim é tudo (...) não é porque você tem uma doença grave que você vai ficar, martelando aquilo lá no mesmo dia, toda hora não, aí fica pior pra você (...) se ela tem saúde ela ri melhor, ri mais, tem mais

amigos, é, sei lá, sai mais, ir pra uma praça, conversar, isso traz saúde. (P15; linhas 219 a 226).

(...) eu acho que ter saúde é você tá bem com você mesma (...) eu acho que muita doença é da cabeça (...) então eu acho que a pessoa tem que tá bem mentalmente, tem que tá se sentindo bem ... pra tá com saúde, eu acho que a pessoa tem que tá bem porque se a pessoa não tá sentindo bem, não tá legal, vai aparecer tudo que é a doença, mas eu acho que é mais da cabeça mesmo. (P5; linhas 342 a 348).

Os relatos apontam para uma concepção mais atual de saúde que leva em conta o conceito ampliado de saúde para além da ausência de doença e aproxima-se da proposta da Carta de Ottawa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986), onde saúde ultrapassa os muros dos serviços de saúde e é vista como acesso à moradia, educação, paz, alimentação, ou seja, o olhar é para um ser humano integrado nas suas funções biológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, a proposta de trabalho da ESF está ancorada neste conceito ampliado de saúde com foco na promoção da saúde.

Luz (2007) afirma que a partir da segunda metade do século XX, na conjuntura da contracultura, surgiram novos modelos em saúde, que colocavam em xeque a racionalidade médica dominante, trazendo para o cenário das práticas de saúde uma visão mais integral do homem e de seu processo de adoecimento.

Percebe-se que os usuários conceituam saúde a partir de suas necessidades, de seu contexto social. Assim, a saúde relaciona-se à vontade, ao ânimo, à disposição para trabalhar e realizar as tarefas do dia-a-dia. Além disso, ter saúde é lidar com as limitações físicas e psicológicas do ser humano de uma maneira adaptativa, encontrando “modos de andar a vida”, apesar das dificuldades.

Os usuários trazem um conceito de saúde ampliado que se relaciona com a qualidade de vida, a qual, segundo Kovács (1994) é vista de forma diferente para as pessoas conforme sua história de vida, aspectos de personalidade e repercussões da doença, relacionando-se à satisfação com a vida e bem-estar subjetivo. O conceito de saúde aqui também passa pela ideia do ser humano sentir-se útil, com possibilidade de ação, de atuar na realidade que o cerca. Novamente, o conceito de saúde amplia-se para além da doença e o foco está no ser humano que apesar das limitações físicas refere que não estar entregue à doença e, ainda, que é mais do que um corpo com defeito, um ser humano que tem diversas necessidades de saúde que ultrapassam a cura da doença.

Hunt et al. (1980) afirmam que a percepção do indivíduo de seu estado de saúde está se transformando em indicador importante de seu bem-estar, servindo para avaliação de suas necessidades, o que pode auxiliar os serviços de saúde numa atenção mais integral ao sujeito. Rezende (1986, p. 87) define saúde como “uma postura ativa e dialética frente às permanentes situações conflituosas geradas pelos antagonismos entre o homem e o meio”. Dessa forma, a saúde é tida numa perspectiva dinâmica e relativa com possibilidades de enfrentamento de adversidades que fazem parte do viver.

A saúde também é referida de forma multidimensional, abordando não só o bem-estar físico e psicológico, mas incluindo os relacionamentos e o lazer, condizente com a proposta da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) que redefiniu o conceito de saúde como resultante de vários determinantes sociais. Alguns usuários ao descreverem “saúde” incluem aspectos como o bem-estar, a felicidade, a disposição para a vida, o prazer na realização das coisas cotidianas e a possibilidade de estar com os outros, em consonância com as afirmações de Acioli (2001) e Luz (2001).

Também Ayres (2004b) relaciona o conceito de saúde à ideia de felicidade, pois acredita que desta forma escapa dos dois extremos, a concepção tecnocientífica e a de completo bem-estar, o que permite que tal conceito possa ser colocado em prática. Assim, completa o autor (p. 19): “a noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente” e orienta a vida, tornando-se potente para a incorporação das propostas de humanização.

Alguns relatos apontam para a questão psicológica. Apesar do foco ainda ser um modelo ligado à doença, inclui um outro componente que é o bem-estar psicológico como determinante da saúde. Os usuários avaliam que é preciso controlar seus pensamentos para que o corpo esteja bem e apontam que a mente também precisa ser cuidada. Tais relatos colocam em xeque o paradigma clássico da divisão entre mente e corpo. Segundo Luz (2007), a medicina psicossomática, assim como a psicologia, a psicanálise e a psiquiatria, tem contribuído para a superação dessa dicotomia mente-corpo, com um olhar para o adoecer humano para além do biológico e para a importância das emoções e sentimentos nesse processo de adoecimento e cura, o que possibilita uma abertura para outros paradigmas no campo da medicina.

Percebe-se que, apesar da concepção de saúde predominante ainda ser a de saúde como ausência de doença, coexiste um outro conceito de saúde, o qual inclui os aspectos psicológicos e sociais, ou seja, o conceito de saúde relaciona-se a uma compreensão mais integral do ser humano, a qual passa de uma concepção que reduz o sujeito a uma queixa ou a

um corpo com lesões para uma concepção ampliada, onde é possível o reconhecimento de outras demandas e necessidades além das queixas biológicas (MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2003).

4.1.2. Cuidado

Esta subcategoria descreve as **concepções** dos usuários do NSF em relação ao **cuidado**, ou seja, como os usuários entendem o modo de cuidado dos serviços de saúde para atender suas necessidades. Assim, quando requerem o serviço de saúde, os usuários levam consigo uma expectativa e um desejo de cuidado, diretamente relacionado ao conceito de saúde que possuem e ao modelo de atendimento em saúde.

Assim como colocado na subcategoria saúde, os relatos dos usuários apontam para duas concepções de cuidado. A primeira delas refere-se à concepção de cuidado **biomédico**.

(...) às vezes a gente fica, quando assim, que nem no caso de criança, quando tá doente a gente vai, quando é fora de atendimento, né, de consulta, às vezes eles falam assim “ah, a gente só de olhar pra criança, a gente já sabe o que que a criança tem” (...), mas, eu acho assim (...) pelo menos pra mãe não ficar preocupada, pede um exame, um raio-x, lá (NSF) não, eles só olham “ah não, tem isso”, vai lá, anota, faz uma receita (...) mas eles não vê que podia fazer um exame, é, porque se é público, eles tão atendendo, é obrigação deles, não custa se ir lá fazer um exame de sangue pra ver, um raio-x pra ver, pra ver mesmo o que a pessoa tem, né (...) porque eles não podem fazer um exame melhor, né e já dar o diagnóstico (...). (P12; linhas 40 a 61).

(...) agora eles falam que é um médico pra família, mas aí cê chega lá, esse médico da família, ele vai atender pediatria, ele vai atender ginecologista, ele vai atender oftalmologista, tudo aqui, mas será que aquele médico, ele, todos eles são estudado pra tudo aquilo? (...) eles colocam aquele médico pra família, mas se for ver eles num sabe de tudo, né, às vezes ela estudou prum ramo só, só que aí como é da família ela tem que fazer tudo, então acaba ficando meio confuso (...) eu acho que teria que ter um médico pra cada coisa que a pessoa precisa, que nem na UBDS (...). (P12; linhas 174 a 191).

Pra mim só médico e enfermeira e os aparelhos e remédio, que precisa (...) às vezes eu chego ali (NSF) com a pressão explodindo de alta, cê num tem um remedinho pra tomar primeiro lugar pra poder descer pra lá (UBDS) (...). (P4; linhas 155 a 157).

(...) esses dias eu até queria ir lá (NSF), eu não tava bem da minha cabeça assim, mas aí eu dei uma acalmada, é um problema lá com o pai e passou, porque se eu fosse lá, eles iam olhar na minha pasta e eles iam ver que eu precisava de medicação ... aí eles mandam, dão bronca na gente, “porquê, parou de tomar a medicação, eu mandei, eu deixei, você veio conversar comigo?” Então pra mim não levar essa bronca, que eu vi que eu tava errada, então eu deixei quietinho, me acalmei, entendeu? (P8; linhas 208 a 212).

Ah, então, eu acho assim que, pode ser ignorância minha, mas eu acho que o psicólogo, psiquiatra, essas coisas, é o mesmo médico, não vou dizer que é médico de doido, é médico normal, mas eu me acho assim que eu sei o que eu tenho, o que eu sinto, porque que eu tomo remédio, calmante (...) se é pra tomar remédio, eu tô tomando ... conversa, eu acho que não compensa ... eu acho que não vale. (P4; linhas 64 a 66 e 75 a 76).

Através dos relatos dos usuários pode-se perceber que a concepção de cuidado que possuem está diretamente ligada ao modelo biomédico, ou seja, uma visão de cuidado centrada na figura do médico, em procedimentos, na medicalização e na cura da doença. Na vertente biológica, observa-se o apelo por exames, consultas médicas e tratamento medicamentoso. Neste sentido, Ayres (2004a, p.74) afirma que a população significa cuidado em saúde como um “conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”.

Apesar da importância dos avanços tecnológicos, Luz (2007) afirma que toda essa sofisticação tecnológica referente aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos acaba por intermediar a relação de cuidado entre médico e paciente, o que torna o último mero objeto de intervenção tecnocientífica, desprovido de corpo, psiquismo e de toda a significação simbólica sobre o adoecimento, o cuidado e a relação com o médico.

Também Ayres (2004a), apesar de reconhecer o lado positivo da tecnociência, concorda com suas limitações, enfatizando a incapacidade das ações de assistência à saúde de se sensibilizarem com as necessidades das pessoas e questiona o lugar de destaque que a tecnologia ocupa na organização do cuidado.

Pode-se perceber, através dos relatos dos usuários, a incorporação em seu discurso de um cuidado técnico, que requer o uso de tecnologias e procedimentos médicos. Assim, o usuário acaba contribuindo para a manutenção de um distanciamento em relação ao médico, colocando-se na posição de objeto e corpo a ser curado através, principalmente, do uso de medicamentos.

Luz (2005) e Mattos (2001) discutem a questão da medicalização que se apresenta na sociedade atual, referindo-se a uma medicalização da vida. Isto significa que, para qualquer tipo de sofrimento busca-se um alívio imediato e, assim, os profissionais e usuários acreditam haver uma norma a cumprir, um comportamento correto a seguir. Dessa forma, no modo de cuidado biomédico enfatiza-se que há sempre uma receita a ser seguida para evitar qualquer tipo de sofrimento.

A medicalização do sofrimento como forma de cuidado em saúde, segundo os usuários, perpassa a maior parte dos atendimentos, especialmente em relação à saúde mental, com pouco espaço para outro tipo de abordagem. Neste sentido, Luz (2007) afirma que grande parte da população atendida pelos serviços públicos é considerada dependente de fármacos e de procedimentos médicos, sendo este um sério problema a ser enfrentado pelas políticas públicas. Os relatos dos usuários apontam que esta forma de cuidado biomédico está presente tanto na visão dos usuários quanto dos profissionais da saúde.

Lacerda e Valla (2003) apontam que um dos problemas evidenciados nos serviços públicos é a crescente medicalização como a única forma terapêutica e que, em muitos casos, o que se tem feito é medicalizar os problemas da vida, já que os problemas de saúde são diversos e desencadeados por vários determinantes psicossociais.

Luz (2005) afirma que as práticas de saúde são utilizadas pela sociedade civil como estratégias de resignificação da vida e dos valores de solidariedade, sendo que, atualmente, os serviços de saúde ocupam funções que antes eram atribuídas a outras instâncias da sociedade. Neste contexto, faz-se necessária uma escuta mais atenta do sofrimento humano, já que, como apontam os autores acima citados, o cuidado em saúde abrange mais que o olhar para a doença, incluindo “o modo de andar a vida” de cada pessoa, com seus valores e esperanças.

No modelo biomédico predomina, ainda, uma hierarquia do profissional sobre o paciente, o médico é o detentor do saber e o usuário acaba por se submeter ao conhecimento médico e acredita estar errado se discorda deste. Nunes (2000) aponta que a medicina, identificada à ideologia liberal que predomina nas sociedades atuais, incorpora em sua prática de atenção o autoritarismo, a exclusão de alguns setores da população e o individualismo.

Castiel e Diaz (2007) elaboram uma crítica referente aos discursos em saúde e afirmam que em tais discursos é reconhecido um estatuto de cientificidade que parece inquestionável e acaba por culpabilizar o indivíduo pelo seu próprio sofrimento, já que, atualmente, reforça-se a ideia de responsabilidade individual ligada ao autodomínio de seus comportamentos. Neste sentido, a noção de culpa, segundo os autores, está intimamente ligada à capacidade de responder socialmente pelos próprios atos e envolve a ideia de desaprovação de alguém em função de alguma falha ou transgressão em relação à moral ou às leis vigentes de um determinado contexto. Como observado nos relatos dos usuários, a atitude do médico é tida como incontestável e, embora o usuário faça o que acredita ser melhor para si, fica a sensação de culpa, de estar agindo errado. Assim, tais relatos apontam que parece não haver espaço para uma construção conjunta em relação à necessidade de uso da medicação e das suas implicações, e o serviço dá “bronca” e não tenta compreender as dificuldades e crenças dos usuários.

Vale relembrar que na perspectiva médico-sanitária o sujeito é responsabilizado por suas ações, pois neste modelo as ações sanitárias têm o objetivo de conscientizar o indivíduo a manter certos comportamentos de saúde (MERHY, 1987). Dessa forma as ações sanitárias, além de manterem o controle sobre o meio externo, mantêm o indivíduo controlado através da consciência individual, o que acaba, de certo modo, culpabilizando o sujeito, fato não promotor de autonomia e corresponsabilização e mantenedor da hierarquia médico-paciente em relação ao cuidado.

Conforme visto até aqui, a concepção de cuidado que norteia a visão dos usuários, ainda é um modelo procedimento-centrado, no qual, destacam-se os exames, os procedimentos técnicos, a aparelhagem e o diagnóstico. Assim, os usuários associam que quanto maior for o uso da tecnologia médica e a oferta de mais médicos, melhores serão o atendimento, o diagnóstico e a terapêutica proposta. Também, aqui, o modelo centra-se na figura do médico, onde este é o profissional “chave”, capaz de atender às demandas ou às necessidades de saúde do usuário.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) afirmam que, apesar das iniciativas favoráveis propostas pelo SUS como as que visam o estabelecimento de vínculo e a integralidade das ações, nos diversos estados brasileiros, ocorre a manutenção do modelo assistencial fortemente marcado pela medicalização e uso inadequado de tecnologias, com baixa resolubilidade em muitos serviços.

A questão da especialidade também está presente na visão dos usuários ao serem questionados sobre os serviços de saúde. Uma das entrevistadas discorda do modelo de saúde

proposto pela ESF e sugere a retomada do modelo tradicional da UBDS, centrado na figura do especialista, nas ações curativas e medicamentosas e na cura da doença.

Os relatos sugerem um desconhecimento da proposta de trabalho da ESF e uma certa desvalorização do médico de família em relação ao especialista. Assim, parece haver maior valorização do modo de cuidar com ênfase nos aspectos biológicos e no modelo tradicional dos serviços de saúde.

As concepções de cuidado e saúde estão correlacionadas, o que significa dizer que, para uma população que referencia saúde como ausência de doença, relaciona-se um modelo de cuidado centrado na cura dessas doenças. Segundo Ferri (2006) os serviços de saúde durante o século XX foram pautados por um modelo de assistência que gera grandes gastos com exames e medicamentos e com pouca resolutividade.

Machado, Pinheiro e Guizardi (2005) apontam que as ações de saúde historicamente têm se estruturado com base no modelo biomédico de produção do cuidado, no entanto, atualmente, este modelo não dá conta da complexidade das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, pois ultrapassam a competência técnico-científica, desafiando a organização dos serviços de saúde no que se refere ao produzir cuidado.

Destaca-se que é preciso que os usuários possam compreender os pressupostos da ESF e neste sentido faz-se necessário que sejam orientados, acolhidos e, ainda, disponibilizados espaços de interlocução a fim de possibilitar a ressignificação das concepções de saúde dos usuários, levando em conta que a percepção e aceitação das mudanças ocorrem de forma lenta, podendo coexistir os dois modelos de atenção, o antigo e o novo.

Os relatos dos usuários trazem, ainda, uma outra concepção de cuidado em saúde, a qual se aproxima da proposta de **integralidade** da atenção.

Todos (médicos), acho que deveria não tá ali mais pra um serviço, mais pra atender, que eles deveriam mais escutar mais as pessoas, né, que que as pessoas tá passando e não é assim ... acho que eles são mais é assim "tá sentindo o que", já vai escrevendo, já vai mandando tomar o medicamento e não é assim ... que às vezes as pessoas tá até passando mal de alguma coisa que passou (...) a pessoa fica abalada, não sabe que às vezes dá aquela dor no peito, dá aquele probleminha, aí eles já vai logo aplicando e têm que conversar, né? (P3; linhas 261 a 266).

Ainda tem coisa, de um problema de uns dois, três anos tanto no eventual como em rotina, o médico falou, uma coisa que eu tomei, o médico achou que não era aquilo e

eu, por conta própria falei “não, eu vou fazer do meu jeito” (...) porque se esperar deles, os médicos, fizeram vários exames, acharam que era psicológico ... não tem nada a ver com estado emocional, tem um pouco, um pouco, mas eu controlei muito tempo e o médico assim, faz a gente se sentir assim, não tem solução, aí passei pro psiquiatra (...) eu fui procurar outro tipo de ajuda, porque médico, eles não acredita em simpatia, não é simpatia, assim é umas coisa antigas, com plantas (...) os médicos não acham isso, eles acham que é tudo na base das drogas, dos remédios, dos remédios. (P14; linhas 185 a 196).

Os usuários parecem solicitar um atendimento mais integral, em que o foco não seja a doença, mas suas necessidades de saúde, um acolhimento que não seja exclusivamente relacionado aos aspectos biológicos, medicamentosos, mas que haja humanização e atenção, um cuidado mais dirigido às questões psicológicas e sociais.

Para Ayres (2004a, p.74) cuidado é

uma concepção filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

O cuidado relaciona-se à experiência de adoecimento e seus sentidos (Ayres, 2004b). O foco não é a doença, mas o ser humano que adoece. É preciso compreender o sentido e o significado dos diagnósticos, exames, medicações, sintomas e do encontro entre serviço de saúde e usuário.

Mattos (2001) afirma que um dos sentidos da integralidade relaciona-se com a medicina integral, um movimento que critica a atitude fragmentária e reducionista da prática médica e o sistema que privilegia as especialidades, dando ênfase tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho específico, dificultando a apreensão de necessidades mais abrangentes dos usuários e ressaltando as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das perspectivas psicológicas e sociais.

A integralidade pressupõe uma posição mais ativa do usuário, em busca de recursos para potencializar a melhora de saúde e a qualidade de vida. Tal posicionamento do usuário diante do saber médico, ao ser aceito por este profissional, pode possibilitar espaços de conversa, uma parceria entre o profissional e o usuário em prol da saúde deste, aproximando os serviços de saúde da comunidade. No entanto, a não aceitação das singularidades do

usuário e a impossibilidade de espaços de interlocução podem favorecer a não adesão ao tratamento e a busca por terapias alternativas, distanciando o usuário do serviço de saúde.

Ayres (2001), Campos (2007) e Merhy (2007) apontam para a questão da autonomia do sujeito na construção e compreensão do processo saúde-doença. É importante que os usuários sejam auxiliados por equipes de saúde que trabalham com uma visão usuário-centrada a fim de permitir a emergência de subjetividades e o alcance de melhoras nas condições de saúde.

Através dos relatos dos usuários da ESF pode-se considerar que há um questionamento acerca da visão reducionista e biológica que pode favorecer o desenvolvimento de novos modos de atenção à saúde, visando à integralidade do cuidado.

4.2. AVALIAÇÃO

Tal categoria diz respeito a como os usuários avaliam o serviço de saúde que frequentam, quais suas críticas e apontamentos sobre alguns atributos do NSF que utilizam. A partir da análise das entrevistas foram propostas três dimensões: relacional, estrutural e organizacional e cada uma delas contém subitens que serão descritos abaixo com suas especificidades.

4.2.1. DIMENSÃO RELACIONAL

Refere-se ao relacionamento entre profissionais e usuários e incluiu as subcategorias *equipe de saúde-usuário* e *médico-usuário*.

4.2.1.1. Equipe de saúde-usuário

Esta subcategoria descreve como os usuários avaliam o atendimento que recebem por parte de toda a equipe do NSF, ou seja, a forma como são recepcionados, atendidos e

vinculados à equipe. Num primeiro momento a avaliação da relação **equipe de saúde-usuário** diz respeito à **recepção**. Assim, os usuários avaliam o modo como são recebidos e atendidos pela equipe do NSF ao procurarem o serviço de saúde.

(...) a gente chega a gente tem que ser bem recepcionado e eles atendem bem, você vê que as pessoas te atendem de boa vontade, então eu acho que a importância maior tá aí, eles atendem bem a gente, dá uma atenção que a gente precisa, é amoroso com as pessoas, sabe, você vê que eles têm amor no que estão fazendo ali, eu sinto, pelo menos eu sinto, eu acho, eu sempre fui bem atendida ali (...). (P5; linhas 315 a 319).

(...) o atendimento das meninas lá é muito bom (...) a hora que a gente chega lá pra entregar o cartão, elas procuram saber o que tá, o que a gente tá precisando ali, ela é rápida, são rápidas pra atender (...). (P9; linhas 359 a 362).

(...) eu gosto muito do Núcleo, o dia que o Núcleo tá fechado eu deixo pra levar ele no outro dia, alguma coisa assim, porque eu gosto de ir no Núcleo mesmo (...) às vezes eu espero porque eu sei que lá eu vou ser bem atendida. (P16; linhas 18 a 21).

(...) às vezes eu tenho uma dúvida aqui, eu vou lá perguntar, eu vou, pergunto, se for, eu já chego e pergunto, sabe, eu não fico lá esperando pra dar a consulta, eu chego, pergunto, se for o caso de eu esperar eles fala (...) às vezes eu tenho que perguntar alguma coisa, eu vou lá, pergunto, pronto (...) explicam a coisa pra você rápido, você pega e vem embora tranquila, sabe (marido interrompe e comenta que a enfermeira explica muito bem), é nota dez, quando eu ajuntei com meu esposo, que eu fui no médico, ela (enfermeira) pegou um cartaz, explicou tudo, todos os tipos de preservativo pra gente, explicou qual que era o melhor, eu perguntei pra ela qual que era o melhor pra mim, entendeu, ela me explicou tudo (...) e ela é uma coisa assim, se é bom pra você ela fala, se não é bom, fala também, entendeu, uma coisa assim, tipo, não te trata assim, é qualquer um, não, faz o melhor pro paciente (...). (P16; linhas 298 a 313).

(...) se interessa né?, pelo problema da gente, o que tá acontecendo, se está tudo bem ... geralmente ela (ACS) me pergunta se tá tudo bem, que nem, teve um mês que eu tive hemorragia, aí eu falei “não, tive hemorragia”, ela anotou tudo ... leva pra lá, cê

entendeu?, quando eu chego na consulta eles já tão sabendo o que tá acontecendo comigo. (P13; linhas 49 a 52).

(...) quando a gente não pode ir ali, a gente pede pra ela (ACS) vir fazer, ela explica tudo, o que que é, que que não é (...) a Tereza⁶ passa aqui nós tá sentado, mas nós pergunta pra ela, ela fala, explica pra nós ... é bom ... ajuda bastante. (P7; linhas 352 a 355).

Observa-se que, no que se refere ao relacionamento equipe de saúde-usuário, os usuários avaliam que a recepção da equipe do NSF ocorre de maneira atenciosa, disponível e eficiente, ou seja, os usuários percebem o cuidado e a atenção por parte dessa equipe e enfatizam que os profissionais se dispõem a acolhê-los e ajudá-los em suas questões de saúde. Os entrevistados sentem-se bem-recebidos e bem-cuidados pelos profissionais desta equipe, além disso, sentem que a atenção que recebem é efetiva, rápida e de grande ajuda, podendo, assim, recorrer ao NSF sempre que necessitem.

Vale ressaltar que alguns usuários destacam a figura do agente comunitário de saúde (ACS) como alguém próximo a eles e interessado em ajudar. Segundo os usuários, o ACS auxilia os demais membros da equipe e, portanto, é visto como um elo entre a equipe e a comunidade, o que pode ser facilitador de um cuidado mais integral para com o usuário.

Pinheiro e Guizardi (2005) afirmam que a ação integral é traduzida por atitudes que se referem ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo e é consequência das interações positivas entre profissionais e usuários.

Vale considerar que o cuidado recebido é avaliado de maneira tão positiva que o usuário sente que seu atendimento é único, ou seja, que a equipe do NSF o trata de modo singular e leva em conta suas expectativas e necessidades.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) sempre que um usuário relaciona-se com um profissional da saúde, configura-se uma dimensão individual do trabalho em saúde, que é realizado por qualquer trabalhador capaz de operar o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados a fim de produzir saúde, ou seja, a responsabilidade do acolhimento deve estar presente em toda a equipe de saúde.

Autores como Carvalho e Campos (2000), Franco, Bueno e Merhy (1999) e Teixeira (2003) enfatizam o acolhimento como um dispositivo para a reorganização do processo de

⁶ Os nomes dos profissionais de saúde que trabalham no NSF foram substituídos por nomes fictícios a fim de preservar a identidade dos mesmos.

trabalho na atenção básica de saúde. Não é somente o primeiro contato do usuário com o serviço, ou seja, a recepção formal, mas engloba todos os espaços onde há o encontro profissional-usuário capaz de construir vínculo. Os relatos dos usuários apontam para uma tentativa desta equipe da ESF em realizar um trabalho na perspectiva do acolhimento, pois, conforme relatam os usuários, existe uma escuta para suas demandas, uma disposição para recebê-los e um cuidado no atendimento. No entanto, é preciso ressaltar que o acolhimento é mais que uma atitude, é uma forma de organizar os serviços de saúde e todos os profissionais devem estar envolvidos.

Neste sentido, Merhy et. al. (2007) destacam as *tecnologias leves*, ou seja, a tecnologia das relações, como uma importante ferramenta para reorientar o modelo assistencial, pois tais tecnologias operam com cuidado e escuta para as necessidades dos usuários. Para Merhy et. al. (2007, p. 122)

(...) é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final, que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos interseções, as das relações, que se configuram, por exemplo, através das práticas de acolhimento, vínculo, automização, entre outras (...).

Dentro da subcategoria relação ***equipe de saúde-usuário***, os usuários também avaliam a questão do **vínculo**.

(...) ali (NSF) assim, é como se eu fosse, eu entro ali é como se fosse da casa, eu vou lá eu vou na cozinha, eu tomo água, tomo, às vezes tem alguma pessoa ali que trabalha eu peço um café, sento ali ... é como se fosse a minha casa, entendeu? (...) tenho liberdade pra entrar lá, “e aí dá um cafezinho?”, “pega aí P13 (entrevistada)”, tomar uma água, me sinto livre. (P13; linhas 241 a 246).

(...) eles (equipe do NSF) até tem muita paciência comigo porque eu já esqueci um monte de consulta dele, entendeu, mas é uma coisa assim, amizade, eu acho assim que no Núcleo eu me sinto em casa, sabe, eu vou lá e eles são tudo amigo, cumprimenta a gente, brinca com as crianças também e é todo mundo assim, eu não vejo, quando eu chego lá eu vejo que não é só comigo, é todo mundo que vai lá, chega, cumprimenta, tudo assim, que nem meu esposo ele veio pra esse Núcleo não faz muito tempo e ele já tem amizade com eles tudo (...). (P16; linhas 67 a 72).

(pesquisadora): (...) *pra você qual seria o ponto mais positivo, o que você acha que tem de melhor no Núcleo?* (usuário): *Ah, conversar com as menina (...) a Leila (técnica de enfermagem) a Mariana (ACS) (...) tem aquela que trabalha na cozinha, na limpeza, esqueci o nome dela, aí, tem tanta gente ali ... o pessoal todo, é, eu gosto (...) só pra bater papo mesmo, “você sumiu”, é gostoso (...) eu me sinto bem ... eles também já vieram aqui em casa, tomou cafezinho, então é gostoso ... é, quando nasce as criança eles também veio, né?, então, é gostoso.* (P15; linhas 193 a 204).

(...) *porque a Viviane (ACS) já passou, pela Viviane, pela divulgação, você vê, pela divulgação que elas participam muito, andando debaixo de sol, naquela época tava uns 38 graus, eu falei “entra, você morre nesse calor, entra, vem tomar um refresco (...).* (P2; linhas 292 a 294).

Além de sentirem-se bem atendidos pela equipe do Núcleo, os usuários avaliam positivamente o vínculo estabelecido com os profissionais do serviço e relatam que a relação com a equipe contém amizade e carinho. Os usuários sentem, ainda, o NSF como um local de proximidade, onde têm liberdade e atenção, igualando o NSF a sua casa. Nota-se que o vínculo de cuidado é recíproco, ou seja, uma via de mão dupla tanto em relação à parte dos profissionais-usuários quanto aos usuários-profissionais. Assim, se num primeiro momento é o profissional que cuida do usuário, ao estabelecer-se um vínculo significativo, este usuário retribui o cuidado recebido.

Franceschini (2005, p. 221) afirma que “a produção de cuidados depende da disposição de ambas as partes, da cooperação-interação de vários”. Assim, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam cooperação mútua entre a comunidade e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

Os estudos de Gaioso (2007) e Pereira (2008) apontam para as relações estabelecidas entre profissional e usuário como um dos pontos de grande satisfação na avaliação dos usuários da ESF, referindo serem tais relações revestidas de atenção e afeto.

A produção de vínculo entre trabalhadores e comunidade é um dos pilares da ESF e possibilita a criação de espaços coletivos de atuação, a melhora na eficácia das ações em saúde e facilita a participação dos usuários nestas ações (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; CAMPOS, 2007). Além disso, facilita a adesão ao tratamento e as ações preventivas, a

diminuição nas internações e o retorno dos usuários à atenção básica após os encaminhamentos (PEREIRA, 2008).

Apesar da maioria dos usuários avaliar positivamente o relacionamento equipe de saúde-usuário, alguns demonstram insatisfação com o cuidado e a atenção recebidos.

(...) eles marcam a consulta certinho, a gente vai tudo bem, mas quando minha mãe tava ruim aqui, aí o Dr Lucas (médico) falou “o que vocês precisar de mim, sempre eu tô lá”, sabe, “eu cuido, eu vou conversar com vocês, cuidar dela”, aí ele vinha, mas depois a Maria (enfermeira) não deixou ele vir mais (...) ela (enfermeira) falou pra mim “o que vocês quer que o Dr Lucas faz pra ela?”, só que ele vinha, conversava com a gente, eu sei que não ia curar minha mãe, mas eles vinham, conversava, nós ia nas festinha, passava algum remédio, sabe, pras coisas dela, pros machucados dela, tal, mas ela não deixou. (P7; linhas 4 a 7 e 32 a 35).

(...) a gente não tinha condições de comprar tanta coisa, aí precisou vim uma moça lá agente de saúde de lá (UBDS), disfarçadamente, vim aqui no Núcleo, chegar e falar “gente, essa senhora tá precisando de vocês aqui e vocês não tá dando assistência”, claro que ela se identificou quem ela era e tudo mais ... assim mesmo não adiantou muito não ... a hora que eles foi ajudar, a hora que eles se prontificou, aí já tava vindo aquela assistente social da UBDS ... eles vieram no Núcleo, pediu pra acompanhar para ver a situação, mas aí já era tarde. (P6; linhas 19-24).

Não, elas (recepção do NSF) não falou nada, elas só falou, só deu a guia verde, né, aí falou que ia ficar lá pra pedir autorização, né, pra agendar e a gente tá aguardando até hoje, mas aonde vai ser feita elas não me falou nada, né, aí às vezes eu fico até com raiva porque a gente assim, cê vê que elas não gostam que toda vez vai lá, passa mês a gente vai e nada (...) a gente fala, mas, como ela tem o telefone, ela não pode ligar pra apressar, né, perguntar porque que não veio, mas ela fala que não, que a gente tem que esperar ... então, às vezes é difícil porque você, se já fala que é um caso de urgência, acho que elas já tinham que ir adiantando, né, pedindo pra ele, mas se depender delas, se for demorar dois anos, lá fica dois anos. (P12; linhas 24 a 34).

(...) uma coisa que tem de ruim no Núcleo são as pessoas que trabalham no Núcleo, é uma reclamação, é que as pessoas que trabalham lá que são vizinhas, a gente vem aqui

e daí o que acontece com seu filho, que nem a minha filha que tentou se suicidar, lá ... a sensação que lá é um bosque aquilo, você vai uma vez por mês e junta tudo lá, numa reunião e a questão não é a agente que vem na minha casa, que sai com as coisas, é outra pessoa que conhece a gente que trabalha lá e aí sai com toda a conversa: “o que minha filha tinha, que minha filha tava tomando, o que que o médico falou”, daí ela (filha) desistiu (do atendimento no NSF). (P8; linhas 28 a 34).

Percebe-se que alguns usuários avaliam negativamente o cuidado recebido pela equipe do NSF e afirmam que no momento que necessitaram de uma maior atenção e acolhimento por parte dela não foram atendidos em suas expectativas e necessidades. Tais usuários clamam por um cuidado mais integral, não especificamente voltado para a cura da doença ou procedimentos médicos, mas por uma escuta mais atenta às suas necessidades.

Pinheiro (2001) afirma que os usuários esperam que os serviços de saúde possam oferecer-lhes cuidado e atenção para além do exame clínico, laboratorial e do tratamento medicamentoso. A dificuldade dos profissionais em ouvir as necessidades de saúde dos usuários, tratando-os como objetos, sem desejos, temores ou crenças, pode ocasionar o fracasso nas relações entre trabalhadores da saúde e população (SILVA JR; MERHY e CARVALHO, 2003). Assim, os usuários buscam uma escuta diferenciada em relação às suas queixas. Ayres (2004b) e Franceschini (2005) enfatizam que não se trata de uma escuta qualquer e sim de uma escuta qualificada, disponível, atenta para as necessidades não explícitas, uma escuta que vai além do fato comunicado, evidente. Para que as dificuldades sejam compreendidas é preciso “*um autêntico interesse em ouvir o outro*”, o que possibilita a abertura para o diálogo e a emergência da subjetividade no encontro. Tal procedimento leva o profissional a despojar-se do papel de reprodutor do discurso tecnocientífico, o que por sua vez questiona o usuário em seu papel, podendo, então compartilharem a terapêutica e a busca pelo projeto de felicidade (AYRES, 2004b, p. 23).

A integralidade no cuidado implica em recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e, assim, abre a possibilidade de diálogo e ampliação da percepção de necessidades de saúde dos usuários, interrogando-se sobre as melhores formas de responder a tais necessidades, sendo que não se reduzem ao atendimento oportuno de seus sofrimentos e a dar informações. Buscam-se, com a integralidade, respostas aos problemas de saúde abarcando as mais diversas dimensões, recusando um recorte do problema e incluindo um olhar para um portador de necessidades além do biológico (MATTOS, 2001).

Um outro fator relatado por um usuário relaciona-se à questão ética do atendimento em saúde. O descuido com a dimensão ética propiciou, para o usuário, insatisfação, dificuldades em estabelecer vínculos e abandono do atendimento. Ao investigar sobre o trabalho dos ACS, Pupin (2008) afirma que a sua atuação ética envolve uma postura de respeito para com o outro, cuidado ao repassar informações para a equipe e proteção à informação obtida, sendo que, dependendo da forma como a informação é repassada pode significar uma quebra na confiança depositada e, conseqüentemente no vínculo estabelecido. Fortes e Spinetti (2004) afirmam que o direito à privacidade das informações deve ser garantido em um projeto de humanização dos serviços de saúde por todos os membros da equipe.

4.2.1.2. Médico-usuário

Ao serem questionados sobre a avaliação dos serviços de saúde que frequentam, os usuários referiram-se ao atendimento médico, destacando a figura do médico em relação aos demais profissionais. Tal fato faz referência à cultura existente em nossa sociedade que enfoca a doença e a figura do médico como o responsável pelo cuidado em saúde. Dessa forma, para melhor compreender os relatos dos usuários sobre essa questão foi construída a subcategoria que se refere à relação *médico-usuário*.

Essa subcategoria diz respeito à avaliação da relação estabelecida entre os médicos da equipe do NSF e o usuário, ou seja, como o usuário percebe o **cuidado** recebido pelo profissional da área médica e a formação de **vínculo**.

(...) quando eu cheguei, a primeira médica que me atendeu, ela ficou duas horas comigo, então eu já gostei (...) Porque eu já dei meu histórico, ela foi pacienciosa, ela me deu toda atenção e é isso que o doente quer, né, ele quer atenção do médico, não é como você chegar e ele mal te olha no rosto e te manda embora pagando, né?, então eu gostei já a princípio disso, da atenção dela, né. (P2; linhas 9 a 14).

Ele (médico) ficou vindo pra mim, acho que veio aqui uns quatro dias, ficou vindo direto, ver como que tava indo a recuperação, e ele falou que qualquer coisa que eu precisasse, de algum remédio pra dor, que podia mandar minha filha ir lá com o cartão

que ele fazia a receita e ele ficou vindo aqui, acho que uns quatro dias seguidos (...) porque que nem eu tava, com a cirurgia das varizes, não dava nem pra eu andar e na hora que eu precisei ele veio até a gente, é bom né. (P3; linhas 150 a 156).

(...) ele (médico) vinha aqui ver minha mãe, então ele conhecia a família toda ... então, ele perguntava de todo mundo, quando nós ia no Posto (Cuiabá) levar minha mãe, ele tava lá, ele ia cuidar dela, lá no Posto, quando ele tava de retorno lá no Posto, ele ia, à noite, ele trabalhava aqui (NSF) depois à noite ele ia pra lá, no plantão dele, ele cuidava tão bem dela lá. (P7; linhas 72 a 75).

Olha, um ponto positivo é isso, é o tratamento que, é igual eu te falei, que eu cheguei lá ruim, que o Dr. Alexandre (médico) já me atendeu ali mesmo, não precisei nem ir para o Pronto-socorro ... tomei quase um litro e meio de soro ali e passou da hora de almoço dele, e eles ficaram, eu saí de lá já era uma hora ... quer dizer, passou da hora, e eu preocupada porque eu sei que lá onze e meia, onze e pouco fecha, né (...) eu sei dos horários, tudo, né, e eles não, ixe!, fechou a porta lá e ficou lá dentro, ele ficou, ficou só ele e uma enfermeira, os outros foram, sabe, cê vê que é muito responsável ele, que ele poderia ter deixado os outros estagiários, ele não fez isso. (P10; linhas 151 a 158).

(...) o dia que o Dr Alexandre se alertou da situação da minha mãe, que ele veio ver ela (...) quando ele viu o jeito que ela tava, nossa, ele se pôs como se fosse um da família, sabe, vê que o olho dele lacrimeou, ele foi correndo pegar medicamento pra minha mãe, ainda teve horário da noite ele voltar aqui (...). (P6; linhas 336 a 340).

Achei que foi ótimo assim (...) deve ser por isso que eu me, que eu gostei tanto, porque a primeira coisa que eu fui fazer foi o exame ginecológico (...), aí eu gostei (...) dela tá falando tudo, pra que que serve, pra que que não, perguntei o que é aquilo, olha vai doer, vai gelar ou fazer isso (...) me senti melhor, senti uma segurança, me senti mais calma, até brincamos depois que acabou o exame clínico, sai de lá falando besteira, brincando. (P8; linhas 161 a 169).

(...) eu estudei muito Esclerose Múltipla, então eu sei o que pode e o que não pode, ele (médico) falou, “bom que você estudou, porque você pode me ajudar a te ajudar”,

então a gente teve uma longa conversa, que ele saiu de lá quase seis e meia da tarde, sobre a minha doença (...). (P9; linhas 90 a 92).

(...) eu tô satisfeita com os médicos lá, tudo, todos os médicos, assim, porque por várias vezes eu troquei de médico, né, todos eles eu gostei, todos eles eu senti falta quando foi embora, sabe, todos eles, eu vejo assim, eu tenho gravado na memória todos os médicos que eu tive ali, sabe, porque é uma coisa assim que, o médico entrava "olha, seu médico não tá mais aqui, tal, eu vou ser seu médico a partir, sou médico da sua família a partir de hoje" ... fazia a consulta normal eu me sentia como se fosse o outro, normal, cê entendeu, eu não tenho o que reclamar dos médicos que eu tive ali. (P16; linhas 326 a 331).

Os usuários avaliam positivamente o cuidado que recebem do médico de família, relatando atenção, disponibilidade, envolvimento, respeito e paciência nesta relação. Segundo Starfield (2002) o profissional não é o detentor do saber, mas permite, no encontro, construir, com a participação e o saber do usuário, a melhor resposta para sua necessidade. Tal tipo de atitude possibilita a consolidação de vínculos de confiança.

Nota-se que o tempo utilizado pelo médico na consulta é avaliado pelos usuários como uma demonstração de interesse e atenção. A visita na casa do usuário também é vista como um indicador de atenção e cuidado diferenciados, o que permite ao usuário sentir-se valorizado e acompanhado em seu sofrimento.

PEREIRA (2001) aponta a visita domiciliar como um instrumento para a mudança do modelo assistencial, pois a casa torna-se potência transformadora de relações mais transversais entre usuários e trabalhadores da saúde. O conceito de domicílio nesta intervenção ultrapassa a dimensão geográfica colocando-se como um espaço de relações e difere do ambiente do serviço de saúde, por ser o primeiro um espaço mais conhecido pelo usuário, com relações mais horizontalizadas, onde não só o trabalhador da saúde é o detentor do cuidado e do saber.

Neste sentido, Franceschini (2005) afirma que a visita em saúde difere da visita social por objetivar conhecer o cotidiano das famílias e, assim, escutar e compreender as necessidades de saúde para além da queixa explícita. Porém, é preciso haver disposição para o encontro e para a escuta. Além de entender a comunidade, a autora afirma que a saída da Unidade de Saúde é fundamental para repensar as formas de produção de cuidado em saúde.

O relato dos usuários revela que sentem os médicos próximos e sensibilizados com seu sofrimento, capazes, assim, de ajudá-los em suas questões de saúde. Além disso, os relatos demonstram o cuidado prestado por este profissional tão significativo que o usuário vincula-se mais facilmente ao médico, alguém que o conhece e sabe do que ele precisa, dando credibilidade ao seu trabalho. Para Merhy (1994) o estabelecimento de vínculos envolve relações bastante próximas a ponto de fazer com que o profissional sensibilize-se com todo o sofrimento do outro, podendo, assim, responsabilizar-se pela vida do usuário através de uma atitude singular e não impessoal e técnica.

Os usuários avaliam, ainda, que o cuidado médico é feito com esforço, disponibilidade e dedicação, reiterando satisfação com o atendimento recebido nesta relação. Há que se considerar que os relatos apontam para uma valorização do profissional do SUS, desmistificando a ideia de que serviços públicos de saúde não têm profissionais qualificados.

Os entrevistados avaliam de modo positivo o fato de poder questionar, conversar, tirar dúvidas e dessa forma, percebe-se, a partir da ótica do usuário, uma mudança na relação médico-usuário, na qual o médico não é o detentor do saber absoluto, colocando o usuário numa posição de que também possui um saber sobre seu sofrimento.

Pode-se inferir que o cuidado relatado pelos usuários do NSF em relação à prática médica aproxima-se da integralidade, um dos eixos norteadores da ESF. Para Mattos (2001, p. 48), para se ter uma atitude integral é necessário superar os limites da medicina anátomo-patológica e, assim, da própria racionalidade médica, sendo a integralidade “um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”. Percebe-se que a atenção do médico ao usuário é promotora de um vínculo que se estende, para além da relação médico-usuário, ao serviço de saúde que o assiste, já que há uma continuidade do atendimento e do cuidado dedicado ao usuário.

Apesar de ser possível inferir uma vinculação com o serviço de saúde, pode-se perceber, através do relato de um usuário, uma certa rotatividade de profissionais, o que pode levar a uma quebra na longitudinalidade do cuidado, pois esta pressupõe o estabelecimento de uma relação pessoal de longa duração entre profissional e usuário, um acompanhamento dos usuários de forma consistente e regular (STARFIELD, 2002). Um aspecto a ser considerado é que se trata de um serviço-escola, no qual os estudantes realizam estágios por períodos específicos, com grande rotatividade dos mesmos. Faz-se necessário um olhar atento à questão, buscando compreender os significados da rotatividade tanto para os usuários quanto

para a equipe. Ressalta-se que espaços de aprendizagem em serviço são importantes para uma melhor formação profissional, mas deve-se considerar os impactos do mesmo nos serviços.

Apesar da maioria dos usuários avaliar positivamente o cuidado recebido na relação médico-usuário, alguns revelam situações vivenciadas que os deixaram insatisfeitos com a forma como foram atendidos pelos profissionais médicos da equipe do NSF.

(...) faz pouco tempo que eu levei o meu menino e ele passou por uma médica (...) e ele com crise de asma, bronquite e eu falei pra ela "olha tá começando a atacar a bronquite dele", e ela falou que não, que era uma leve gripe e passou dipirona (...) eu vim embora, chegou de noite meu menino passou muito mal, ficou ruim mesmo (...) porque a gente não é médico, mas mãe sabe como que o filho se sente, então a gente mais ou menos sabe e aí ela olhou falou que era gripe e tal e eu disse que a dipirona não ia adiantar, acabei tendo que fazer aerosol nele. (P5; linhas 99 a 108).

(...) teve uma vez, meu menino quando ele nasceu ele tinha muita alergia e a gente não sabia do que que era, né, aí eu tinha levado ele na UBDS, aí o médico falou que poderia ser por causa do leite (...) mandou eu dar o leite ninho, que ele era de vaca, mas ele tinha menas química que o de caixinha, aí chegou no Núcleo o médico falou assim "ah, mas se é lactose, se é do leite, então, ele também não pode tomar o leite ninho", (...) só que ele não pediu um exame de sangue, ele não pediu nada, né, aí ele falou assim "ah, cê continua dando o de caixinha, agora se cê vê que a reação continua aí cê volta aqui", né, mas eu falei "se for pra mim dar pro meu filho ficar sofrendo eu prefiro dar o ninho", né, porque eu sabia o que tava acontecendo, porque dava diarreia, ele ficava desnutrido, aí foi aonde eu continuei dando o leite ninho não voltou mais, mas até hoje, eles não me pediram nada, né, (...). (P12; linhas 64 a 75).

(...) a única médica que eu não gostava muito foi, foi embora (...) acho que o jeito dela conversar com as pessoas, sei lá, fica lá, cria uma distância (...) ela vem de outro estado, tudo, mas não é tanto isso, era tanto mesmo como ela cuidava das pessoas, eu não gostava mesmo não (...) tanto que com essa minha menina, que na época ela era bebê, ela tinha por volta de cinco meses e ela era muito gorda, muito gordinha e do nada ela começou desmagrecer, desmagrecer, não queria mais sugar o meu peito, tudo, e eu fiquei assustada na época, corri lá e tudo, então aí, mais ou menos uma semana eu tava indo lá e ela (médica) dizendo que não era nada, que não era nada e aí eu comecei

a chorar (...) aí ela ficou brava comigo e tudo (...) aí uma médica (de outro Serviço de Saúde) (...) olhou ela, conversou com ela e aí descobriu que ela tava com uma assadura, tipo uma assadura na boca, no céu da boca (...) explicou pra mim como é que eu tinha que tá dando leite pra ela (...) no outro dia assim, cedinho, eu deixei eles dormindo aqui, fui lá e catei ela (médica do NSF) pelos cabelos. (P15; linhas 45 a 75).

(...) o Dr. Júlio (psiquiatra) chegou, me consultou a primeira vez, consultou a segunda, consultou a terceira, quando eu peguei confiança nele ele passou pro residente e aí o residente pára, olha pra mim e faz todas as perguntas lá de trás até agora e aí é difícil, porque eu tenho realmente depressão, tenho problema sério, lógico, mas é ruim ficar repetindo as mesmas coisas, mesmo porque ele repetiu quatro vezes na minha cara que eu ia morrer (...), o Dr. Júlio... isso não foi nada bem, eu entrei de bengala, me apoiando, com ajuda até a sala e sai pior ainda de lá de dentro, porque mexeram com as minhas emoções (...). (P9; linhas 143 a 150).

(...) eu tava lá toda eufórica semana passada, eu tô bem, consegui levantar, arrumar as coisas, não sei o que, o médico olha pra mim e fala assim “não, você não tá bem, eu vou aumentar as doses da sua medicação”, aí preferi até, aí eu fiquei quieta já (...) deixa ele falar, eu vou lá, pego, deixo em casa, entendeu?, mas isso já não é certo, porque ele é o médico, eu sou paciente ... paciente tá duvidando da, não da competência, mas da receita médica ... antes eu não levantava da cama, não conseguia lavar uma louça, que dirá passar um pano no chão e hoje eu lavo roupa, limpo a casa, arrumo as coisas, tiro pó, deixo tudo ajeitado ... como assim eu to pior?, não tô pior, agora eu tô melhor. (P9; linhas 234 a 243).

Os relatos acima apontam para situações de dificuldades na relação médico-usuário, ou seja, os usuários queixam-se de não terem recebido a atenção e o acolhimento que esperavam por parte do médico, além disso, sentem que não foram ouvidos em sua demanda, que aquilo que sabiam foi menosprezado, não ocorrendo o estabelecimento de um vínculo de confiança e cuidado. Tais situações dificultam a adesão ao tratamento e geram irritações e até mesmo violência, além de desconfiança e desconsideração pelo saber médico.

A incapacidade de escuta das necessidades de saúde pelos profissionais da saúde compromete a potencialidade do encontro. Mattos (2001) enfatiza que não é aceitável o profissional médico limitar-se a responder exclusivamente a demanda manifesta do usuário.

Embora as pessoas usualmente procurem os serviços de saúde por apresentarem sofrimentos atribuíveis às doenças, necessita-se responder ao sofrimento humano, o que significa dizer que se faz necessário um olhar atento para a experiência individualizada de sofrimento, algumas vezes, não explicitada pelo usuário. Assim, nota-se, através dos relatos dos usuários, um descompasso entre o que é ofertado pelo Serviço de Saúde e a necessidade do paciente. O autor ainda aponta que alguns profissionais lidam apenas com a doença e não com o sujeito. Seu olhar é para um sujeito portador de doença e não para um sujeito portador de desejos e sonhos. Dessa forma, o atendimento é focado na melhora dos sintomas e não nas percepções e expectativas do usuário.

Ayres (2004b) aponta que é preciso romper com a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional para que possa emergir do encontro entre médico e usuário uma outra lógica de atenção, mais voltada ao projeto de vida e felicidade das pessoas e, assim, atribuir sentidos e significados para a saúde-doença.

Outro aspecto a ser analisado refere-se à continuidade e à integralidade do atendimento, o que aponta para um cuidado parcial, em que o usuário precisa relatar novamente o seu sofrimento a cada mudança de médico. Vale destacar, apesar referido anteriormente, que se trata de um serviço-escola. Neste sentido, é preciso rever as formas possíveis de ensino-aprendizagem em serviço, de tal forma a não onerar o usuário.

Os usuários apontam para uma desvalorização de seus saberes sobre suas condições, o que leva a pensar numa valorização técnica em detrimento da sensibilidade social no que se refere ao cuidado estabelecido na relação médico-usuário. Neste sentido, Merhy (2007, p.16) aponta que “não é porque um indivíduo ou grupo é marcadamente definido pelo seu lugar de portador de saberes tecnológicos, que os outros também não tenham certas tecnologias para agir no campo da saúde”.

Minayo (1988) afirma que a descrença em relação ao sistema médico é ocasionada pela vivência de situações em que a população sente-se *anônima, impotente e discriminada*. A autora acrescenta ainda que se para os médicos o processo saúde-doença refere-se apenas aos fenômenos físicos, para a população tal concepção ultrapassa esses limites e interliga-se às relações expressas no corpo, mas para além dele.

Neste sentido, os sujeitos são desrespeitados e não têm suas necessidades de saúde escutadas. Os profissionais de saúde centram-se no diagnóstico e nas regras, fazendo o subjetivo desaparecer para que a doença apareça, o que interfere num cuidado mais integral. Assim, ao construir padrões de normalidade e regras para os usuários, prioriza-se o técnico em detrimento do saber que o paciente possui sobre sua condição. A racionalização trazida

pelo avanço tecnológico acaba por desvitalizar o tratamento e as relações de cuidado e ainda transforma o homem doente em um problema meramente técnico. Tal prática produz relações profissional-usuário marcadas pela impessoalidade e pelo mecanicismo das ações (FIGUEIREDO, 2003; LACERDA; VALLA, 2005; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Ayres (2004a) aponta que a intervenção terapêutica, embora baseada na tecnologia científica, não pode ficar restrita à mesma, sendo necessário aproveitar as amplas trocas que se realizam no encontro profissional-usuário. O autor (p. 85) afirma que “é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência”.

Em relação aos relatos dos usuários, pode-se apontar, ainda, o predomínio de uma relação hierárquica, em que o médico detém o saber e o usuário é mero depositário deste. Neste sentido, Merhy (1987) aponta a similaridade do saber que rodeia as práticas sanitárias com o modo de produção capitalista em que se apresenta a dinâmica das classes sociais de dominação / subordinação. Assim, as relações estabelecidas entre médico-usuário reproduzem as relações hierárquicas do capitalismo, sendo o conhecimento dirigido para os interesses dos grupos dominantes e a prática médica orientada para uma assistência médica individual mantenedora dessas relações. Também para Bordieu (2006), o conhecimento e a comunicação podem ser instrumentos de dominação a fim de manterem a hierarquia de uma classe sobre a outra, refletindo nas relações de poder, material ou simbólico, presentes tanto nos agentes quanto nas instituições que compõem estas relações.

Para que seja possível operar mudanças no encontro entre médico-usuário, Franceschini (2005, p. 73) aponta para a necessidade de “um despojamento do que se sabe para observar o que não se conhece ainda”, porém, tal despojamento não é fácil, pois obriga o profissional a libertar-se de suas concepções e preconceitos para que as singularidades das pessoas possam emergir no encontro, possibilitando transformações na realidade do sujeito.

As vivências de situações de dificuldades na relação médico-usuário relatadas e avaliadas de modo negativo pelos usuários podem sugerir uma postura mais ativa deste usuário em relação ao atendimento médico e ao cuidado de si próprio, o que abre caminho para mudanças na assistência e reorganização dos serviços de saúde.

4.2.2. DIMENSÃO ESTRUTURAL

A dimensão estrutural relaciona-se ao modo como o NSF está estruturado para receber seus usuários e inclui aspectos referentes aos **recursos** disponíveis na Unidade de Saúde.

4.2.2.1. Recursos

Essa subcategoria descreve como os usuários avaliam a estrutura do NSF em relação ao espaço físico e aos recursos humanos, ou seja, como é avaliada a estrutura física e humana que o NSF oferece à comunidade a fim de atender suas necessidades de saúde.

Os **recursos físicos** referem-se à avaliação dos usuários em relação a forma como está estruturado fisicamente o local que frequentam, levando em conta espaço físico, tamanho, instalações e materiais disponíveis.

É bem pequenininho ali, né e às vezes tem muita gente ali e muitas vezes a gente tá sendo consultada e chega um médico bate na porta que tá precisando da sala e não tem sala, eu acho que deveria ser maior um pouquinho... até para que os médicos possam trabalhar mais sossegado, né, é, eu acho que às vezes o atendimento demora um pouco por falta de espaço mesmo porque muitas vezes o médico tem que esperar um ou outro acabar a consulta pra poder tá atendendo, fazer a consulta dele, então acho que tem ser maior mesmo. (P5; linhas 293 a 298).

(...) eu acho que o espaço é um pouco pequeno, né, porque assim, a sala que elas ficam atendendo as pessoas quando chega pra consulta já é perto daonde as pessoas ficam esperando, né, então, fica aquele barulho quando vai muita criança, né, aí, às vezes elas pede pra não gritar muito, pra não incomodar, eu acho que, assim, é um lugar bom, mas se for ver pra um hospital é um espaço pequeno, né ... poderia ser mais amplo, maior, né, ter mais comodidade pras pessoas, né, que nem ali, cê chega ali, aqueles, aquelas cadeiras ficam um nhec nhec, aqueles barulho, né, então, é coisa que incomoda tanto elas que tá lá dentro e tanto, tanto as pessoas que tá ali fora (...). (P12; linhas 139 a 146).

(...) o Núcleo é pequeno, o lugar é pequeno lá, não é grande, então podia ter uns aparelhos pra poder adiantar alguma coisa, né?, pra fazer um exame de sangue, ou um eletro, não faz nada que precisa de aparelho, né?, eles não tem aparelho de uso. (P11; linhas 72 a 74).

Eu acho que tinha que ter um espaço assim ... pra uma sala, pra tirar um raio-x, que nem a gente tem que descer até lá embaixo na UBDS para fazer (...) e ter assim um espaço pra por, tipo, uma farmacinha, para pegar o remédio aí mesmo, não ter que ir lá, pegar fila, misturar com os pacientes que tão lá (...). (P3; linhas 194 a 197).

(...) o médico conhece a família, ele conhece tudo o que ele precisa, ele sabe como agir, porém não tem recurso pra isso, eu chego lá, to morrendo de dor, ele vai falar pra mim “desce pra UBDS, vai passar lá, pega o remédio” (...) eu acho o Núcleo muito bom, o médico conhece a família, é ótimo isso, porém a hora que ele vê, ele não consegue socorrer, tem que mandar pra UBDS, você vê?, não adianta muito, é um monte de profissional ali que se tivesse a medicação pra eles poderem ta usando, ia ser mais bem trabalhado ou bem aproveitado, porque eles conhecem bem a gente, sabe o que tem o que não tem, os exames estão lá (...). (P9; linhas 60 a 67).

Ah, não, eu falo isso de ser feio, eu acho que o que importa é o atendimento, de que adianta um lugar todo bonito e você vai lá e ... não ... não posso falar mal assim dali porque a gente pra esperar ce senta ali não fica em pé, uma televisão feito de casa (...). (P6; linhas 222 a 224).

Os relatos apontam para uma insatisfação com os recursos físicos que o NSF disponibiliza para o atendimento da população. Os usuários avaliam negativamente o espaço físico do NSF, relatando ser pequeno, inadequado e com pouca infraestrutura, o que, segundo os usuários, atrapalha o atendimento da equipe em suas várias modalidades como acolhimento, consulta médica, recepção, privacidade do atendimento e tempo de espera pela consulta. Além da insatisfação com a estrutura física, também foram apontadas queixas em relação à insuficiência de recursos materiais (aparelhos e medicamentos).

Os estudos de Gaioso (2007), Ferri (2006), Pereira (2008) e Mishima et al (2010) revelam insatisfação por parte dos usuários com a dispensação insuficiente ou ausente de medicação e procedimentos, tais como: coleta de exames, curativos, aerossol, vacina, excisão

de sutura simples, entre outros. Vale ressaltar que os NSF desde sua instalação em 1999 têm parte de seus recursos materiais e humanos providos pela UBDS-CSE, que mantém o ônus destes procedimentos devido à proximidade com os NSF (CACCIA-BAVA, 2004).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 71) a estrutura mínima de uma Unidade de Saúde da Família deve conter “a tecnologia e os equipamentos que permitam a solução dos problemas de saúde mais comuns numa comunidade”, garantindo atenção básica à população sob sua responsabilidade. Entre suas instalações estão: sala de recepção, sala de vacinação, sala para cuidados básicos de enfermagem como curativos e pequenos procedimentos, o consultório do médico, o da enfermeira e a clínica odontológica. Apesar de a ESF ter como princípio norteador reordenar as práticas de cuidado e o modelo de assistência em saúde, tendo como pressupostos a promoção da saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado, percebe-se, segundo dados do próprio Ministério da Saúde, uma incoerência entre o que se propõe e a forma de estruturar o espaço físico do NSF, pois, a estrutura mínima descrita não comporta espaços para ações integrais, de promoção da saúde e multiprofissionais. Para Gaiosio (2007) as atividades médicas podem estar sendo privilegiadas nos NSF.

Na visão dos usuários o NSF poderia ser comparado em sua estrutura a um hospital, o que gera uma certa expectativa quanto à forma de organização do espaço e uma avaliação negativa, já que não possui as mesmas condições do espaço físico de um hospital. Os relatos apontam insatisfação dos usuários em relação aos recursos físicos do NSF, pois acreditam que este poderia ter mais equipamentos e salas com maior capacidade de atendimento e conforto.

Para Mattos (2001), a estrutura dicotomizada do sistema de saúde trouxe consequências sobre a organização e as práticas dos serviços de saúde, ou seja, o arranjo dos serviços de saúde centrava-se nos hospitais, o que faz pensar que este modelo hospitalocêntrico é, ainda, referência para estruturar os serviços de saúde na percepção dos usuários.

Os usuários avaliaram os **recursos humanos**, ou seja, como a equipe do NSF está composta, se o número de profissionais é suficiente ou se há necessidade de inserir outros profissionais na equipe mínima.

(...) você procura ela, a dentista, é só de quarta que ela tá ali (NSF) e outra coisa, ela só te dá uma olhada e manda você descer lá embaixo (UBDS) (...) podia ter um dentista mesmo, a semana toda, por que é melhor, é muito mais melhor, ia ajudar mesmo, né?, não ia só dar uma olhadinha e passar, né?(...). (P15; linhas 171 a 179).

(...) uma coisa que eu queria, assim, que tivesse no Núcleo era dentista porque ali não, ali a dentista que vai ali ela é da UBDS (...). (P16; linhas 131 a 132).

(...) seria até bom, sabe o que? que esses postos perto da casa da gente (NSF) fizesse a fisioterapia (...). (P2; linhas 76 a 77).

(...) era bom ter dentista, médico de vista, era bom (...) outros médicos (...) médico de coração que não tem (...) Acho que um médico só pra criança, né, ali é de criança, de adulto, tudo misturado junto, eu acho que precisava ter um ... um médico só pra criança. (P7; linha 246 a 250 e 287 a 288).

(...) era bom cê ter uma fono, você ter uma nutricionista, né (...), fisioterapia nem tanto porque aí já é pedir demais, mas algo assim, que dá mais atenção pras pessoas, pras pessoa idosa (...) poderia ter, é, que nem, assistente social pra conversar com a pessoa (...) eu acho que poderia ter uma pessoa pra pessoa desabafar, conversar (...) teria que ser uma pessoa especionada praquele ramo, assim, uma psicóloga, às vezes, que nem, eu e o pai dele tá assim meio separado, né, então, aí, poderia ter assim (...) ter uma psicóloga pra me orientar, né, conversar (...). (P12; linhas 216 a 234).

Acho que psicólogo também não tem (...) e eu vejo por aí, até porque eu tenho comércio, a gente vê que muitas pessoas têm depressão, sabe, tem muitos problemas (...) e não tem assim com tanta facilidade um psicólogo nos Núcleos, se você precisa eles encaminham, mas não tem, por exemplo, se eu chegar lá hoje assim eu não sei se tem algum que possa me atender, você entendeu, eu acho que deveria ter, é bem importante ter o psicólogo, ter um nutricionista ali mesmo pra tá orientando (...) às vezes que eu já fui que me orientou foram os médicos mesmo assim, clínico geral, mas um médico específico, assim, eu acho que deveria ter uma salinha para cada médico específico, é difícil (risos) ... mas eu acho que seria bem legal. (P5; linhas 228 a 241).

(...) pelo menos um psicólogo infantil, um pra adulto dá pra ter lá (UBDS), dá pra ter lá, entendeu?, apesar que hoje tem tanta gente precisando de psicólogo, de fazer terapia (...) mas aqui (NSF) eu acho legal, eu acho que poderia ter ... aí eu, eu acho que poderia ter sim, pra poder facilitar, entendeu? (P8; linhas 77 a 82).

Fora fora o médico, assim ... não sei se usa direto, tem paciente que faz tratamento, acho que um psicólogo tinha que ter ali, podia ter (...) às vezes tem o caso de a pessoa precisar de um psicólogo, que não atende o médico, né (...) o psicólogo tem pra atender a gente, mas aí tem que marcar a consulta, esperar a psicóloga vir, eu acho que tinha que ter uma psicóloga ali direto. (P3; linhas 210 a 215).

A maioria dos usuários aponta para que haja ampliação dos recursos humanos oferecidos pelo NSF e relata o desejo de que sejam inseridos outros profissionais na equipe. Os usuários citam dentista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, oftalmologista, cardiologista e pediatra como recursos humanos necessários para integrar a equipe do NSF e, assim, atender sua demanda de saúde.

Importante ressaltar a satisfação dos usuários com o atendimento e a relação estabelecida com os profissionais que já compõem esta equipe, conforme analisado anteriormente nas subcategorias equipe de saúde-usuário e médico-usuário. Considera-se, como uma hipótese que o pedido por outros profissionais por parte dos usuários se deva à facilidade de acesso e ao bom vínculo com o NSF, como também à visão biomédica bastante presente na comunidade, ou seja, os usuários acreditam que quanto mais especialistas puderem compor o quadro de profissionais, melhor assistidos estarão em relação a sua saúde.

Acioli (2005) aponta que as pessoas, ao procurarem pelo atendimento médico, geralmente preferem os especialistas, ainda mais quando a procura pela prática médica ocorre em situações de emergência, o que fortalece a necessidade do atendimento especializado e acaba por não corresponder à lógica da organização dos serviços do SUS. A visão que os usuários possuem dos recursos humanos que compõem a equipe do NSF pode sugerir, por um lado, a não compreensão do modelo da ESF, por outro, a discordância com a proposta oferecida pela ESF ou, ainda, que os trabalhadores da ESF não estejam identificando ou abordando as necessidades dos usuários numa perspectiva ampliada de saúde, o que reforça a necessidade dos especialistas.

Em relação ao dentista, vale mencionar que o profissional tem sua carga horária reduzida na equipe, conforme pôde ser relatado pelos usuários e observado nos NSF. O dentista passa parte de sua jornada de trabalho no NSF e outra parte na UBDS. Ferri (2006) em sua pesquisa também relatou a queixa dos usuários em relação à saúde bucal. Segundo o Guia Prático do PSF (BRASIL, 2001) a integração dos profissionais da Saúde Bucal na Unidade de Saúde da Família inclui a dedicação integral, devendo trabalhar 8 horas por dia, 40 horas por semana. No entanto, deve-se obedecer à proporção de uma Equipe de Saúde

Bucal (ESB) para cada duas Equipes de Saúde da Família. Destaca-se que tal prerrogativa não está sendo seguida, o que gera insatisfação dos usuários.

Os usuários avaliam, ainda, a necessidade de incorporação do psicólogo na equipe, o que pode ter sofrido certa influência pela interlocução com a entrevistadora que é psicóloga, porém, não se pode negar que alguns usuários relatam que quando houve necessidade de atendimento com este profissional, não conseguiram um respaldo nem da equipe e nem do serviço ao qual foram encaminhados, o que sugere dificuldades da ESF em organizar ações em relação à saúde mental.

4.2.3. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

Esta dimensão inclui aspectos referentes à forma como está organizado o serviço de saúde a fim de possibilitar o **acesso** dos usuários ao NSF e a outros serviços da rede de saúde.

Cabe ressaltar que a Constituição Brasileira de 1988, no que se refere aos princípios do SUS, destaca a questão do acesso aos serviços de saúde, sendo a saúde um direito de todo cidadão e a universalização do acesso um princípio a orientar a organização dos serviços de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1999; GAIOSO, 2007). BORGES (2002) define três qualidades para o acesso: acesso a uma estrutura física que garanta o atendimento dos usuários; acesso aos profissionais de saúde para atender sua demanda; e acesso aos profissionais de modo que se obtenha um espaço de negociação, escuta e diálogo de suas queixas.

4.2.3.1. Acesso

Esta subcategoria descreve como os usuários avaliam o **acesso** ao NSF em relação aos aspectos **organizacional** e **geográfico**, além da avaliação dos **encaminhamentos** feitos pelo NSF, o que significa o acesso a outros serviços de saúde.

O **acesso organizacional** refere-se ao modo como o NSF está organizado para receber seus usuários. Leva em consideração o horário de funcionamento, o tempo de espera, o

agendamento de consultas e a procura pelo NSF. Em relação ao horário de funcionamento do NSF, os usuários trazem as seguintes avaliações:

Meu marido ... foi uma vez só ... e ele precisava porque ele tem vontade de parar de fumar, né ... só que como assim o horário de lá do Núcleo é igual ao horário de serviço dele, então não dá pra ele ir (...) eu acho assim, fechado do meio-dia, acho que é das onze e meia, meio-dia até uma e meia, aí fica fechado eu acho que deveria ficar aberto para atender esses casos que nem atenderam pai de família na hora do almoço. (P3; linhas 82 a 83 e 90 a 92).

(...) uma coisa assim, é um direito de todo mundo, todo mundo tem direito de horário de almoço, só que quando o Núcleo tá fechado, tem horário pra almoço, horário pra abrir e pra fechar (...) mas tem que cumprir o horário de almoço tanto aqui (casa da usuária) como lá (NSF), então pra mim não vale nada, só que ali é assim, igual médico de plantão, ou então assim, cada um tem o seu horário, a turma da manhã sai, vamos supor que a da tarde já começaria, almoçaria antes, né? e a turma da tarde começaria, então tipo assim, mais horários, né? (pesquisadora): Pra você seria importante que o Núcleo estivesse funcionando no horário de almoço? (usuário): É ... é isso. (P14; linhas 151 a 158).

(...) quando a gente vai lá, tem vez, que a Maria (enfermeira) também não deixava, que era das sete, agora fica das quatro, passou o horário um segundinho ela já “não, não vai medir, já passou, tal, tem que ter horário marcado”, ela marcava pra medir a pressão, então, sempre, ela já cortou o horário (...) Tem horário pra medir a pressão (...) Eu não gosto, ixé! ... não gosto de jeito nenhum ... o médico marcou pra eu ir, não fui nenhuma vez nos horário marcado, tem que pagar na farmácia pra medir a pressão ... eu pegava, levava o papelzinho do médico, pagava na farmácia pra medir (...) eu acho, devia chegar e medir. (P7; linhas 258 a 270).

Os usuários apontam para uma dificuldade em relação ao acesso ao NSF no que se refere à disponibilidade do horário de funcionamento e queixam-se, principalmente, do fechamento do serviço no horário de almoço. Tal fato, como apontam os usuários, dificulta o acesso da maioria dos trabalhadores, especialmente os homens.

Ao se avaliarem, especificamente, as necessidades de saúde da população masculina, vale destacar que o Ministério da Saúde, em 2008, em parceria com gestores do SUS, sociedades científica e civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional, elaborou um documento referente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de incluir os homens nos serviços de saúde. Tal política tem como um dos principais objetivos “promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos” (BRASIL, 2008b, p. 03). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve estar alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, a fim de permitir e estimular o autocuidado e reconhecer a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. Além disso, o documento evidencia que se a procura pelos serviços de saúde ocorresse logo na atenção básica, muitos agravos à saúde poderiam ser evitados ou minimizados. Assim, é necessário identificar e compreender as barreiras socioculturais e institucionais que impossibilitam ou dificultam o acesso dos homens aos serviços de atenção básica. Deve-se considerar que o pedido para ampliação do horário de funcionamento é uma questão relevante para atender não só os homens como a maioria dos trabalhadores, o que ampliaria, assim, o acesso da população ao atendimento em saúde.

A questão de agendamento para realização de alguns procedimentos é criticada por uma das usuárias. A necessidade de marcar horário para medir a pressão dificulta seu acesso a este serviço e, segundo a usuária, faz com que a mesma procure outro lugar para ser atendida em sua necessidade. Assim, restringir horários para realização de certos atendimentos pode significar menor possibilidade de acesso e, conseqüentemente, de escuta às necessidades do usuário.

Outro aspecto analisado refere-se ao tempo de espera na recepção, ou seja, o quanto aguarda até ser chamado para o atendimento procurado.

Tem uma demora assim, é ..., às vezes não, às vezes eu chego lá e é rápido, tem menos gente entendeu? é rápido ... às vezes eu sento ali e demora um pouquinho mas não exagerado igual no Hospital, quatro horas ... quatro horas ... não tem condição. (P13; linhas 104 a 106)

(...) às vezes demora, mas não é uma coisa assim, tanto, né, demora às vezes uma hora (... mas eu acho assim, que eles demoram tanto, pra atender a gente bem (... quando

eu entro na sala é demorado mesmo, não posso querer que as pessoas vai rápido, seja atendida rápido e quando é comigo se demora eu não falo nada, então, eu não acho assim que é uma coisa demorada assim, né, porque às vezes a gente chega lá, a pessoa ainda tá na sala que é antes da gente, então não me importo assim, de demorar muito (...). (P16; linhas 26 a 34).

(pesquisadora): A senhora falou que espera um pouco ... (usuário): Espero, um pouco, mas não muito, dá pra agüentar ... acho que até no convênio a gente tem que esperar, então, a gente tem que ter paciência. (pesquisadora): Geralmente, quanto tempo a senhora acha que espera lá? (usuário): Ah, uns vinte minutos ... uns vinte, vinte e cinco minutos, dá pra esperar. (P3; linhas 31 a 35).

No Núcleo espera, que tava marcada uma consulta pra mim na terça-feira, duas horas da tarde ... duas não, dez horas da manhã ... dez horas, foram atender quase onze horas ... então eu falei “nossa, consulta muito demorada” ... espera um pouco. (P7; linhas 167 a 169).

Os usuários avaliam que existe uma demora no atendimento, no entanto, não parece impossibilitar o acesso ao NSF, já que, em vários momentos, como se observa nos seus relatos, acabam significando ou relativizando tal demora, seja porque o atendimento em outros serviços tem um tempo de espera muito maior, seja porque a demora é justificada pelo bom atendimento que receberão ao entrar na consulta ou, ainda, pelo fato que depende da quantidade de pessoas a serem atendidas. Porém, é necessário levar em conta as demandas da população e organizar o serviço de forma a possibilitar o menor tempo de espera possível.

Quanto ao agendamento das consultas, que se refere ao tempo de espera entre uma consulta e outra, os usuários relatam:

(...) se vai marcar consulta é pra daqui dois meses, aí num dá, fala não, eu preciso de um médico ... lá tem tudo ... na hora ali, não espera muito tempo ... (P11; linhas 59 a 60).

Eles marcam de 3 meses, mas eles falam que se precisar pode voltar né, aí eu volto de novo hora que eu preciso. (P1; linhas 32 a 33).

É, eu precisei, fui lá, não tinha consulta, ele me atendeu na hora, eu cheguei lá, ele chegou, falei “tá acontecendo isso comigo, eu tô com a respiração ofegante, eu tô preocupada” (...) foi aí que o médico examinou meu coração, me pediu pra fazer o raio-x, entende?, sem consulta marcada. (P2; linhas 257 a 261).

(...) eu precisava de uma receita pra medicação (...) com o Dr Júlio (psiquiatra (...), vou ter que esperar, a minha consulta é em dezembro. Eu quero ficar esperando dois meses a minha consulta? Pra não conseguir o que eu queria? Eu vou em outro lugar, que eu pago pra conseguir a receita e tomo. (P14; linhas 16 a 22)

(...) porque assim, quem pede, igual, quem tem depressão, você vai lá, você quer ser atendido, muitas vezes a pessoa que têm depressão quer ser atendido naquela hora ali ou às vezes um dia depois e na maioria das vezes marca pra daqui três ou quatro meses, se tivesse um médico ali já seria atendida... não é?... então eu acho que, sei lá, eu acho que tá bem defasado mesmo nesse sentido, do profissional. (P5; linhas 271 a 274).

Os usuários relatam que há uma espera para o agendamento de consultas e avaliam que tal espera não impede o atendimento da comunidade, ou seja, avaliam que sempre que há necessidade de atendimento são recebidos pela equipe do NSF mesmo que não seja uma consulta agendada. Dessa forma, os usuários mostram-se satisfeitos com a forma de agendamento das consultas, pois podem deixar agendado seu atendimento e, ainda, caso sintam necessidade, procurar o atendimento antes do período marcado.

Em consonância com dados apresentados anteriormente, os usuários avaliam negativamente a atenção prestada na área da saúde mental, o que sugere que, apesar de permitir o seu acesso ao serviço, há uma dificuldade da equipe em acolher o sofrimento mental, o que leva o usuário a recorrer a outros serviços de saúde, muitas vezes particulares, para receber o atendimento de que necessita, já que o agendamento da consulta tem um tempo longo de espera no que se refere a suportar a dor psíquica, conforme relato dos usuários.

Outro aspecto a ser levado em conta na avaliação organizacional do acesso é a procura pelo NSF, ou seja, em que circunstâncias os usuários buscam pelo atendimento no NSF:

(...) é numa emergência, no retorno que a gente passa mesmo lá (NSF) ... e ... assim, é mais quando tem aquele eventual, que a gente vai fora de horário, sempre que eu cheguei lá, eles me atendeu (...) e quando tá nas consultas marcado também, que a

gente vai, de seis em seis meses, de três em três meses, que eu faço tratamento, que eu tenho problema de coluna, então eu faço acompanhamento lá. (P3; linhas 29 a 39).

(...) porque a gente vai (no NSF) mais assim se tá doente, se tá sentindo alguma coisa (...), só procura (o NSF) hora que precisa mesmo, quando não dá, eu mesma vou a hora que eu vejo que não dá, se eu vejo que dá para passar eu procuro nem ir ... não por que do atendimento, nada, porque eu realmente não gosto de tá indo, eu prefiro ... agora se apertar mesmo, ficar ruim, aí tem que ir. (P5; linhas 64 e 81 a 83).

(pesquisadora): A senhora tava falando também que tem a consulta marcada lá no Núcleo, mas que às vezes a senhora não vai, geralmente, quando a senhora procura o Núcleo mesmo? (usuário): Quando eu preciso de receita (risos), porque sem receita lá embaixo (UBDS) eles não dão ... aí eles tão com a razão, eles tá vendo o cartão, tá com a consulta marcada, faltou, então, eles não dão não ... então, aí eu tenho que ir de qualquer jeito pegar o, passar no médico pra pegar receita (...). (P7; linhas 182 a 186).

(pesquisadora): E a senhora geralmente procura lá o Núcleo pra quê? (usuário): Ah!, é só porque eu pego as receita lá, né?, pra pegar os remédios no Posto (UBDS) e todo encaminhamento pra tudo que você precisa é daí que sai ... já fui encaminhada pra Rua M (UBDS) ... problema de varizes (...) tudo que eu peço pra eles aqui, eles me encaminham, direitinho (...). (P10; linhas 41 a 45).

Eu acho que lá deveria ter uma coisa assim, só vem quem tá doente (...) eu não concordo com aquelas mães que vai pra lá com uma criança pra tratar e leva quatro junto pra consultar ... porque a pessoa tem que se conscientizar que lá é o lugar que tem mais micróbio, mais doença pra contagiar, então, quanto menos você puder ir num lugar desses melhor é (...) se quiser o Posto tá lá pra dar o remédio pra ajudar ... então, eu acho que essa criançada têm de tá doente, cê tá me entendendo, que eu acho, a única coisa que eu acho, ponto negativo, que a gente chega lá, dali a pouco chega uma mãe com um carrinho, a gente vê que é uma criança que vai consultar, mas ela trouxe o filho da vizinha, trouxe o filho da sobrinha, ela não contenta em levar só o dela (...) eu acho que lugar de doença não é lugar de fazer festa, levar a molecada ... só vou no médico quando eu preciso ... passear não, passear no médico pra pegar doença (risos) nem em hospital. (P10; linhas 174 a 184 e 190 a 192).

Os relatos dos usuários demonstram uma visão do NSF mais como um local para o atendimento de situações de urgência do que de acompanhamento longitudinal, ou seja, muitos usuários têm o acesso ao NSF garantido pela consulta eventual. Além disso, o NSF é novamente referenciado, quase que exclusivamente, como um lugar para o tratamento de doenças, focado no atendimento médico e, assim, centra-se no modelo biomédico de atendimento em saúde. Vale ressaltar que os relatos dos usuários referem o NSF como um lugar disseminador de doenças e que, portanto, deveria ser evitado ou, ainda, buscar a receita médica e a medicação na UBDS para tratar as doenças.

Os usuários não apontam para o uso de outras intervenções que não a busca pela cura da doença, não sendo mencionadas atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção da doença. É importante destacar que a ESF tem como um de seus princípios o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, a fim de ser mais uma ferramenta para ampliar o modelo de assistência em saúde e reorganizar as práticas de cuidado. É tarefa da ESF educar a população para a reorientação desse modelo e, assim, possibilitar que os usuários, no cotidiano dos serviços de saúde, apropriem-se gradativamente de uma visão mais ampliada dos serviços de saúde. Para que isto ocorra, é fundamental que os serviços de saúde organizem-se em torno de uma prática de atenção e de arranjos tecnológicos que possibilitem ao usuário refletir e transformar suas atitudes diante do cuidado.

Para Mattos (2001), os serviços de saúde devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem e não exclusivamente organizados para responder às doenças dela, o que significa basear-se na integralidade como forma de estruturar os serviços de saúde. Para que isso ocorra é preciso diálogo entre os diferentes sujeitos e seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde, o que acaba por articular a demanda espontânea e a programada.

O aspecto **geográfico** diz respeito à localização do NSF na comunidade na qual está inserido, ou seja, a distância do serviço de saúde da comunidade.

(...) tem que ter em todos os bairros, tem que ter até mais, (...) mais perto ainda da gente, apesar que ali (NSF) não é longe, umas quatro quadras daqui lá, pra mim aqui resolve, agora pra UBDS, amanhã eu vou chamar um táxi pra me levar pra pegar remédio, porque pra mim ir lá já é longe (...). (P2; linhas 282 a 285).

(pesquisadora): *E por que mais a senhora prefere o Núcleo?* (usuário): *Ah, porque é pertinho também da minha casa, né, não é?* (P1; linhas 74 a 75).

(...) é mais perto (...) é bem mais prático, né porque tudo lugar que a gente ia era muito longe, então não, é bem mais perto, isso é melhor. (P6; linhas 187 a 189).

Com relação ao aspecto geográfico do acesso, os usuários sentem-se satisfeitos e avaliam que a proximidade do NSF traz maior facilidade para procurarem o atendimento e praticidade para sua vida. A localização perto das casas dos usuários torna-se ainda mais importante quando necessitam de maior acompanhamento pela demanda de saúde.

Percebe-se que os usuários demonstram satisfação ao se referirem à pequena distância do NSF de suas casas, ao curto tempo que disponibilizam para se locomoverem e, ainda, a possibilidade de irem a pé, não necessitando de outros meios de transporte para chegarem ao serviço. Como um dos pressupostos da APS, a localização estratégica permite a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem para que o acesso seja facilitado e dê início ao primeiro contato de um processo continuado de atenção em saúde.

Vale ressaltar que um dos pontos centrais na proposta da ESF diz respeito à territorialização. O território, além de ser um espaço localizável e definido, sujeito à ação humana, é também produto social preenchido de subjetividades e construído em função das necessidades coletivas (CACCIA-BAVA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2004). O território é um espaço em permanente construção e reconstrução, já que é produto da dinâmica social e, por constituir-se como um território-processo, institui-se como “território de vida pulsante, de conflitos e interesses, de projetos e de sonhos” (MENDES, 1996, p. 249).

A facilidade de um atendimento próximo a casa dos usuários, além de possibilitar maior acesso aos serviços de saúde, permite um diagnóstico da região adscrita a fim de conhecer os problemas de saúde dessa população e, assim, ofertar serviços que correspondam às necessidades de saúde da comunidade, definindo prioridades e recursos a serem empregados. Gaioso (2007) em seu estudo também refere satisfação dos usuários em relação ao acesso geográfico, ou seja, a proximidade do NSF das casas dos usuários, o que traz comodidades e facilita o acesso aos serviços de saúde.

Os usuários também avaliaram o **acesso** em relação a outros serviços de saúde, ou seja, referem-se aos **encaminhamentos** dados pelo NSF para continuidade do atendimento em outros serviços com níveis de maior complexidade de atenção à saúde.

(...) agora eu resolvi fazer na minha casa e pago pro fisioterapeuta ... então, já não é necessário mais esse atendimento pra mim, de fisioterapia, porque como eu tenho que me deslocar de casa, mal posso andar e tudo mais, então eu preferi fazer em casa o

tratamento (...) uma vez eu peguei pra fisioterapia uma autorização que eu tive que ir num outro Posto (UBDS), aquela dificuldade, né, vai, chega lá, não tem vaga, você tem que ir no dia seguinte (...) é aquela amolação, passa pelo médico lá, marca consulta, né ... depois torna a voltar, eu achei muita confusão de vai e vem ali, porque eles encaminham a gente lá naquele Postão (UBDS) ... ali eu achei ruim. (P2; linhas 24 a 27 e 61 a 65).

(...) igual meu menino, eu não consegui que ele tratasse os dentes pelo posto (NSF) porque eles falam que tem na escola, só que na escola não trata e aí no posto (NSF) eu não consigo porque eles jogam, aí fica aquele jogo, joga pra cá, mas eu acho que é porque ela (dentista) não pode mesmo, né, é algum termo que eles têm lá que não pode tá atendendo, se tem o dentista na escola então tem que ser atendido na escola (...) pra ela atender lá na UBDS eu preciso passar com ele aqui no Núcleo, então ela não pode atender ele porque tem na escola, eu já levei ele, mas não pode, ela chegou, ela olhou, deu toda atenção, só que ela não pode, porque têm na escola... e a escola não faz ... não atende ... e assim ele perdeu (...). (P5; linhas 206 a 209 e 217 a 219).

É psicólogo, ali não tem ... eles mandam pra um lugar bem ... que uma vez minha menina precisou, né ... aí tinha que entrar numa fila enorme até chegar a vez dela, complicado né, aí depois então a gente teve que ir lá na Faculdade (...) e era muito difícil, era noite, tinha que ficar ocupando as pessoas pra levar, aí complica, aí ficou por aquilo mesmo, sabe ... precisava ter um lugar mais perto pra dar um jeito de ... de levar né (...). (P6; linhas 247 a 251).

(...) eles (NSF) pedem um exame de urgência, aí agora tem esse negócio deles mandar com encaminhamento pra pedir autorização, pra ver quando vai ser autorizado, pra você ir marcar, isso leva tempo (...) meu marido tava fazendo um tratamento que ele descobriu que ele tava com uma pedra e, uma, tipo um apendicite, né (...) aí ele foi lá (NSF), falou que tava com muita dor, foi atendido, mas isso já faz quase nove meses que ele tá esperando o pedido (...) ou é a cirurgia ou é o tratamento, né, mas toda vez a gente vai lá, elas (recepção) falam “ah, se você não, se não ligaram pra você é porque ainda não chegou”, né, mas se é caso de urgência quando vai, né, vai, tem que ficar esperando, né? (...) o problema é esse, antes não era assim, antes você ia, eles já davam o encaminhamento, já ia já agendava no hospital, agora não, agora é esse negócio,

você tem que aguardar, né, aí se você vai e fala que ainda tá com dor, pede pra ligar pra ver se o papel já ficou pronto, eles falam que tem que esperar, que não é culpa deles, aí só vai receitando dipirona pra pessoa tomar, mas coisa que num, né, se for ver não adianta nada, né (...) o problema ali mais é esse mesmo, da demora do encaminhamento. (P12; linhas 7 a 22).

Os usuários avaliam negativamente o acesso a outros serviços de saúde, ou seja, os encaminhamentos feitos pelo NSF não trazem resolatividade para as questões de sua saúde.

Os relatos dos usuários apontam para uma dificuldade na comunicação na rede de serviços de saúde e, assim, na continuidade do atendimento e na integralidade da atenção, o que traz como consequência a insatisfação e muitas vezes o abandono do tratamento ou, ainda, quando possui condições financeiras, o usuário acaba por procurar pelo serviço privado para atender suas necessidades de saúde.

Mishima et al (2010) afirmam que a duplicação da utilização dos serviços de saúde pelo usuário, ou seja, a utilização simultânea dos serviços de saúde, sem continuidade do atendimento, com múltiplos prestadores do serviço e sem as devidas articulações da rede, pode ser avaliada como um indicador da insatisfação dos usuários.

O SUS tem como um de seus pressupostos o atendimento integral à pessoa e a responsabilização pelo cuidado, ou seja, os serviços de saúde que compõem a atenção básica, como é o caso da ESF, são responsáveis pelo acompanhamento do usuário até a resolução de sua queixa.

Questiona-se que o encaminhamento não está funcionando como uma forma de continuidade do cuidado e de ampliação ao acesso aos demais serviços de saúde para auxiliar na resolução das queixas e sim como uma transferência de responsabilidade para o setor secundário e terciário. Assim, uma vez que um serviço transfere a responsabilidade para o outro e este não acolhe, o problema passa a ser exclusivo do usuário e passa a não ser mais uma questão da rede de atenção à saúde.

Neste sentido, Pereira (2008) aponta que nas diretrizes do Ministério da Saúde a prática dos encaminhamentos deve estar atrelada à responsabilização pelo atendimento nos demais níveis do sistema, não bastando enviar o usuário ao serviço secundário, mas se comprometendo em estabelecer uma comunicação que assegure a complementaridade e continuidade da atenção ao usuário. Ayres (2004b) afirma que a responsabilidade para o cuidado em saúde é extremamente relevante em qualquer nível de atenção.

A questão dos encaminhamentos é bastante complexa e por não ser o foco deste estudo acredita-se que novas pesquisas devam ser realizadas para saber como ocorrem os encaminhamentos e a comunicação entre os diversos níveis dos serviços de saúde, a fim de compreender a dinâmica da rede de serviços em saúde e auxiliar o usuário na resolutividade de suas necessidades.

4.3. CONTRAPONTO

4.3.1. Diferenças com outros serviços

Esta categoria descreve as percepções que os usuários possuem em relação às **diferenças** existentes entre o NSF que frequentam e outros serviços por eles utilizados. As diferenças centram-se no **acolhimento e vínculo**.

(...) como eu usava a U (convênio), por sinal lá eu tinha horário marcado e eu tinha que esperar muito, tinha uma clínica lá que eu cheguei a esperar duas horas, com horário marcado ... então, você vê, aí (NSF) você espera dez minutos, cinco minutos, já me chama, já fui sem consulta, que eu precisei, sem o horário de consulta e eles já me atenderam (...) imagina se no particular você vai sem marcar consulta? Não pode e aí eles me atenderam. (P2; linhas 251 a 255).

Ah, eu penso que é totalmente diferente (NSF e UBDS) porque no Núcleo se, assim, que nem ele (filho), uma vez eu levei ele com dor de ouvido ele tava chorando muito, ele tava com muita dor de ouvido e eu levei ele, aí cheguei lá, fiquei, esperei um tempão em base de umas duas horas e meia pra ele ser atendido, aí quando ele foi atendido, aí veio o médico, colocou o aparelhinho no ouvido dele e ele gritava de dor (...) judiou dele bastante que ele chorava, chorava, eu morri de dó, né (...) porque no Núcleo eles nunca fizeram isso, né, eles pode vê, mas se a criança chorar que nem, eu acredito assim, que se fosse no Núcleo que eu tivesse levado ele com dor de ouvido e o médico colocasse o aparelhinho e visse que ele tinha chorado, ele ia falar tal o jeito que tá porque eu já vi isso, eles falar, chamar, no caso ali que era o Alexandre (médico), chamava "ó, eu

olhei, tal, o ouvido dele tá assim, assim, assim", mas não colocar, fazer a criança chorar de novo, não, que nem na UBDS eles fizeram isso e eu não gostei porque gritando de dor (...). (P16; linhas 78 a 89).

Ah então, no convênio não tem isso não, no convênio é mais rápido a consulta deles (...) conversar com a gente é melhor (...) com qualquer pessoa demora a consulta mesmo, com qualquer pessoa eles demoram, na consulta ginecológica, explica tudo, isso aqui, no convênio não tem isso, primeiro exame ginecológico que eu fiz aqui eu vi a diferença com a minha médica, tudo ela falava, nunca a minha médica falou isso pra mim. (P8; linhas 153 a 159).

... tem mais gente, na UBDS tem mais que aí (NSF) e aí quer dizer que eles te atendem com paciência, com carinho, lá mais é correria, né, um chega tem que socorrer um mais, que tá pior e já largar o outro e já, né (...). (P4; linhas 118 a 119).

(...) eu gosto, eu gosto do atendimento ali (NSF) ... só que eu acho assim que ele é melhor do que a UBDS, a UBDS é mais tumultuado, ali é mais tranquilo (...) eu prefiro o do Núcleo (...) eu creio que é menos gente, eles dão mais atenção, tem tempo né?, pra verificar melhor (...). (P13; linhas 21 a 33).

(...) é algo diferente, que nos outros serviços não tem, nunca ouvi falar que algum médico do hospital veio até a casa da gente, nunca ouvi, agora ali no núcleo a gente sempre vê eles chegando nas casas por aí. (P3; linhas 171 a 173).

Aí, a única coisa que tem diferença assim, que a gente não tem contato muito com as, com os pessoal de lá (UBDS) que nem a gente tem aqui (NSF), né?, que a gente sempre, assim, elas vem aqui, que nem, a Mariana (ACS) ou senão, de vez em quando a gente tá passando, a gente vê mais os menino aqui do Núcleo, agora lá na UBDS não, né?, é um pouco mais afastado, é a única diferença (...) melhor a aproximação, é, tipo uma família, né? ... é, é, é melhor. (P15; linhas 29 a 39).

(...) agora cê chega num hospital que cê num conhece ninguém, né, aí cê fica lá a hora parece que num passa, então, tinha que ter mesmo o Núcleo, o Núcleo é da família, mas, tipo, tem muita colega minha que eu fiz muito no Núcleo, aí eu vou lá, encontra,

tudo, é muito mais família, entendeu, a hora passa e a gente não vê e só da gente não ficar estressado, não brigar com médico, eu nunca vi ninguém brigar com médico no Núcleo, agora na UBDS a maioria das vezes que vai, vê, entendeu, porque a gente fica olhando no relógio e a hora não passa, não passa, porque qualquer pessoa que chega e você conversa e conhece e aquela amizade na hora, ajuda a hora a passar, né, e no Núcleo não, tem sempre alguém que você conhece, então você não fica estressado, o médico vai atender, cê vai, o médico chama, cê vai rindo, sabe, cê chega, cê conversa, cê não fica estressado, cê conversa com o médico rindo, entendeu, não fica estressada, porque não estressa, eu penso que no Núcleo eles não se sentem sobrecarregado do jeito que o paciente também se sente melhor, sabe, eu penso assim, é outra coisa, acho que é totalmente diferente (...). (P16; linhas 415 a 425).

Através dos relatos é possível perceber diferenças em relação ao acolhimento e ao vínculo estabelecidos entre usuários e equipe do NSF e entre usuários e os profissionais de outros serviços de saúde que frequentam ou frequentavam, como a UBDS e o convênio. Tais diferenças estão na maneira como são recebidos pela equipe do NSF, com atenção, paciência e carinho e na escuta médica, que é avaliada pelos usuários como de maior cuidado do que ocorre em outros serviços. Assim, o médico do NSF é tido como alguém próximo e atencioso, que explica, informa e cuida deste usuário de forma diferenciada dos outros serviços de saúde.

Vale destacar um diferencial da ESF, que são as visitas domiciliares, percebidas pelos usuários como exclusivas do NSF. Infere-se que a ideia das visitas domiciliares auxilia na integralidade da atenção e é um aspecto de diferenças entre o acolhimento do NSF e o de outros serviços. Além disso, as visitas podem ser facilitadoras de uma maior vinculação com a equipe do NSF.

Os relatos dos usuários apontam para uma diferença significativa no estabelecimento de vínculo no NSF, uma proximidade com a equipe deste serviço que não ocorre em outros serviços de saúde. Vale destacar que um dos pontos centrais da ESF é o estabelecimento de vínculos. Assim, os usuários mostram que a relação estabelecida com a equipe é mais intensa do que em outros serviços, o que aproxima o NSF de uma família, assemelhando-se a sua casa. Estes relatos estão em concordância com a análise feita anteriormente nas subcategorias equipe de saúde-usuário e médico-usuário.

Dessa forma, admite-se que a ESF está conseguindo colocar em prática alguns de seus pressupostos, como o estabelecimento de vínculos e cuidados diferenciais, podendo, assim, auxiliar na reorientação do modelo assistencial.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma tentativa de efetivação das diretrizes do SUS e de reorientação das práticas em saúde trouxe novos questionamentos e reflexões no âmbito da Saúde Pública no Brasil. Neste contexto várias mudanças têm sido propostas e implementadas e a efetivação da ESF encontra-se ainda em processo, já que a transformação e a aceitação das novas propostas e práticas ocorrem lentamente, coexistindo o modelo antigo e o novo. Neste processo de mudanças a temática da avaliação dos serviços de saúde vem ganhando espaço no Brasil e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) aponta a importância da institucionalização da avaliação de tais serviços. Em tal perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo investigar a satisfação / insatisfação de usuários com o serviço de saúde frequentado, dentro do contexto da ESF e, ainda, as concepções de saúde dos mesmos.

No presente estudo, os usuários, de um lado, conceituaram saúde através do oferecimento de tratamentos medicamentosos, exames e consultas médicas, numa concepção reducionista do processo saúde-doença, na qual a doença, a cura, a figura do médico e o saber biomédico continuam como foco dos serviços de saúde. O modelo, marcado pelo biológico e pelo mecanicismo, faz do corpo uma máquina que necessita de reparos, desconsiderando o corpo como um agente de cultura e, portanto, produto da socialização. Além disso, tal modelo de atenção em saúde coloca o sujeito numa posição de dependência, na qual não se reconhece sua autonomia diante do processo saúde-doença (LUZ, 2007). Por outro lado, os usuários também referenciaram a saúde de modo ampliado, para além da ausência de doença, vista como acesso à moradia, educação, paz, alimentação e lazer. Saúde foi conceituada como alegria, ânimo e disposição para trabalhar e realizar as tarefas do dia-a-dia. Tais concepções de saúde, ancoradas numa visão do ser humano integral, apontam para as possibilidades de efetivação das mudanças, uma vez que se afinam com as propostas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) para o trabalho na ESF.

Os usuários, ao buscarem o serviço de saúde, levam consigo uma expectativa e um desejo do modo como querem ser cuidados. Dependendo da concepção de saúde e do modelo de atendimento que possuem podem requerer um certo tipo de prática de cuidado em saúde. Destaca-se que se trata da construção de um novo modelo de atenção em saúde que convive com práticas e modelos anteriores e, neste sentido, constitui-se em um desafio a implantação de novas modalidades de cuidado.

Nesta direção, a presente pesquisa constatou duas concepções de cuidado predominantes na visão dos usuários. Uma delas centraliza o cuidado no âmbito biomédico, ou seja, trata o indivíduo de maneira fragmentada, o médico é a referência dos serviços e é visto como o detentor do saber e do modo de cuidar, utiliza-se de procedimentos e da frequente medicalização na busca pela cura da doença. Neste modo de cuidar, a tecnologia traz como consequência a racionalização que acaba por intermediar a relação de cuidado entre médico e paciente, desvitalizando as relações entre os diversos atores envolvidos no processo saúde-doença (FIGUEIREDO, 2003). O destaque dado pelos usuários à medicação possibilitou uma reflexão acerca do modo como este recurso tem sido usado, ou seja, todo tipo de sofrimento ou tristeza parece receber um medicamento a fim de um alívio imediato para a dor vivida. Neste sentido, são restritos os espaços para se conhecer e compreender o sofrimento e a dor do usuário ou qual é a necessidade de cuidado que se demanda e, assim, reforça-se a crença de que para cada dor existe uma pílula “salvadora”, algo externo à pessoa e que resolverá seus problemas (LUZ, 2007). Aponta-se a necessidade de uma postura mais ativa do usuário em busca de recursos para potencializar sua melhora de saúde e sua qualidade de vida, questionando tal visão reducionista e biológica do cuidado e ainda a importância da formação dos profissionais de saúde de forma que possam integrar em suas práticas o exercício da politização, da prevenção da doença e da promoção da saúde. Por outro lado, os usuários também apresentaram uma concepção ampliada de cuidado. Diferentemente do modelo biomédico, tal concepção propõe um atendimento mais integral com foco nas necessidades de saúde e no acolhimento, com espaço para que a subjetividade presente na relação profissional de saúde-usuário possa emergir e que juntos possam encontrar caminhos para lidar com o sofrimento e a dor. Este tipo de cuidado é capaz de promover a abertura de espaços de interlocução e, assim, a valorização da singularidade e de novos modelos de atenção à saúde, o que possibilita uma intervenção voltada às necessidades de cada sujeito, que vai para além do cuidado biológico.

Notou-se nesta pesquisa que os discursos sobre saúde e cuidado, numa visão mais ampliada de saúde e relacionada à integralidade, têm convivido com o discurso biomédico e com uma visão fragmentada do ser humano, o que era esperado já que se vivencia um período de transformação das práticas em saúde, cuja efetivação em processo ocorre de maneira lenta. Ficam evidentes o desafio proposto para a área da saúde e o longo caminho a ser percorrido, o que envolve ousadia e criação. Faz-se necessário, neste momento, aprofundar as experiências e reflexões acerca da atuação em saúde para poder avaliar as forças em jogo neste processo e, ainda, envolver os usuários como parceiros na construção deste novo modelo.

Para concretizar no cotidiano dos serviços de saúde as diretrizes da ESF e consequentemente do SUS, reestruturando o perfil assistencial, é fundamental a interlocução com os usuários. A efetiva implementação da participação popular na organização de serviços de saúde torna-se primordial para a reorientação de um modelo de assistência pautado na integralidade e na construção de serviços que respondam às necessidades de saúde dos usuários. Acredita-se que a participação popular nos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde deva ser encorajada visando a que a população efetive o princípio do controle social e, assim, possa formular, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde capazes de promover mudanças significativas e condizentes com sua realidade. A abertura de espaços nas Unidades de Saúde para que os usuários possam falar de suas demandas, expectativas e participar da produção do cuidado, numa postura de co-responsabilidade, pode ser um caminho para efetivar transformações.

A presente pesquisa ao propor aos usuários a avaliação dos serviços de saúde que frequentam, considerando sua satisfação, consistiu-se em uma tentativa de dar voz aos usuários. Os resultados, de maneira geral, apontaram para uma avaliação positiva e satisfatória da Unidade de Saúde da Família estudada. As relações estabelecidas entre profissional e usuário foi um dos pontos de grande satisfação. Foi descrita e valorizada pelos usuários, a maneira atenciosa, disponível, carinhosa, eficiente e amiga com que são recebidos e cuidados na unidade de saúde da família pelos profissionais e, ainda, foi reconhecido o estabelecimento do vínculo, de tal forma que os usuários relataram o NSF como um local de referência na área de abrangência. Enfatizaram, ainda, o cuidado, a ética no trabalho, o acolhimento e a escuta qualificada como importantes requisitos no estabelecimento das relações entre usuários e equipe de saúde. Dentre os profissionais da equipe, a figura do médico ganhou destaque nos relatos dos usuários no que se refere ao cuidado e ao vínculo, o que nos fez pensar na centralidade deste profissional nas práticas de cuidado, ou seja, o médico ainda é visto como a referência nos serviços de saúde, apesar dos discursos que enfatizam a interdisciplinariedade. Porém, vale ressaltar que os usuários valorizam os aspectos do vínculo nesta relação com o médico e não só pelo saber técnico que este possui, dando importância aos aspectos relacionais do cuidado. Assim, o investimento em tais aspectos, ou seja, nas tecnologias leves e no acolhimento, possibilitam espaços de encontro entre profissional-usuário capaz de estabelecer diálogos e reorganizar o processo de trabalho na atenção básica à saúde. Ressalta-se que os usuários percebem mudanças no funcionamento das unidades e valoriza-as.

Em relação à organização dos serviços os usuários avaliaram que é necessário um maior investimento na estrutura física e humana do NSF. Conforme foi relatado pelos usuários tal investimento poderia melhorar a qualidade do atendimento. O espaço foi considerado pequeno e inadequado e, ainda, foi apontada a insuficiência de recursos materiais (aparelhos e medicamentos), o que, segundo os usuários, compromete o acolhimento, os atendimentos, a privacidade das consultas e o tratamento. Através dos relatos pode-se perceber insuficiência de recursos, mas, por outro lado, também uma visão dos usuários que compara a estrutura do NSF à estrutura de um hospital. Além disso, ao requererem mais profissionais para integrar a equipe acabam por introduzir a figura do especialista, o que aponta para a fragilidade da rede de atenção em saúde, onde, de acordo com os usuários, os encaminhamentos não resultam em atendimentos resolutivos.

Apesar do foco deste estudo não ser o acesso a outros serviços, este foi um ponto frequentemente citado pelos usuários e que merece reflexão. Assim, o acesso a outros níveis de atendimento em saúde foi percebido como de maior dificuldade, ou seja, os encaminhamentos feitos pelo NSF não pareceram trazer resolutividade para as questões de saúde do usuário, apresentando problemas na rede de serviços de saúde, o que compromete a continuidade do atendimento, a integralidade da atenção e a responsabilização do cuidado. Um novo estudo de caráter longitudinal poderia acompanhar o fluxo e contrafluxo dos encaminhamentos e colaborar na construção da integralidade, visando verificar a resolutividade dos atendimentos nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Vale destacar, ainda, a queixa em relação à atenção em saúde bucal no contexto do estudo. A insatisfação dos usuários em relação a esta área mostra a necessidade de rever e repensar o atendimento que está sendo ofertado.

Como porta de entrada do sistema de saúde, a ESF além de receber as diversas demandas de saúde da comunidade tem como pressuposto a realização de atividades de prevenção da doença e promoção da saúde. Entretanto, não se observaram, nos relatos dos usuários, comentários sobre o NSF disponibilizar espaços para atividades de promoção à saúde. Pode-se hipotetizar que os usuários não reconhecem tais atividades como do âmbito da saúde e, portanto, não as descreveram em seus relatos, ou, que a prática ainda está voltada quase que exclusivamente para a cura da doença e não a sua prevenção. A fim de contribuir para a reorganização do modelo assistencial, torna-se necessária uma estrutura física que disponibilize recursos para várias modalidades de atendimentos interprofissionais e atividades em grupo que possibilitem a participação comunitária e o desenvolvimento de intervenções

em promoção da saúde, ampliando o escopo de atenção para práticas voltadas à saúde e sua manutenção, numa perspectiva de construção da qualidade de vida.

A visão do NSF mais como um local para o atendimento de situações de emergência em saúde do que de acompanhamento longitudinal pode estar dificultando a efetivação das mudanças propostas na área da saúde. Ressalta-se que o NSF foi referenciado pelos usuários como um lugar prioritário para o tratamento de doenças, focado no atendimento médico e centrado no modelo biomédico de atendimento em saúde, não sendo relatadas intervenções voltadas para prevenção da doença e promoção da saúde. Assim sendo, vale ressaltar que é tarefa da ESF educar a população para a reorientação desse modelo, abrindo espaços para o diálogo entre os diferentes sujeitos e seus diferentes modos de perceber as necessidades de saúde e assim possibilitar a vivência e apropriação das práticas de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde.

Com referência ao acesso, os resultados apontaram para uma relativa dificuldade em relação ao NSF e a outros serviços. Se, por um lado, a questão do acesso geográfico está preservada, ou seja, a proximidade física do NSF em relação à comunidade traz facilidades que garantem o acesso ao serviço e a possibilidade de conhecer os problemas de saúde e os recursos da população, o acesso organizacional não se apresenta tão satisfatório. Os usuários apontaram a necessidade de se rever o horário de funcionamento da Unidade e a restrição de horários para a realização de alguns procedimentos, a fim de atender uma parcela da população com menor acesso, ou seja, a população masculina e a de trabalhadores.

Este estudo também apontou para a insatisfação dos usuários diante do modo como é prestada a atenção na área da saúde mental, evidenciando as dificuldades de acolhimento do sofrimento mental, seja nos aspectos relacionais, estruturais ou de organização do serviço de saúde. Devido à limitação desta pesquisa no tema e a complexidade da questão, fica a sugestão para o investimento em pesquisas nesta temática a fim de conhecer melhor a avaliação dos usuários atendidos em saúde mental.

De maneira geral, constataram-se diferenças entre o NSF e outros serviços de saúde no que diz respeito ao acolhimento e ao vínculo. A atenção, o carinho e a proximidade da equipe do NSF foram percebidos pelos usuários como um aspecto diferencial da ESF em relação a outros serviços de saúde. A escuta médica e as visitas domiciliares também foram avaliadas como diferenças importantes da ESF.

Os resultados encontrados permitem apontar avanços na implementação da ESF, uma vez que alguns de seus pressupostos foram afirmados e valorizados pelos usuários. O caminho está sendo percorrido e já se notam mudanças, especialmente aquelas referentes ao vínculo

usuário-equipe. No entanto, tais mudanças ainda não foram capazes de romper com a concepção reducionista de saúde que predomina na sociedade e nas práticas de atenção em saúde. Ainda há um longo percurso para efetivar as transformações na atenção básica à saúde e consequentemente constituir a ESF como prática de reorientação do modelo em saúde. Acredita-se na importância da formação e da capacitação profissional ancorada nas novas diretrizes do SUS e na reorganização dos processos de trabalho.

Uma das limitações do presente estudo é que o mesmo teve como objeto de investigação uma Equipe de Saúde da Família, numa região específica. Entretanto, considera-se que foi possível levantar pontos relevantes acerca da satisfação / insatisfação dos usuários, em relação à ESF a partir da avaliação das dimensões estrutural, organizacional e relacional, o que pode colaborar para a construção desse modelo. Considera-se, portanto, que este estudo não esgota as questões levantadas pela temática e destaca-se a necessidade de novas pesquisas que possam ampliar as reflexões acerca da satisfação dos usuários, já que ainda é escassa a produção nesta área. Finalmente, reitera-se a importância da avaliação do usuário para a construção de um serviço que possa responder às necessidades do mesmo. Além disso, dar voz aos usuários é uma importante ferramenta não só para formular novas propostas de trabalho em saúde, planejar e intervir de modo mais eficaz no processo saúde-doença das comunidades, organizando ações e programas condizentes com a realidade local, mas é também uma maneira de fortalecer a participação e o controle social e abrir espaços de diálogo e aprendizagem, tornando o usuário parceiro nessa construção. Acredita-se que esta é uma forma de auxiliar na mudança de paradigma em saúde a fim de alcançar a integralidade do cuidado e concretizar os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS⁷

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

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2001. p. 157-166.

_____. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltados para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ/ABRASCO, 2005. p. 187-203.

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

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004b.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BORDIEU, P. **Meditações Pascalianas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 320 p.

_____. **A dominação masculina.** 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 160 p.

_____. **O poder simbólico.** 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. 322 p.

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Eds.). **Gênero, corpo, conhecimento.** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 19-41.

⁷ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 6023. In: FUNARO, V.M.B.O. et al. **Diretrizes para apresentação de dissertação e teses da Universidade de São Paulo.** Parte I (ABNT). 2ª ed. São Paulo: SIBI-USP, 2009, 102 p.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 430p.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. 47 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1998. 36 p.

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

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000. 44 p. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF, 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2008a. Disponível em: <<http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF, 2008b. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 27).

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. **Relatório Técnico dos Núcleos de Saúde da Família**. Ribeirão Preto: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2004. Mimeografado.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; TEIXEIRA, R. A.; PEREIRA, M. J. B. **A arena política da territorialidade**. Programa de Residência em Medicina de Família. Ribeirão Preto: Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, 2004. Mimeografado.

CAMARGO-BORGES, C. **O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas**. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia de saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; HONOKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CARDOSO, C. L. **Tratamento odontopediátrico no contexto de uma clínica-escola: avaliação do estresse da criança, do acompanhante e do aluno**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 136 p.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRUZ, W. B. S. **Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado**. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 2, p. 39-53.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, 2005. Suplemento.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

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

FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; ALMEIDA, M. C. P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007.

FIGUEIREDO, M. A. C. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação dos resultados. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Diálogos metodológicos sobre prática da pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 51-70.

FIGUEIREDO, M. A. C. **Racionalidade x irracionalidade no processo saúde-doença**. Ribeirão Preto: Departamento de Psicologia e Educação/FFCLRP, 2003. 3 p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004.

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

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

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

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296 f. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HUNT, S. M.; MCKENNA, S. P.; MCEWEN, J.; BACKETT, E. M.; WILLIAMS, J.; PAPP, E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 34, p. 281-286, 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: dezembro 2010.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento psicológico de pacientes com câncer avançado em programas de cuidados paliativos. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 48, p. 25-47, 1994.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 169-196.

_____. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 91-102.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 17-37.

_____. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 9-20.

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 174 p.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 57-74.

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, v. 3).

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

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

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. 2. ed. Campinas: Papirus, 1987. 134 p.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; HONOKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; HONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, 1988.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 269 p.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, F. H.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; CAMPOS, A. C.; PAULA, V. G.; DOMINGOS, M. M. L. N. A assistência na Saúde da Família sob perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 436-443, 2010.

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2008. 44 p.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, M. Z. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 9-10.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para a (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 314 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

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

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999. cap.7, p. 183-214.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 65-112.

_____. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 8-11, 2003.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 21-36.

PUPIN, V. M. **Agentes comunitários de saúde: concepções de saúde e do seu trabalho**. 2008. 169 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

REZENDE, A. L. M. O processo saúde-doença. In: _____. **Saúde. A dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986. cap. 5, p. 85-99.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2005-2008**. 2009. Disponível em: <<http://www.coderp.com.br/saude>>. Acesso em: out. 2010.

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

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. (SIAB). Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto – SP. 2010.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. (SIAB). Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto – SP. 2011.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). 2. ed. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 113-128.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, M. Z. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 15-39.

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

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Alma-Ata. **International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **First International Conference On Health Promotion**, Ottawa Charter for health promotion. Ottawa: WHO, 1986.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
(Protocolo 63/09/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP)

Ribeirão Preto, 17 de abril de 2009.

Of. Nº 63/09/COORD.CEP/CSE-FMRP- USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o senhor 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 14 de abril de 2009, analisou e apreciou o parecer, referente ao projeto de pesquisa: “Satisfação de Usuários em Relação à Estratégia Saúde da Família”, protocolo nº.313/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª, e da pesquisadora Ellen Tahan Santos (Mestranda junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da - FFCLRP-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. Cármen Lúcia Cardoso
Departamento de Psicologia e Educação da
Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Informado

Meu nome é Ellen Tahan Santos, psicóloga, mestranda pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa, intitulada “Satisfação de usuários em relação à Estratégia Saúde da Família”, tem o objetivo geral de avaliar a satisfação de usuários em relação à Estratégia Saúde da Família. Para atingir este objetivo, no entanto, precisamos de sua colaboração, que consiste em responder a uma entrevista com duração de aproximadamente uma hora. Gostaríamos de contar com sua participação.

Para participar deste estudo você deve estar ciente que:

- Sua participação é voluntária;
- Sua identidade não será revelada publicamente e seu nome, omitido ao final do trabalho.
- A entrevista será gravada em fita de áudio e seu conteúdo será transcrito para serem utilizados em trabalhos científicos.
- Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo;
- Você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento, por qualquer motivo, sem que isso implique em qualquer prejuízo, tendo suas informações inutilizadas.
- Pode ficar com uma cópia desse termo de consentimento assinada por mim e pela orientadora.
- Qualquer dúvida com relação a sua participação poderá ser esclarecida com a pesquisadora ou com a professora orientadora, Prof.^a Dr.^a Carmen Lúcia Cardoso, docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, que poderá ser encontrada no endereço: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras - F.F.C.L.R.P. Departamento de Psicologia e Educação – Bloco 5 sala 33A - Av. Bandeirantes, nº 3900, CEP: 14040-901, Ribeirão Preto. Fone: (16) 602 – 3660

Obrigada pela sua atenção e colaboração!

Eu, _____, aceito participar voluntariamente do presente estudo.

ASSINATURA: _____

Pesquisadora responsável: _____
Ellen Tahan Santos

Orientadora responsável: _____
Prof.^a Dra. Carmen Lúcia Cardoso
Departamento de Psicologia e Educação
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**ROTEIRO de ENTREVISTA**

Data:

Duração:

Dados pessoais

Nome:

Microárea:

Família:

Endereço:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Naturalidade:

Tempo em que mora em Ribeirão Preto:

Tempo em que mora na casa atual:

Tempo em que frequenta o Núcleo:

Profissão:

Renda:

Nível de escolaridade:

Composição familiar:

Estou fazendo uma pesquisa para conhecer a avaliação das pessoas sobre os serviços de saúde que frequentam e gostaria de ouvir sua opinião sobre estes serviços, principalmente sobre o Núcleo de Saúde da Família em que você é atendido.

Questões auxiliares:

Você está satisfeito com o NSF?

Quais os pontos positivos e negativos do NSF?

Qual o serviço utilizado anteriormente ao NSF?

Percebe diferenças entre o NSF e outros serviços?