

Satisfação de usuários da atenção primária à saúde:

um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil

Carlos André Moura Arruda^(a)
 Maria Lúcia Magalhães Bosi^(b)

Arruda CAM, Bosi MLM. User's satisfaction of primary health care: a qualitative study in the Northeast of Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):321-32.

This study deals with user's satisfaction related to quality in primary health care in the context of public services in the city of Fortaleza, Northeast Brazil. It was conducted a qualitative study involving 43 users of health facilities located in this municipality. The research technique used was the non-directive interview, associated to free observations registered on field diary. The discursive material was analyzed from the hermeneutic-critical approach. The results highlight the satisfaction regarding the expansion of the coverage, resulting in improving access. However, several challenges persist, like as dissatisfaction with lack of specialists; barriers of access to specialties and poor integration between services. This study reiterates the importance of the relational dimension in health care and illustrates the relevance of qualitative approach in studies about user's satisfaction, in the health evaluation field.

Keywords: Health evaluation. User's satisfaction. Qualitative research. Primary health care. Public health.

Este estudo focaliza a satisfação do usuário relacionada à qualidade do cuidado na atenção primária da rede pública de serviços, no município de Fortaleza, Nordeste do Brasil. Realizamos um estudo qualitativo envolvendo 43 usuários de unidades de saúde distribuídas pelo município. A técnica utilizada foi a entrevista não diretiva, associada à observação livre registrada em diário de campo. O material discursivo foi analisado sob a vertente hermenêutico-crítica. Os resultados evidenciam a satisfação referente à expansão da cobertura, melhorando o acesso, ainda que persistam desafios. Contudo, os usuários demonstraram: insatisfação no tocante à falta de especialistas; barreiras de acesso a especialidades, e pouca integração entre serviços. Destacaram-se relatos que acentuam a importância da dimensão relacional, notadamente, o acolhimento, com relatos que se polarizam. Reafirma-se a relevância do enfoque qualitativo em estudos sobre a satisfação dos usuários, nas avaliações em saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Satisfação dos usuários. Pesquisa qualitativa. Atenção primária à saúde. Saúde coletiva.

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Dr. Silas Muguba, 1700, Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60740-000. andrecaninde@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. malubosi@ufc.br

Introdução

Este estudo, componente de uma linha de pesquisa mais ampla voltada para a avaliação da qualidade de programas e serviços, ilustra a incorporação do enfoque qualitativo no âmbito da avaliação qualitativa em saúde, tendo como foco a satisfação dos usuários relativa às dimensões integralidade e humanização do cuidado em saúde, no espaço da Atenção Primária à Saúde (APS).

Vale salientar que a integralidade, mais que uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), compõe uma “imagem objetivo”¹, cujo principal escopo é tornar notável o que se deseja construir, do que existe. Considerando que tal imagem objetivo é polissêmica, a definição de integralidade não pode ter uma resposta unívoca porque podemos abortar alguns dos seus sentidos¹. Ante tais assertivas, corroboramos a formulação feita por Pinheiro² e Pinheiro e Guizardi³ quando concebem a integralidade como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, no plano individual (construção da integralidade no ato da atenção individual), como, também, no plano sistêmico de atenção à saúde (garantia da integralidade das ações na rede de serviços), nos quais se inscrevem aspectos objetivos e subjetivos.

Quanto à humanização, conceito tantas vezes aludido e cuja demarcação carece de precisão, referimo-nos ao *plano de relações intersubjetivas* que se processam nas práticas⁴. Corroboramos a formulação das autoras, na qual humanização implica: acolhimento, empatia, presença e diálogo, possibilitando abertura para com o outro, trazendo a marca da interconexão humana⁴. Na mesma direção, Oliveira et al.⁵ afirmam que humanizar implica dar lugar à palavra (do usuário e demais atores implicados no processo de cuidado) de modo a viabilizar uma rede de diálogo, que possa recriar e promover ações de saúde fundadas na dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade⁵. Tais dimensões interrogam diretamente a (inter)subjetividade, o que implica, nos planos ontológico e epistemológico, a tradição qualitativa.

A avaliação de serviços e programas de saúde vem ocupando espaços de relevância, não apenas no que se convencionou denominar pesquisa avaliativa, mas entre as ações de planejamento e gestão⁶. No campo da Saúde Pública, a avaliação de programas e serviços de saúde permite oferecer direções e opções no processo de planejamento, e, dependendo do enfoque adotado, favorecer o controle técnico e social dos serviços dispensados para a sociedade⁷, de forma a contemplar as necessidades do público coberto por estas ações.

Ao lado disso, a satisfação do usuário, componente focalizado neste estudo, tem impacto direto nos custos e na capacidade dos serviços. Expressa, ainda, a capacidade de os serviços atenderem necessidades e expectativas dos seus usuários, intrinsecamente associadas às suas experiências, crenças e conhecimentos, os quais, por seu turno, afetam “[...] a seleção, aceitação e continuidade na utilização dos serviços e no julgamento de qualidade sobre eles”⁸ (p. 25).

Estudos sobre a satisfação dos usuários, como componente de avaliações da qualidade dos serviços de saúde, emergiram a partir das décadas de 1960 e 1970, inicialmente nos Estados Unidos e na Europa, tendo como objeto de interesse aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção, adesão ao tratamento médico, proporcionando, ao paciente/usuário, um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde.

No Brasil, essa temática difundiu-se em meados da década de 1990, com base no fortalecimento do controle social do SUS, e da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, e com a promoção da “accountability”^{9,10}.

Na literatura nacional e internacional acerca do tema em foco, evidencia-se que a satisfação do usuário é um dos elementos essenciais para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, muito embora, sejam relativamente recentes nas avaliações em saúde.

Com base no exposto, reforçamos a premissa de que o empreendimento de se configurar uma avaliação da qualidade de serviços de saúde, tendo como foco a satisfação do usuário, deve necessariamente englobar aspectos subjetivos, que fazem referências a elementos não quantificáveis e que escapam aos questionários estruturados. Dentre essas dimensões que escapam à mensuração, se inserem: a integralidade e a humanização do cuidado como elementos centrais no atual sistema de

saúde brasileiro, cuja apreciação demanda incursionar na satisfação e/ou insatisfação dos usuários em relação às práticas de saúde que lhes são destinadas.

Nesse escopo, o presente estudo objetivou explorar e compreender a (in)satisfação de usuários da Atenção Básica com a qualidade da referida atenção, relacionada às dimensões integralidade e humanização, demarcando como espaço de investigação o Município de Fortaleza/CE, localizado na região Nordeste do Brasil.

Metodologia

Dada a natureza do objeto se voltar para a produção subjetiva de usuários na experiência concreta com a APS ofertada no município de Fortaleza/Ceará, o estudo se orientou, conforme já aludido, pela abordagem qualitativa, em uma vertente crítico-interpretativa, articulando a subjetividade à materialidade à qual se vincula dialeticamente.

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, Nordeste do Brasil, com população estimada de 2.551.806 habitantes¹¹, no qual a Atenção Básica é composta por 304 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 88 Centros de Saúde da Família (CSF)¹².

Fortaleza é subdividida em seis Distritos de Saúde inseridos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER), prestando assistência à população residente em 84 bairros e funcionando como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Este estudo foi realizado em 11 CSF, abrangendo um total de 28 Equipes de Saúde da ESF, distribuídos pelas 06 SER.

A pesquisa foi realizada com usuários localizados em seus domicílios, contando com a ajuda dos agentes comunitários de Saúde (ACS), na aproximação com os participantes. Foram incluídos (as) usuários (as) distribuídos pelas 06 SER do município de Fortaleza/Ceará, cujo acúmulo subjetivo possibilitasse a compreensão do objeto sob investigação. Partimos da premissa de que certas características, como a frequência e uso mais contínuos dos serviços, bem como a maior proximidade do último atendimento à data da entrevista, poderiam favorecer esse acúmulo e foram critérios para inclusão no estudo, além do aceite, disponibilidade e poder se responsabilizar pelo depoimento. A amostra deste estudo foi do tipo *teórica ou intencional*, nos termos formulados por Schwandt¹³, e bastante utilizada em pesquisas com abordagem qualitativa, nas quais os participantes são escolhidos não pela sua representatividade estatística/probabilística, mas, sim, por sua relevância ante o objeto, visando dar conta das questões que a investigação orientada pelo marco teórico da pesquisa procura desvelar.

Ainda que cientes dos limites impostos à não-diretividade em situações de pesquisa¹⁴, para fins de apreensão do material discursivo, escolhemos trabalhar com *entrevistas não diretas*, pelo fato de existir uma relação entre o grau de liberdade deixado ao entrevistado e a profundidade das informações fornecidas por ele¹⁵. Desse modo, foram entrevistados 43 usuários, sendo a maioria do sexo feminino, consoante o maior envolvimento do segmento feminino com os serviços de saúde. Salientamos que esse número de usuários não foi estabelecido a priori. Nesta investigação, o fechamento amostral se deu, conforme já aludido, pelo princípio da *saturação teórica*, consoante Fontanella et al.¹⁶. Tais entrevistas, individuais, foram realizadas por um dos pesquisadores, com formação pós-graduada em Saúde Coletiva, nas residências dos usuários selecionados. O material empírico, depois de transcrito pelos próprios pesquisadores, foi submetido às leituras transversal e horizontal, de maneira a permitir a apreensão do sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos temas centrais que agregaram as várias dimensões presentes nas narrativas e que constituíram os eixos da *rede de significados*, construído elaborado pelos pesquisadores, com base nos temas e dimensões emergentes no material discursivo. A vertente em que se ancora a construção dessa rede, com vistas a desvelar sentidos do fenômeno investigado, é a perspectiva crítico-interpretativa da hermenêutica filosófica de Gadamer¹⁷. Compreender, nessa perspectiva, implica a produção de um sentido original, que incorpora dialeticamente o texto “nativo”, pois o sentido de um texto não se exaure no dito pelos usuários. Ao nos referirmos a um exercício interpretativo, que é também “crítico”,

ambicionamos compreender os sentidos das experiências dos usuários repondo a subjetividade na materialidade a que a produção simbólica se vincula, desvelando “fontes de compreensão que tornam patentes relações de sentido insuspeitadas”¹⁷ (p. 446).

Resultados e discussão

A rede de significados, a despeito da articulação interna entre os componentes qualidade e (in) satisfação dos usuários, foi subdividida, neste tópico, em eixos analíticos, de modo a auxiliar a apresentação dos resultados, como recurso de exposição. Cabe a ressalva de que tais partes se articulam dialeticamente no material discursivo, e, por conseguinte, na interpretação dos resultados deste estudo, expressando a complexa trama que conjuga a qualidade, a integralidade e humanização do cuidado na perspectiva dos usuários, conceitos interrogados nesta análise e que devem ser entendidos em recursão.

Experiências de satisfação dos usuários

Dentre os usuários investigados, alguns demonstraram satisfação em relação à qualidade do atendimento recebido pelos profissionais de saúde no Centro de Saúde da Família (CSF), quer pela forma como são atendidos na recepção, quer pela relação com os demais funcionários do Centro ou pelo atendimento prestado pelos profissionais de nível Superior que compõem a Unidade, aspecto que figura em vários depoimentos como ilustra o excerto: “[...] eles atendem bem, eles procuram saber o problema da gente, conversam com a gente; é isso, o atendimento deles é bom” (Usuária 08).

Este estudo corrobora vários achados na literatura evidenciando que estar satisfeito com os serviços ofertados na rede pública de saúde, vincula-se a distintas dimensões que englobam não apenas a qualidade técnica, mas a atenção recebida e a presença afetiva nas relações, ou seja, a qualidade relacional, dentre outros aspectos^{18,19}. A forma cordial como o usuário é tratado pelos membros das equipes revela-se como questão central para o julgamento da qualidade da ESF, superando, até mesmo, a qualidade técnica tal como por eles percebida.

A expressão “bom atendimento”, presente nos depoimentos dos participantes deste estudo, sintetiza: aspectos da relação usuário/profissional da saúde, disponibilidade de ajudar, bem como aqueles relativos à resolubilidade dos serviços e número de profissionais da saúde (médicos) suficientes para a realização dos atendimentos: “[...] porque a gente foi com uma necessidade e foi aceita aquela necessidade [...] as atendentes e o médico que atende bem, né? É isso aí que a gente fica feliz, né?” (Usuária 09).

Dessa forma, mesmo com os problemas atendidos, alguns usuários entrevistados vocalizam a importância de os profissionais estarem disponíveis para lhes oferecer ajuda, ressaltando a necessidade do estabelecimento de vínculo, que se apresenta como determinante no que tange à satisfação destes últimos em relação ao atendimento. Sendo vínculo *tudo o que ata, liga ou aperta*, uma relação, um nexo²⁰, essa construção se contrapõe à ideia de uma relação hierarquizada e distanciada. Schimith e Lima²¹ ressaltam que o vínculo deve se expandir para toda a equipe de saúde, em diferentes acepções. Contudo, advertem que, não raro, a noção de vínculo discutida e implantada pela ESF distancia-se de uma dimensão de qualidade em saúde, na perspectiva da integralidade e humanização.

Não obstante, Lima et al.²² (p. 85) exprimem a importância de que “a atenção à saúde não se restrinja ao âmbito da clínica, cujo enfoque recai sobre o indivíduo, a doença e a assistência curativa”. Nossos resultados confluem para aqueles reportados pelos referidos autores; e, reiteramos, além da técnica, esta atenção mais ampla e focalizada não apenas nos aspectos biomédicos, ou seja, que privilegie outros aspectos considerados como dimensão de qualidade da assistência.

“[...] o atendimento é esse, é olhar pra pessoa, conversar e até brincar, né?”. (Usuário 40)

"[...] Rapaz eu acho que o atendimento de qualidade é o interesse do médico pelo seu cliente e a dedicação". (Usuário 13)

Sendo a ESF um programa que busca transformar a forma/modelo de cuidado à saúde das pessoas em seus espaços de convivência e nas suas diversas formas de manifestação da enfermidade, o acolhimento, o receber bem, o dar respostas às necessidades de saúde da população são umas das principais ações de melhoria da qualidade voltada para a humanização da atenção.

Neste estudo, os usuários se disseram satisfeitos com a qualidade do atendimento médico realizado na consulta ambulatorial, muito embora esta satisfação se limite a alguns profissionais, e a alguns CSF. A satisfação relaciona-se à escuta do médico diante das queixas apresentadas pelos usuários, bem como à realização de procedimentos, a exemplo do exame clínico: "[...] tem muito médico bom e que procura saber ... desde quando você está assim? Começou quando? Faz muito tempo que você toma essa medicação? A senhora se dá bem com esse remédio?" (Usuário 31).

É sabido que "médicos e pacientes veem os problemas de saúde de maneiras muito diferentes"²³ (p. 113), ou seja, o significado da doença trazido pelos usuários é traduzido na linguagem científica do médico. É exatamente no espaço da "retradução" que se consolidam a escuta atenta e o acolher, conjugando o "ser" e o "fazer" do médico. Daí, concebermos cuidado como relação, permitindo aflorar a (in)subjetividade de ambos que, em relação, se tornam sujeitos do cuidado²⁴.

Como ação da Política Municipal de Humanização (PMH) do Sistema de Saúde de Fortaleza – FORTALEZA HUMANIZA SUS, a Secretaria de Saúde de Fortaleza vem implantando, na Rede da ESF e de Saúde Mental, o Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade nos Centros de Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial, com o objetivo de transformar o processo de trabalho na perspectiva da Humanização¹². O acolhimento instituído nos CSF também concorreu para que os usuários vocalizassem sua satisfação: "[...] está melhor. Depois que apareceu o acolhimento ficou maravilhoso" (Usuária 37).

Consoante Franco et al.²⁵, garantir a acessibilidade universal por meio do atendimento a todas as pessoas; reorganizar processos de trabalho com intuito de que este substitua o olhar central do médico para uma equipe multiprofissional, denominada como equipe de acolhimento; e qualificar a relação trabalhador-usuário, balizando-a por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, são princípios do acolhimento que podem inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

É importante, ainda, destacar que procurar os CSF e ser atendido/a, ou seja, buscar o serviço e ter as suas necessidades consideradas é elemento que enseja satisfação no usuário, se sobrepondo, mesmo, conforme já aludido, à avaliação da qualidade técnica da atenção. A experiência de não ser atendido, conforme demonstram estudos como os de Bosi e Affonso²⁶ e Ronzani e Silva¹⁹ e de muitos outros autores, é algo grosso modo "insuportável" para os usuários. Esta satisfação refere-se tanto a quem busca para si o serviço como a quem o procura para terceiros: "Quando eu vou atrás e consigo o que eu quero para minha filha, eu chego muito bem satisfeita" (Usuário 11).

Para Leopardi²⁷, esse tipo de necessidade não se apresenta de forma casual nos indivíduos, mas como carência específica do sujeito, tendo uma relação direta com o tempo e o lugar. A ampliação da cobertura de equipes e, assim, a presença de um maior número de profissionais, e, também, o aumento dos atendimentos e do acesso, foram os elementos mais citados pelos usuários como item de satisfação: "Depois que apareceu o PSF ficou ótimo; a gente está sendo mais bem atendido, porque antes era mais difícil [...] é mais fácil a gente ser atendida entendeu?" (Usuária 36).

Destacamos, ainda, outro elemento citado pelos usuários, e que cabe nesse contexto: a visita domiciliar. Tal componente possibilita o conhecimento do que seja o PSF para o usuário, e, dentre os elementos citados por eles, a visita domiciliar, com a participação dos ACS, é uma das atividades realizadas pelo PSF que mais traduz o que é PSF.

"[...] E, se chega lá e a gente não pode ir até o médico, ele [ACS] vem até a gente [...]". (Usuário 05)

"[...] porque eu não sabia nem que existia isso [PSF] e depois que ela [ACS] veio aqui em casa e conversou com a gente foi que a gente abriu mais a mente [...]". (Usuário 27)

Apontadas potencialidades advindas da implantação e da implementação do PSF nos serviços de saúde do Município, bem como o conhecimento por parcela de seus usuários, é imprescindível, também, destacar um dado surpreendente: o não-conhecimento deste por alguns usuários, nas áreas que este estudo abrangeu. Fato semelhante de "dificuldade em visualizar o PSF ou identificar com precisão sua lógica de funcionamento" foi constatado por Trad et al.²⁸ (p. 583). O interesse em aprofundar essa informação fez com que retomássemos o campo da pesquisa para apreender se o usuário "conhecia um programa chamado PSF que significa Programa Saúde da Família".

No que diz respeito à parcela que desconhece o PSF, tal programa foi identificado, até mesmo, como programa de televisão, tal como figura no excerto abaixo, ilustrativo de outros:

"Não, **esse programa já ouvi falar, mas eu não assisto não**, ele passa mais no canal união, é?". [...] **ainda não assisti esse programa, eu mudo, eu não gosto de televisão**, não. [...] ouvi falar, não assisto". (Usuária 34) (grifos nossos)

Dado os limites deste artigo, não desdobraremos significados desse material discursivo; contudo, lembramos que a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, assinala não só o conhecimento, mas a participação da comunidade na gestão do SUS, sendo esta participação materializada nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde. Desse modo, é preocupante que, a esta altura, persistam, no sistema de saúde brasileiro, lacunas no que se refere à divulgação de programas, políticas e serviços que os constituem. Constata-se, portanto, neste estudo, que a informação, a educação e a comunicação ainda se encontram, em certa medida, fragilizadas, devendo haver, assim, mais investimentos políticos e materiais nessas ações para que possam fortalecer e contribuir para o controle social em saúde nas distintas esferas de governo.

Sintetizados os aspectos nucleares do extenso material relativo a esse primeiro eixo, no qual já se insinuam várias insatisfações, na próxima seção, focalizaremos, especificamente, aspectos vinculados à insatisfação. Ao longo da análise, teremos a oportunidade de aprofundar e problematizar, igualmente, questões relativas à qualidade na interface com a integralidade e à humanização, dimensões estruturantes neste estudo.

Experiências de insatisfação dos usuários

A despeito das experiências de satisfação até aqui relatadas, muita ênfase foi dada à insatisfação e ao descontentamento, sobretudo quando o assunto se refere às especialidades médicas. E é no interior dessa contradição que o sistema se move e se debate. Os usuários demonstraram insatisfação no tocante: à falta de especialistas nos CSF, ao acesso a estas especialidades, à continuidade do tratamento em outras Unidades, à demora na entrega de exames especializados e, ainda, à burocracia para acessá-las:

"[...] não está muito satisfatório pelo seguinte: se você procura um clínico geral, o clínico geral vai lhe encaminhar pra o especialista que você quer; mas se eu preciso de um médico de pele aí não tem o dermatologista, então ele vai me encaminhar, eu tenho que passar no SAME, esse SAME vai verificar no computador qual a rede pública que tem vaga e o dia que vai ter. Às vezes, é uma espera longa de mil e trezentas pessoas, de quatro mil, cinco mil, isso varia muito. Assim são todas as especialidades; **é isso que não satisfaz nós que precisamos** - são as especialidades". (Usuário 07) (grifos nossos)

Dentre os problemas percebidos por usuários do SUS, cujos achados o presente estudo corrobora, a falta de médicos, enfermeiros, hospitais, postos de saúde e demora de marcação de consultas e atendimentos foram os destaques no tocante aos problemas na área da saúde no Brasil²⁹.

No que concerne à “demora”, muitas vezes mencionada nos depoimentos, esta refere-se, exclusivamente, às filas de espera para especialidades médicas ou exames mais específicos não oferecidos no nível da APS. Quanto a isso, fica muito clara, nesta investigação, a insatisfação do usuário no tocante ao acesso aos serviços de saúde, sejam eles no nível secundário de atenção ou na própria atenção primária: “A gente chega e a gente diz mesmo assim: - Ei, uma ficha assim pra consulta, “Ah, não tem não, tem não, já ta tudo cheia, as vagas tão tudo cheia”. Aí, a pessoa volta pra casa muito triste porque não tem nem consulta; faz muito tempo que eu nem me consulto porque não tem” (Usuário 04).

A dificuldade de marcação de consultas, o número reduzido de fichas, dentre outros aspectos que ensejaram insatisfação do usuário, vêm sendo constatados em outros estudos e avaliações, como nos estudos de Souza et al.³⁰, Ferri et al.³¹ e Junqueira e Auge³². Esse cenário nos convida a refletir sobre o fato de que, não obstante a ampliação, em Fortaleza, do número de equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, o quantitativo de profissionais de saúde, ainda persistem, nos CSF do referido Município, dificuldades de acesso do usuário aos serviços de saúde, especificamente na realização de consultas. E, aqui, cabe indagar: como falar de integralidade e humanização em saúde se, ainda, não avançamos o suficiente para a universalidade?

No nível secundário, o grande problema destacado pelo conjunto dos usuários entrevistados, foi a tão citada “*fila de espera*”, como ilustra o depoimento: “[...] eu estou com dois anos na lista de espera e já tiraram meu nome e já botaram de novo; eu estou na lista de espera pelo medico de reumatismo e até hoje esse exame não saiu, eu não fui chamada” (Usuário 09).

Mesmo tendo sido considerada um benefício para a população a criação da Central de Marcação de Consultas³³, neste estudo, identificamos que sua operacionalização não atende o usuário no tocante ao acesso às especialidades médicas, bem como aos serviços e exames especializados.

“Um tempo desse, uma tia minha morreu porque precisava de uma tomografia [...] ela morreu...aí, foi que vieram ligar dizendo que a tomografia tinha saído da fila de espera; eu acho isso um absurdo, eu fiquei mais revoltada ainda”. (Usuário 28)

Faz-se imprescindível, pois, examinar, no escopo da integralidade e no interior das práticas assistenciais, o que vem sendo feito para a melhoria do acesso do usuário, sobretudo, aos serviços especializados não contemplados no nível da APS no município estudado. Tal problema se mostra tão crítico na percepção dos usuários participantes deste estudo, que eles não acreditam que haja uma solução, ou, caso esta exista, fica a critério dos níveis hierárquicos superiores: “[...] eu acho que não tem como resolver não, nem secretário de saúde e nada, ninguém pode fazer a não ser que mexam lá de Brasília [...] o presidente resolva, aqui no Ceará não tem como” (Usuária 13).

A PNAB³⁴ (p. 11) preconiza que, dentre os fundamentos da APS, temos o que trata de:

[...] efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

Mais adiante, este mesmo documento ministerial estabelece que, dentre o que compete às secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal³⁴, encontra-se “organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da APS”. Muito mais do que cumprir a legislação do país, propiciar a garantia do acesso do usuário para os níveis de maior complexidade é expresso como um desafio que deve ser problematizado por todos os sujeitos implicados nos serviços de saúde, sejam eles gestores do SUS, profissionais ou comunidade.

Outro aspecto importante retratado nesse estudo é que, embora tenha sido este tema referido como *item de satisfação*, o enfoque qualitativo adotado nesta pesquisa permitiu desvelar a ambivalência na fala dos usuários, apontando, também, experiências negativas referentes à consulta e ao atendimento do profissional médico, o que reforça a importância da indagação concernente à qualidade dos processos, em especial, na dimensão subjetiva, relacional.

Essa insatisfação revela-se de várias formas, tais como: desconfiança do médico em relação à queixa referida pelo paciente; a violação da privacidade no momento da consulta; necessidade de diálogo, timidez ante o poder-saber médico, como, também, a não-realização de um exame clínico de qualidade, se comparado com outros atendimentos.

“A porta era entreaberta; eu acho que pra gente conversar com o médico tem que ser a porta fechada e ela era sempre com a porta aberta”. (Usuária 04)

“[...] você já chega assim com tanto medo de abrir a boca e perguntar, aí aquela pessoa tá lá toda fria... é muito chato isso”. (Usuária 02)

No que tange aos elementos estruturais e organizacionais dos CSF (falta de médicos, insumos, medicamentos, marcação de consultas, dentre outros), podemos perceber que ter um atendimento de qualidade significa, para alguns usuários, ter acesso a medicações, mais profissionais de saúde em atuação nos CSF e cumprimentos de horários:

“[...] ter o medicamento e não faltar o medicamento para nós pobre né? [...]”. (Usuário 14)

“[...] receber os seus remédios e dizer o que sente e eles darem uma boa resposta à gente [...] E eu acho que é a melhor qualidade”. (Usuário 16)

“Eu acho que lá é um atendimento de qualidade porque os horários são rigorosamente cumpridos”. (Usuário 29)

Há que se ressaltar, mais uma vez, a importância da relação profissional – usuário no espaço da consulta, onde podem aflorar reflexões e atitudes no encontro entre esses atores. Para que o médico possa incorporar novos dados e informações para a compreensão do problema trazido pelo usuário, bem como que este tenha participação ativa, é necessária uma atitude aberta, de escuta atenta²⁴. Contudo, segundo a autora, “a escuta [...] é um dos aspectos mais comprometidos nas consultas”²⁴ (p. 27), assertiva que ressoa nos achados desta pesquisa atinentes a essa dimensão do processo de cuidar.

Digno de nota é a PNAB³⁴ prever, nas atribuições específicas do profissional médico, apenas atividades e procedimentos técnicos e assistenciais voltados para a prática “mecanicista” do médico, não incluindo aspectos relacionais e habilidades que propiciem atitudes mais “humanizadas” entre este e o usuário.

No que concerne à equipe do CSF, a despeito das referências positivas, encontramos queixas relativas a conflitos e dificuldades de comunicação, maus-tratos, descaso, que não se restringem aos médicos (ou aos profissionais): “[...] ela [a atendente] *desajudava*, porque a gente ia fazer uma pergunta a ela e ela toda ignorante com a gente, era toda *abusada* e a gente não podia aceitar uma coisa dessa, né? Ela tem toda obrigação de conversar com as pessoas; mas não, ela tratava a gente muito mal”. (Usuária 03)

Como vimos, não obstante experiências de satisfação na dimensão relacional, nessa mesma dimensão, evidencia-se uma forte insatisfação relativa a aspectos de relação interpessoal nos CSF investigados, interrogando a qualidade do cuidado em sua dimensão intersubjetiva. Salientamos que tais eventos, registrados no diário de campo e ora *triangulados* com as falas, foram muito incisivos nos depoimentos. No contraste com tais evidências, a forma cordial como são tratados pelos membros das equipes é um marcador de qualidade, tal como também constatado em vários estudos, como os de Ronzani e Silva¹⁹ e Ferri et al.³¹, ao concluírem que os usuários dão muita importância para o modo do trato, valorizando a incorporação de tecnologias leves³⁵ nos espaços de produção do cuidado.

Na mesma linha, no que tange à comunicação interpessoal entre profissional de saúde e usuário, este estudo se contrapõe ao descrito na investigação de Gaiosio e Mishina⁷, relativa à satisfação do

usuário no tocante às explicações dadas pelos profissionais de saúde de um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP. Em Fortaleza, a situação apresenta-se bem distinta: “Você vai no posto e vai três, quatro vezes, para conseguir uma coisa e não consegue. Às vezes, escrevem no papel - é isso aqui, escrevi hoje, vem amanhã; aí, quando chega lá, dizem assim: “não, pode não, foi não” aí fica e volta para trás de novo, é muito chato lá [...]” (Usuário 15).

As falas demonstram claramente a urgência de mudanças na prática assistencial, incorporando atitudes que privilegiem a escuta ao outro e a abertura ao diálogo. Pensar a saúde tomando-a como fenômeno humano complexo, intrinsecamente vinculado a como as pessoas vivem em seus cotidianos e qual a sua percepção sobre o *adoecer* e o *ter saúde*, inserindo, nos processos avaliativos, a dimensão simbólica do cuidar. “Na verdade, é como dizem: como somos pobres, a gente não tem serviço de qualidade mesmo. Porque para isso a gente vai ter que pagar [...] que na verdade não tem boa qualidade porque é um serviço público e são várias pessoas que estão ali querendo ser atendidas, pessoas pobres [...]” (Usuária 03).

A comparação “público” e “privado” é evocada nas narrativas dos usuários e é identificada como um elemento de qualidade dos serviços ofertados. O serviço público de saúde torna-se, *grosso modo*, marginalizado e tido como sem qualidade. Ao lado disso, encontra-se uma massificação de propagandas e manchetes na imprensa, muitas delas mostrando apenas os limites existentes em alguns serviços públicos de saúde, não sendo divulgadas, também, suas potencialidades, amplificando essa representação.

Considerações finais

Este trabalho coloca em pauta questões de suma relevância para a política setorial, mediante o fortalecimento e qualificação da qualidade dos serviços de APS no município de Fortaleza/Ceará, apontando elementos que poderão ser utilizados e trabalhados em outros territórios, não somente aquele focalizado neste estudo. Ao lado disso, as contribuições aqui apresentadas visam enriquecer a literatura nacional sobre a temática, ainda escassa nas bases bibliográficas. Assim sendo, este estudo possibilitou conhecer dimensões intrinsecamente relacionadas à satisfação/insatisfação do usuário com a qualidade da assistência prestada no âmbito da APS, cabendo reiterar que esse aspecto, há algum tempo, vem sendo considerado resultado da assistência, com impactos importantes nos sistemas de saúde.

Como parte inerente e imprescindível para avaliação em saúde voltada para a melhoria da qualidade dos serviços, a satisfação do usuário permite aperfeiçoar os processos de organização dos serviços; planejamento em saúde; processos decisórios no nível da gestão, como, também, ressignificar as proposições de políticas públicas de saúde para os diversos níveis de atenção, além de retroalimentar os processos de trabalho em saúde. Os elementos aqui expostos evidenciam, claramente, a importância de estudos orientados pelo enfoque qualitativo de pesquisa em saúde.

Podemos assinalar que este estudo nos revela a *unanimidade* na busca por uma prática profissional, seja do médico ou dos demais profissionais da saúde que atuam nos CSF participantes desta investigação, mais humanizada, acolhedora, isto é, onde a escuta, o toque, o diálogo, o olhar e a sensibilidade se façam presentes nas relações. Desvela, ainda, o desafio de assegurarmos, na prática, o princípio da integralidade, numa perspectiva complexa e multidimensional.

O que aqui mostramos aponta para a importância do diálogo como meio de fortalecimento profissional e pessoal dos sujeitos, isto é, aponta para a urgência de se cultivar a arte de dialogar nas práticas assistenciais no âmbito da saúde pública. Desvela, ainda, quanto é profícuo para os projetos que visam avaliar programas, políticas e serviços públicos, inserir a óptica do usuário, tendo em vista o seu potencial e capacidade de vocalizar limites e potencialidades que, sobremaneira, transversalizam tais esferas, e permanecem silenciados nos modelos tradicionais de pesquisa, nos quais a subjetividade não se insere.

Colaboradores

Carlos André Moura Arruda e Maria Lúcia Magalhães Bosi participaram da elaboração conceitual, delimitação do objeto e do desenho do estudo. O trabalho de campo foi desenvolvido por Carlos André Moura Arruda. Os dois autores participaram da categorização do material da etapa interpretativa, análise do material qualitativo e da construção deste artigo, bem como revisaram e aprovaram a sua versão final.

Referências

1. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2006. p. 43-68.
2. Pinheiro R, Guizardi F. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, UERJ, Abrasco; 2006. p. 21-36.
3. 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 RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco; 2006. p. 69-116.
4. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.
5. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006; 14(2):277-84.
6. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
7. Gaioso VP, Mishina SM. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(4):617-25.
8. Tahara ATS, Lucena RAPV, Oliveira APP, Santos GR. Satisfação do paciente: refinamento de instrumentos de avaliação de serviços de saúde. Rev Bras Enferm. 1997; 50(4):497-506.
9. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Cienc Saude Colet. 2005; 10 Supl 1:303-12.
10. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saude Publica. 2006; 22(6):1267-76.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades: Fortaleza. 2014 [acesso 2014 Jun 5]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza>
12. Fortaleza. Secretaria da Saúde. Relatório de Gestão 2010: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS; 2011.
13. Schwandt TA. The sage dictionary of qualitative inquiry. Califórnia: Sage; 2007.

14. Kandel L. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In: Thiollent MJM, organizador. *Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário*. São Paulo: Polis; 1987. p. 25-46.
15. Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: Thiollent MJM, organizador. *Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário*. São Paulo: Polis; 1987. p. 191-211.
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.
17. Gadamer HG. *A extensão da questão da verdade à compreensão nas ciências do espírito: verdade e método*. Petrópolis: Vozes; 1997.
18. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação do usuário. *Rev Baiana Saude Publica*. 2007; 31(2):256-66.
19. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(1):23-34.
20. Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
21. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(6):1487-94.
22. Lima IMSO, Alves VS, Franco ALS. A consulta médica no contexto do Programa Saúde da Família e o direito da criança. *Rev Bras Cresc Desenvolv Hum*. 2007; 17(3):84-94.
23. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.
24. Sucupira ACSL. Estrutura da consulta. In: Leite AJM, Caprara A, Coelho Filho JM, organizadores. *Habilidades de comunicação com paciente e famílias*. São Paulo: Sarvier; 2007. p. 11-46.
25. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(2):345-53.
26. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(2):355-61.
27. Leopardi MT. Necessidades de saúde e cidadania. *Texto Contexto Enferm*. 1992; 1(1):54-79.
28. Trad LAB, Bastos ACS, Santana SEM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de saúde da família (PSF) na Bahia. *Cienc Saude Colet*. 2002; 7(3):581-9.
29. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). *Pesquisa Nacional de Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos*. 2000 [acesso 2010 Maio 28]. Disponível em: http://aval_ppa2000.planejamento.gov.br/content/aspectos_gerais/pesquisa_nacional.htm
30. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AAC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Supl 1:100-10.
31. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):515-29.
32. Junqueira LAP, Auge APF. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cad FUNDAP*. 1996; 19(60):78.

33. Copque HLF, Trad LAB. Programa saúde da família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. *Epidemiol Serv Saude*. 2005; 14(4):223-33.
34. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
35. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de los usuários de la atención primaria: estudio cualitativo en el Nordeste del Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):321-32.

Ese estudio se centra en la satisfacción del usuario respecto a la atención primaria en la red pública de servicios, de Fortaleza, Nordeste del Brasil. Efectuamos un estudio cualitativo con 43 usuarios de unidades de salud distribuidas en la ciudad. La técnica utilizada fue la entrevista no directiva, asociada a la observación libre, registrada en diario de campo. El material discursivo fue analizado bajo la vertiente hermenéutico-crítica. Los resultados evidencian satisfacción referente a la expansión de la cobertura y del acceso, aunque siguen habiendo desafíos. Los usuarios demostraron insatisfacción con la falta de especialistas; barreras de acceso a las especialidades y poca integración entre servicios. Se destacan los relatos que acentúan la importancia de la dimensión relacional, especialmente la acogida. Se reafirma la relevancia del enfoque cualitativo en estudios sobre satisfacción de los usuarios, en las evaluaciones en salud.

Palabras clave: Evaluación en salud. Satisfacción del usuario. Investigación cualitativa. Atención primaria de salud. Salud pública.

Submetido em 07/12/15. Aprovado em 21/05/16.