



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

CARLOS ANDRÉ MOURA ARRUDA

QUALIDADE DOS SERVIÇOS E SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS: AS
EXPERIÊNCIAS NO ESPAÇO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA/CEARÁ

FORTALEZA
2009

CARLOS ANDRÉ MOURA ARRUDA

QUALIDADE DOS SERVIÇOS E SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS: AS
EXPERIÊNCIAS NO ESPAÇO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA/CEARÁ

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi.

FORTALEZA
2009

A817q Arruda, Carlos André Moura

Qualidade dos serviços e satisfação de usuários: as experiências no espaço da atenção básica no município de Fortaleza/Ceará/ Carlos André Moura Arruda. – Fortaleza, 2009.

154 f.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, Ce.

1. Satisfação dos Consumidores 2. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde 3. Pesquisa Qualitativa 4. Atenção Primária à Saúde I. Bosi, Maria Lúcia Magalhães (orient.) II. Título.

CDD: 362.1068

CARLOS ANDRÉ MOURA ARRUDA

QUALIDADE DOS SERVIÇOS E SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS: AS
EXPERIÊNCIAS NO ESPAÇO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA/CEARÁ

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em ____ de _____ de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi (orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida; pela capacidade fornecida a mim e que me ajudou a lidar com as adversidades nascidas no cotidiano; pela força que me deu na busca de superação dos obstáculos; pela fé, viva e latente, a qual moveu o meu caminho até o fim desta etapa na minha vida.

Aos usuários, que participaram como informantes deste estudo.

Aos queridos agentes comunitários de saúde, por terem acompanhado todo o desenvolvimento das entrevistas *in loco* e por disponibilizarem o acesso aos usuários.

Aos coordenadores dos Centros de Saúde da Família, por facilitarem o acesso para realização da pesquisa de campo desta investigação.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi que, como docente do Curso de Mestrado e orientadora, contribuiu de forma eficaz para o bom desempenho deste trabalho; pelo compartilhar de sua sabedoria; por propiciar espaços de aprendizagem em pesquisa; pelo companheirismo e amizade constituídos ao longo dos dois anos do Mestrado; pela abertura ao diálogo; por confiar em mim, no meu trabalho e na minha disposição.

À Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado, que me proporcionou inúmeras experiências de pesquisas; que confiou no meu potencial e me disponibilizou escuta atenta nos momentos de confusão; pela tessitura de uma amizade incondicional; pela sua simplicidade e humildade.

Às queridas Zenaide e Dominik, secretárias do Mestrado, por abrirem as portas da Secretaria do mestrado, disponibilizando-me incondicionalmente tudo de que necessitava para a minha formação de mestre; pelo acolhimento que me proporcionaram; pelas escutas e pelos serviços prestados.

Aos amigos e amigas que contribuíram fornecendo materiais bibliográficos para a elaboração deste estudo, em especial, *Vanira Matos* e *Idalice Barbosa*; e aos que

estavam sempre na torcida pelo meu sucesso acadêmico e que me deram forças para encarar com disposição todos os desafios que surgiam no percurso.

Aos meus colegas de turma: *Lucy Landim, Fabrícia Salvador, Soraia Pinto, Gemmelle Oliveira, Carmem Emmanuely, Ângela Silvia, Severino Ferreira (Lino), Carla Targino, Edilma Casimiro, Sidneuma Melo*, pelas tardes prazerosas que dividimos juntos;

À Fundação Cearense de Amparo ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ceará – FUNCAP, pela concessão de parte da bolsa de mestrado e pelo financiamento deste projeto de pesquisa, por meio do Edital PPSUS-2006 (Processo: 046/2007).

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão de parte da bolsa de mestrado.

“A melhor maneira que a gente tem de fazer possível amanhã alguma coisa que não é possível de ser feita hoje é fazer hoje aquilo que hoje pode ser feito. Mas se eu não fizer hoje o que hoje pode ser feito e tentar fazer hoje o que hoje não pode ser feito, dificilmente eu faço amanhã o que hoje também não pude fazer”.

Paulo Freire

RESUMO

Inscreve-se no campo da investigação acerca da qualidade dos serviços e programas de saúde, tendo como foco a satisfação do usuário, concebida como componente da avaliação da qualidade e, em si, resultado da assistência à saúde. Tendo em vista a natureza do objeto de estudo, a abordagem adotada foi a qualitativa e as dimensões analíticas demarcadas referem-se à integralidade e à humanização do cuidado em saúde. Trata-se de um estudo que objetivou compreender a satisfação dos usuários da Atenção Básica do Município de Fortaleza/CE acerca da qualidade da assistência à saúde relacionada às dimensões integralidade e humanização no cuidado. O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, Ceará, o qual possui 88 Centros de Saúde da Família (CSF), distribuídos pelas seis secretarias regionais em que se divide o referido Município. Pretendeu-se contemplar as distintas regionais, haja vista representarem contextos distintos de implantação, bem como espaços sociais diferenciados. Em cada Centro investigado, se selecionaram usuários com base em critérios que possibilitassem *acúmulo subjetivo* relativo ao objeto de estudo. A amostra foi, portanto, do tipo teórico, sendo seu tamanho definido com base no princípio de saturação teórica. Dessa forma, contou-se com 43 usuários para a realização das entrevistas. Consoante a estratégia de triangulação metodológica, se conjugaram distintas técnicas, sendo as principais as entrevistas não diretivas e observação sistemática. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos usuários e, depois de transcritas, o material discursivo foi processado e submetido à análise interpretativa com base no referencial hermenêutico. O material discursivo possibilitou a constituição da rede interpretativa, sendo esta subdividida em três eixos analíticos (temas): A) *experiências de satisfação dos usuários*; B) *experiências de insatisfação*; e C) *a qualidade dos serviços na óptica do usuário*. Dentre os resultados, destacam-se: a satisfação referente à expansão da cobertura dos serviços, resultando na melhoria do acesso e estrutura, ainda que persistam problemas estruturais. Os usuários, contudo, demonstraram insatisfação no tocante à falta de especialistas, barreiras de acesso a especialidades e de integração entre unidades e demora na entrega de exames especializados. A relação com as unidades e com os profissionais é um aspecto que transita entre a satisfação e a insatisfação, polarizando-se entre o acolhimento e a escuta, mas revelando experiências de falta de privacidade, barreiras de comunicação e desatenção às demandas. Com efeito, os usuários sugerem melhorias no tocante à organização dos serviços de saúde (fluxos de informações e atendimentos, integralidade, mudanças de horários das marcações de consultas), no relacionamento profissional da saúde/usuário (comunicação e humanização em saúde). Em síntese, fica evidente que os usuários se acham satisfeitos em alguns momentos com a assistência que lhes é dispensada, muito embora, tenham vivenciado experiências que se contrapõem a esta satisfação. Esta investigação reafirma, ainda, a importância de aferir a satisfação dos usuários como meio de aportar informações sobre mediações simbólicas envolvidas na produção do cuidado, ampliando, assim, a capacidade de tomada de decisão dos gestores, visando à formulação e implantação de políticas e programas voltados à consolidação do SUS e comprometidos com o seu ideário.

Palavras-chave: Satisfação do usuário. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Pesquisa Qualitativa. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study falls in the field of research about the quality of services and health programs, focusing the user satisfaction, designed as a component of quality assurance and, in itself, a result of health care. In view of the nature of the object of study, the approach adopted was the qualitative and analytical demarcated dimensions relate to the completeness and the humanization of health care. This is a study that aimed to understand the satisfaction of users of the Primary Care of the city of Fortaleza /CE on quality health care related to the size and full humanization of care. The study was conducted in the city of Fortaleza, Ceará, which has 88 Family Health Centers (FSC), distributed by the six regional which divides the city. Intended to cover the different regions, due to represent different contexts of implementation, as well as different social spaces. Investigated in each center, where selected users based on subjective criteria that could allow accumulation on the object of study. The sample was, therefore, type theory, and its size based on the principle of theoretical saturation. Thus has it with 43 users to perform the interviews. Depending on the strategy of triangulation method, different techniques are combined, and the main non-directive interviews and systematic observation. Interviews were conducted in homes of users and, once transcribed, the discursive material was processed and subjected to interpretative analysis based on referential hermeneutic. The material has the discursive construction of interpretative network, which is divided into three analytical (themes), which were: A) *experiences of users' satisfaction*; B) *experiences of dissatisfaction*, and C) *the quality of services in view of the user*. Among the results are: the satisfaction on the expansion of coverage of services, resulting in improved access and structure, even structural problems persist. However, users showed dissatisfaction regarding the lack of specialists, barriers to access and integration between specialist units and delay in delivery of specialized tests. The relationship with the units and the professional is something that moves between satisfaction and dissatisfaction, polarize between the host and listener, but revealing experience of lack of privacy, barriers to communication and inattention to the demands. Considering the foregoing, users suggest improvements regarding the organization of health services (flows of information and care, integrality, schedule changes the markings of consultations), the relationship of health professional / user (communication and human health). In summary, it is evident that users feel satisfied at times with the assistance it provided, but have lived experiences that are opposed to this meeting. Still, this research reaffirms the importance of measuring the satisfaction of users as a means to bring about symbolic mediations involved in the production of care, increasing thus the decision-making ability of managers to the construction and implementation of policies and programs aimed at consolidating the SUS and committed to its ideals.

Key-word: User's Satisfaction. Evaluation of the quality of the care of health. Researches Qualitative. Primary Attention to the Health.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

1 Número de Equipes de Saúde da Família, por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza, 2008.....	57
2 Número de Centros de Saúde da Família e Equipes de Saúde da Família, por Secretaria Executiva Regional.....	58
3 Número de Usuários <i>Participantes</i> e <i>Não-Participantes</i> do programa, por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza, 2008.....	61
4 Perfil dos usuários: faixa etária, escolaridade e estado civil	70
5 Data da Última Vez em que os Usuários Utilizaram o Serviço de Saúde.....	71
6 Motivos que Levam os Usuários a Procurar os Serviços.....	72
7 A Rede Interpretativa.....	73

LISTA DE FIGURAS

1 Hierarquia das Necessidades, de Maslow.....	34
2 Divisão das Secretarias Executivas Regionais no Município de Fortaleza/Ceará/Brasil.....	56
3 O Círculo Hermenêutico.....	66
4 Esquema-Síntese de Determinação da Satisfação do Usuário.....	152

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

CERES – Célula Regional de Saúde

CRES – Coordenadoria Regional de Saúde

CSF – Centro de Saúde da Família

EQUIP – European Working Party on Quality in Family

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP – Escola de Saúde Pública

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SER – Secretaria Executiva Regional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RAs – Redes Assistenciais

SUMÁRIO

PREÂMBULO.....	13
1 VISITA À LITERATURA – NOTAS PARA UM DIÁLOGO.....	18
1.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica à Saúde.....	18
1.2 A qualidade na produção do cuidado em saúde: meta possível?.....	21
1.3 A avaliação e a produção do cuidado em saúde: algumas interfaces.....	24
1.4 “Humanização” como dimensão na avaliação do cuidado em saúde.....	27
1.5 Integralidade: algumas perspectivas e desdobramentos para a produção do cuidado em saúde.....	30
1.6 A elaboração social das necessidades em saúde: utopia ou materialidade?.....	32
1.7 Desafios do emprego do conceito de satisfação do usuário na avaliação da qualidade da Atenção Básica.....	41
2 OBJETIVOS.....	49
2.1 Objetivo Geral.....	49
2.2 Objetivos Específicos.....	49
3 METODOLOGIA.....	50
3.1 Considerações acerca da natureza da abordagem qualitativa nas investigações em saúde.....	50
3.2 Ambiência de elaboração do material empírico.....	56
3.3 Os informantes da pesquisa.....	59
3.4 Formulação, processamento e interpretação do material empírico.....	62
3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	67
4 RESULTADOS: PERCURSO PELA REDE INTERPRETATIVA DE SIGNIFICADOS.....	69
4.1 Caracterização dos informantes.....	69
4.2 A rede interpretativa: a emergência das categorias.....	72
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ANVERSO E REVERSO.....	132
6 REESCRITA DO PASSADO E INDICAÇÃO DOS LIMITES.....	136
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICE.....	149
ANEXO.....	154

PREÂMBULO

"Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino."

Paulo Freire

O objeto deste estudo inscreve-se no campo da avaliação qualitativa de serviços e programas de saúde, tendo como foco a satisfação do usuário relativa às dimensões integralidade e humanização do cuidado em saúde, no espaço da Atenção Básica à Saúde no Município de Fortaleza/Ceará.

Este estudo é parte de uma investigação mais ampla sobre *"Integralidade e Humanização na Estratégia Saúde da Família: análise comparativa inter-regional"*, tendo como informantes gestores do Sistema Único de Saúde-SUS, profissionais de saúde e usuários dos serviços.

A escolha deste tema se justifica com base em distintos planos. O primeiro se insere na nossa aproximação com essa temática, destacando as experiências e vivências na Saúde Pública.

Propor um estudo desta natureza requer de nós, na qualidade de pesquisador e ao mesmo tempo um sujeito implicado na formulação do conhecimento, um esforço teórico-metodológico inscrito no campo das teorias, fundamentações e possibilidades sobre avaliação de serviços e programas de saúde, satisfação do usuário, epistemologia qualitativa, integralidade e humanização no cuidado em saúde.

A necessidade de empreender esforços nessa direção nasceu ao longo da nossa vivência na saúde pública, em atividades desenvolvidas em setores da Secretaria Municipal da Saúde de Canindé\Ceará, 5ª Célula Regional de Saúde de Canindé – 5ª CERES¹ (atualmente denominada 5ª Coordenadoria Regional de Saúde – 5ª CRES) e Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE. Nestes lugares

¹ As Células Regionais de Saúde – CERES são instâncias da Secretaria de Estado da Saúde localizadas em microrregiões do Estado do Ceará, responsáveis por um número específico de municípios que estão sob sua responsabilidade. A 5ª CERES está localizada no Município de Canindé, sendo responsável pelos municípios: Boa Viagem, Madalena, Itatira, Paramoti, Caridade e Canindé.

tivemos a oportunidade de refletir e observar o quanto é difícil e necessário desenvolver ações interdisciplinares junto à Atenção Básica municipal, no intuito de possibilitar à população a garantia e/ou a efetivação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) – integralidade, universalidade e equidade.

Era difícil para nós naquele momento definir o que era *qualidade de serviços em saúde*, haja vista o fato de que, como profissional atuante em uma Instituição que normatizava, avaliava, deliberava e fiscalizava processos de trabalhos no âmbito da Atenção Básica².

A experiência refere-se à nossa atuação profissional como técnico da 5ª CERES/Canindé, desenvolvendo atividades de monitoramento, avaliação e assessoria ao Programa Saúde da Família – PSF e Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS nos municípios sob responsabilidade dessa célula.

É importante salientar nossa inexperiência, à época, nos processos de avaliação em saúde, considerando nossa visão reducionista e fragmentada relativa às possibilidades conceituais e metodológicas para avaliação de programas e serviços de saúde, focalizadas para a Atenção Básica à Saúde, bem como da incorporação de novos agentes a estes processos avaliativos.

Nesse sentido, à nossa frente visualizávamos apenas planilhas impressas e/ou banco de dados dos Sistemas de Informação em Saúde – SIS e, ainda, “reclamações” de gestores e profissionais da saúde sobre os seus processos de trabalho e a incipiência de materiais de consumo e recursos financeiros.

Todo o discurso produzido naquele espaço de labuta ao longo do nosso período de permanência no cargo nos causou uma atitude de estranhamento e reflexividade, assim, ensejando a necessidade de buscar em outro lugar possíveis respostas às inquietações que outrora nos invadiam.

Tais “respostas” ou “verdades” a este objeto que refimos como “avaliação da qualidade de serviços e programas de saúde” não estão dadas ou não as encontramos nas teorias ou no interior dos serviços públicos de saúde. Estas “respostas” ou “verdades” são paulatinamente constituídas na intersubjetividade das

² Esta qualidade estava *a priori* definida nos textos constitucionais, nas normas e portarias estabelecidas pelas esferas central do Estado (Secretaria de Estado da Saúde) e federal (Ministério da Saúde).

relações entre humanos, pessoas que dão corpo aos serviços de saúde e aos programas assistenciais; pessoas imbuídas de experiências e vivências singulares, vistas como potencialidades e sujeitos desta elaboração.

O “outro lugar” a que nos referimos a pouco é o espaço da academia, onde se produz, também, conhecimento. Daí nossa escolha por cursar um mestrado em Saúde Pública e não em Educação, que seria o natural, haja vista nossa formação nesse campo disciplinar. Com origem nessa premissa, acato a lição de Bosi (2006, p. 19), quando fala que “um objeto de estudo é algo cuja delimitação não se faz ao acaso, tampouco por razões puramente acadêmicas, de forma neutra ou desinteressada”.

Neste sentido, referimo-nos ao lugar de profissional implicado na consolidação do SUS no Brasil, mesmo tendo formação na área de Ciências Humanas (Pedagogia). Assim, mesmo exercendo atividades operacionais e técnicas próprias da natureza da nossa formação, nossos investimentos em colaborar na constituição de uma “saúde melhor” para a população nos possibilitaram transitar por esses dois campos disciplinares que são complementares e inter-relacionados, uma vez que, tanto na saúde quanto na educação, a comunicação, o relacionamento interpessoal, práticas educativas, empatia, dentre outros aspectos lhes são muito caros.

Dada, porém, a ênfase da “importância do social na determinação do processo saúde-doença” (CARVALHO, 2005, p. 23), cabe-nos ressaltar que, tendo como premissa a ideia da relação entre a forma como a sociedade está organizada e as manifestações de saúde ou de doença de um grupo de indivíduos, elucidamos neste instante o diálogo e a interface de novas disciplinas, principalmente aquelas relacionadas ao campo das Ciências Sociais e Humanas, ao terreno da Biomedicina, a fim de, em comunhão, nortearmos novos rumos ao ser e ao fazer saúde no Brasil.

Outro plano refere-se à lacuna existente na literatura nacional e internacional sobre essa temática (ver Apêndice A). Constatamos na literatura científica que esse tema ainda é pouco explorado, considerando que o que se produz na literatura ainda não responde à complexidade deste assunto.

Nesse sentido, ao analisarmos as bases bibliográficas mediante descritores relacionados às temáticas avaliação da qualidade dos serviços de saúde, avaliação

qualitativa e satisfação do usuário, verifica-se que a ênfase incidia sobre a avaliação centrada em aspectos quantificáveis, mesmo estando descrita no escopo do resumo a utilização da abordagem qualitativa.

Em relação aos estudos que tinham como foco o tema “satisfação do usuário”, vimos que as produções científicas privilegiam também a objetivação, tendo a abordagem qualitativa pouco espaço nos desenhos metodológicos, conforme detalhado a seguir em capítulo específico.

Além de preencher lacunas na literatura científica, este estudo se justifica também pela importância da incorporação da avaliação no plano dos serviços de saúde, já que esse processo constitui uma oportunidade de reflexão permanente, que deve ser apropriado pelos agentes sociais que fazem o cotidiano das práticas de saúde, possibilitando o redirecionamento constante das ações e proporcionando maior confiabilidade para a tomada de decisão.

Acreditamos que, ao finalizarmos este estudo, teremos um “produto” que subsidiará a tomada de decisões acerca da implementação e/ou implantação de práticas socio sanitárias que permeiem o debate sobre o tripé saúde-doença-assistência, em uma perspectiva participativa e dialógica.

Nossa intenção de realizar este estudo, entretanto, nasce também da relevância da temática para o planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação de estratégias para a saúde pública. A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos desafios ao SUS, considerando a necessidade de esta ser compreendida à luz dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2005).

No que concerne à satisfação do usuário, dimensão da qualidade focalizada neste estudo, sabemos que esta tem impacto direto nos custos e na capacidade dos serviços. A satisfação dos usuários expressa ainda a capacidade dos serviços em atender suas necessidades e expectativas, intrinsecamente associadas às suas experiências, significações, crenças e conhecimento, os quais, por seu turno, afetam “...a seleção, aceitação e continuidade na utilização dos serviços e no julgamento de qualidade sobre eles” (ORTEGA et al., 2004).

Em se tratando da insatisfação do usuário no que concerne à atenção ofertada, essa pode conduzir à duplicação do serviço, o que representa a volta

reiteradas vezes ao sistema, em busca de opções que solucionem necessidades e/ou expectativas não satisfeitas (ORTEGA et al., 2004).

Outro aspecto relevante refere-se à expressividade do Município de Fortaleza no Ceará, já que é a capital do Estado e, concomitantemente, apresenta-se como um território que encerra um expressivo potencial para expansão e avanço do SUS. O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza demonstra capacidade instalada para a realização de serviços nos níveis primário, secundário e terciário, bem como integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência nos âmbitos micro e macrorregional e em espaços interestaduais (FORTALEZA, 2007).

Por último, salientamos que a adoção de uma proposta de avaliação orientada pelo enfoque qualitativo pode conduzir à superação desse hiato resultante do paradigma positivista, o qual concebe a saúde como processo unidimensional, biológico e, portanto, sem a presença da dimensão subjetiva.

Sobre esta epistemologia (Paradigma Positivista) cabe-nos ressaltar que se fundamenta em diversos pressupostos, dentre os quais destacamos: a sociedade é entendida como fenômeno natural, bem como constitui um todo integrado, cujas partes tendem naturalmente ao desenvolvimento e as leis que regem a vida social são tomadas como naturais e invariáveis, assim, independentes da vontade e da ação humana (CARVALHO et al., 2000).

Por conseguinte, a pergunta que norteará as discussões que comporão a rede teórico-metodológica, bem como a rede interpretativa foi: *Como se expressa a (in) satisfação dos usuários da Atenção Básica do Município de Fortaleza/CE acerca da qualidade da assistência à saúde relativa às dimensões integralidade e humanização no cuidado?*

1 VISITA À LITERATURA: NOTAS PARA UM DIÁLOGO

"Todos os nossos minutos são sempre, de alguma forma, minutos de sabedoria. Realmente, a cada instante, em meio de nossa inconsciência ou de nossa alucinação, recebemos a impressão tantas vezes dolorosa, mas sempre benéfica, da luz que nos aperfeiçoa".

Luiz George de Oliveira Bello

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica à Saúde

Ao pensarmos em um estudo sobre a qualidade da assistência prestada à população, temos de perceber que existe interação serviço e sociedade ou sociedade e serviço, assim, exprimindo uma relação de coprodução.

Quando na Constituição Brasileira, em seu Art. 126, prescreve que a saúde é direito de todos e dever do Estado, muitas pessoas acreditam que a responsabilização da sua saúde cabe somente às instituições públicas municipais, estaduais e federal que administram o sistema. Criam “uma espécie” de dependência vital, não obstante sentirem-se atraídas e também responsáveis pelo cuidado da própria saúde. Na verdade, mediante o controle social e da participação comunitária, as pessoas e as comunidades devem começar a pensar e a agir no processo saúde – doença ao qual estão submetidas.

O SUS, não obstante todas as dificuldades, é uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira, fruto de um longo acúmulo de lutas sociais que, desde os anos de 1970, envolve movimentos populares, trabalhadores da saúde, usuários, gestores, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais (BRASIL, 2006).

Portanto, para que esta conquista seja efetivada nas suas diversas dimensões, precisa existir uma mudança de paradigma por parte dos segmentos implicados. Há a necessidade da formação de novas atitudes e discussões mais aprofundadas, saindo do campo das possibilidades para o da ação, do fazer e, mais

do que isso, acreditar que a saúde é vital e que todos fazemos parte da elaboração de um sistema único que nos garanta e possibilite qualidade de vida.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família – ESF, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, possibilita a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se denomina “Atenção Básica à Saúde” no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema (BRASIL, 2007).

Atualmente, no Brasil, a Atenção Básica é regulamentada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual direciona para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada ente federado (municipal, estadual e federal), infraestrutura e recursos necessários, características do trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica caracteriza-se, segundo a PNAB (BRASIL, 2006, p. 10), “[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

Como vimos, a Atenção Básica abrange ações amplas na seara da Promoção da Saúde e prevenção de doenças, tendo a Estratégia Saúde da Família como modelo e centro ordenador de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família-ESF, compõem parte do conjunto de prioridades políticas do Ministério da Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2007). Daí a importância da inclusão de novas práticas em saúde, ou seja, que possam contribuir para que essa expansão e qualificação surja na comunidade.

Os princípios fundamentais da Atenção Básica no Brasil são integralidade, qualidade, equidade e participação social, conceitos que constituirão focos de

investimento conceitual ao longo deste projeto. Mediante a adstrição de clientela, as equipes saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade e vice-versa. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação, visando a uma resolubilidade maior da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida com estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

No discurso normativo, a Atenção Básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, bem como deve reduzir danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

No plano das práticas, acreditamos que ainda há muito a avançar na perspectiva descrita há pouco, porém, não devemos desconsiderar as especificidades e a natureza de cada experiência³, suas limitações e seu campo ideológico e político.

Nesse ponto, cabe recuperar os grandes marcos que fundamentam a Atenção Básica à Saúde, bem como subsidiam sua operacionalização no âmbito do SUS, materializados pelas ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, que são:

- possibilitar o acesso universal e contínuo a *serviços de saúde de qualidade* e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- *efetivar a integralidade* em seus vários aspectos, como 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;

³ Essa se refere ao espaço institucional de cada município, ou seja, de cada secretaria municipal da saúde, bem como de cada equipe de Saúde da Família existente em cada local.

- desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- realizar *avaliação* e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- estimular a *participação* popular e o controle social (BRASIL, 2006).

À medida que se ampliou o entendimento de saúde, alargou-se, também, a consciência das limitações dos serviços tradicionais de saúde para atender às necessidades de saúde de toda a população.

Com efeito, para a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, a Atenção Básica deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde. Assim, basear os sistemas de saúde tendo a Atenção Básica como estratégia norteadora é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas (OPAS, 2005). Para tanto, a avaliação emerge como ferramenta essencial no aperfeiçoamento dos sistemas, programas e serviços em saúde.

1.2 A qualidade na produção do cuidado em saúde: meta possível?

Sendo a avaliação uma ação inerente ao ser humano desde a mais tenra idade, realizada cotidianamente através de seus sentidos, de seu intelecto e de sua subjetividade (FURTADO, 2007), a qualidade como desfecho mais proeminente na avaliação das práticas e dos processos em saúde transita na atualidade nos discursos de gestores, profissionais de saúde e usuários de forma cada vez mais eloquente.

Starfield (2002) relata que, no contexto da otimização da “efetividade e equidade”⁴, a qualidade da atenção significa em que medida as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde.

No mesmo estudo, Starfield acentua que o termo qualidade também tem sido usado em um sentido amplo, abrangendo desde a satisfação com os serviços, aos custos da atenção, da qualificação de pessoal dos serviços de saúde, à segurança e aparência agradável ou a adequação dos equipamentos nas unidades de saúde que contribuem para a prestação dos serviços.

O conceito de “qualidade” é polissêmico (BOSI; UCHIMURA, 2007), uma vez que nos remete a transcender na sua demarcação no campo das práticas dos serviços e programas de saúde.

Conceitualmente, a qualidade será sempre uma formulação social, produzida com suporte nas referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de prioridades fundadas em tais perspectivas. Assim, será sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à atenção básica e, especificamente, à Estratégia Saúde da Família, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os agentes envolvidos em sua consolidação (indivíduos, famílias, comunidades e profissionais) (BRASIL, 2005).

Ainda na perspectiva de qualidade dos serviços de saúde, Gattinara et al. (1995 apud BOSI; MERCADO, 2004) sinalizam alguns fatores determinantes na busca da qualidade da assistência, tais como: competência profissional, satisfação dos usuários, acessibilidade, eficácia e eficiência.

⁴ Quando nos referirmos aos conceitos de equidade e efetividade, estamos aludindo, respectivamente, à equidade como retidão ou sentido de justiça natural que, no âmbito sanitário, tendo como objetivo a provisão igualitária de serviços para toda a população e a efetividade como grau em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefícios ou efeito real por causa da aplicação prática de uma ação sob condições habituais. (SILVA, 2003)

Para o European Working Party on Quality in Family - EQuiP⁵, o trabalho para o desenvolvimento da qualidade da atenção primária deve:

- ser um procedimento interno e contínuo do trabalho diário e parte integrante do aperfeiçoamento e aprendizagem profissional;
- abranger todos os aspectos dos cuidados de saúde, incluindo estrutura, processo e resultados;
- integrar a rotina e a prática clínica diária e, portanto, necessita ser de fácil aplicação;
- centrar-se no usuário, incluindo a avaliação da acessibilidade e da satisfação;
- potencializar o uso adequado dos cuidados de saúde e validar estratégias incluídas na atenção primária à saúde, tais como: a continuidade e a integralidade;
- tornar as decisões explícitas e claras; e
- ser utilizada como atividade profissional e educacional e não para fins punitivos ou de controle.

Em seu estudo, Vuori (1991) descreve os componentes da qualidade, dentre os quais destaca as características desejáveis de cuidados: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade científico-técnica. Assinala, também, que estas características obedecem a uma hierarquia e a uma sequência lógica que inicia na concepção de que os serviços de saúde têm que ser capazes de produzir o efeito desejado (serem eficazes), e finda na qualidade científico-técnica que, segundo o autor, se trata de otimização e não de maximização.

Bosi e Mercado (2004) descrevem que a qualidade se explicita arrimada em duas dimensões distintas: a objetiva (mensurável, generalizável) e a subjetiva (referente ao espaço das vivências, das emoções, do sentimento, portanto, não possível de quantificação).

⁵ Criada pela WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) e aprovada em seu Conselho Europeu em 1990, em Barcelona, iniciou suas atividades em 1991, em Utrech, Holanda, e conta atualmente com delegados de 23 países europeus, nomeados pelas suas associações. Dentre as contribuições do EQuiP, estão a difusão e o intercâmbio de experiências na área de avaliação da qualidade.

A despeito da necessária integração de aspectos relativos a ambas as dimensões, este estudo se centrará na de perfil subjetivo, descrita pelos autores há pouco citados, reconhecendo que esta dimensão traduz, *a priori*, possibilidades e perspectivas para desdobramentos do objeto de estudo defendido nesta investigação.

Reconhecemos, entretanto, a necessidade de ações sistemáticas e contínuas acerca do aprimoramento da qualidade nos cuidados de Atenção Básica e o desenvolvimento de um processo crítico-reflexivo sobre as práticas implementadas no âmbito de saúde.

Por fim, para o alcance e/ou aproximação da qualidade no âmago de qualquer nível de atenção à saúde, seja ele atenção primária, secundária e/ou terciária, é necessário partir de uma necessidade destes serviços; que os agentes envolvidos devem se sentir convidados a participar ativamente desse processo; que os gestores se encontrem abertos para negociação e diálogo, partindo dos resultados e considerações advindas das avaliações realizadas; levar em consideração o contexto histórico do programa e dos serviços envolvidos; e reconhecer que não existe um padrão de qualidade, mas que é possível melhorar cotidianamente.

1.3 A avaliação e a produção do cuidado em saúde: algumas interfaces

A avaliação de serviços e programas de saúde ocupa espaços de relevância entre as ações de planejamento e gestão (BOSI; UCHIMURA, 2007), bem como é importante ressaltar que em cada campo onde se insere, a avaliação ganha contornos próprios que irão se materializar sob a forma de conceitos específicos, indicadores e técnicas apropriadas de aplicação (DESLANDES, 1997).

Contandriopoulos et al. (1997, p. 78) ressaltam que “A avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”.

Concordando com Contandriopoulos et al. (1997), ressaltamos que o objetivo da avaliação é auxiliar na tomada de decisões. De nada adiantará todo o

esforço em realizar avaliação em saúde se esta não tiver o objetivo de intervir no intuito de melhorar. Em se tratando de avaliação da qualidade, partir para a ação é ponto central, pois, uma vez diagnosticada a deficiência, logo devem ser formuladas estratégias a fim de recuperar e/ou reorganizar o evento detectado.

Nesse sentido, como relatam Bosi e Mercado (2004), a avaliação tem que ser compreendida no contexto em que é pensada e com base nas perguntas avaliativas que se quer responder. Portanto, faz-se necessário ter bem definidos os objetivos que se tenciona alcançar e os instrumentos que irão colaborar para o alcance destes.

Na obra dos estadunidenses Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), estão descritas tipologias de avaliação que contribuem para que tenhamos uma visão ampla da sua aplicabilidade (modelos), vantagens e limitações. Destacamos:

- avaliações centradas em objetivos – é o fato de que os propósitos de uma atividade são especificados e, nesse caso, a avaliação concentra-se na medida em que esses propósitos foram alcançados;
- avaliações centradas na administração – têm como objetivo ajudar as pessoas que tomam decisões;
- avaliações centradas nos consumidores – são predominantemente avaliações somativas. Utilizam listas de verificação para avaliação de produtos;
- avaliações centradas em especialistas – por sua vez, dependem basicamente dos conhecimentos específicos de uma profissional para julgar uma instituição, um programa, um produto ou uma atividade;
- avaliações centradas em adversários – é um termo que abrange um conjunto de práticas divergentes de avaliação que podem ser genericamente designadas como de natureza antagônica; e
- avaliações centradas nos participantes – nesta abordagem, é crucial o envolvimento significativo na avaliação daqueles que são participantes da atividade que está sendo avaliada.

Em relação a essas definições, bem como aos modelos que a elas se assemelham, principalmente, *grosso modo*, voltados à área da educação,

acentuamos que cada uma tem uma contextualização histórica e uma fundamentação que subsidia sua “operacionalização” e/ou desenvolvimento.

No campo da Saúde Pública, a avaliação de programas e serviços de saúde merece apreço e consideração porque permite e oferece direções e opções no planejamento e também pode favorecer o controle técnico e social dos serviços dispensados para a sociedade (GAIOSO; MISHIMA, 2007). Dessa forma, deve ser entendida como atividade básica, sendo necessária a sua valorização, pois permite também o reordenamento da prestação de serviços de saúde, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades do público abrangido por estas ações (OLIVEIRA, 1996).

Ao nos propor à adoção de um “modelo” de avaliação que dialogue com a produção do cuidado, devemos inicialmente demarcar nesta interface a ideia de que uma avaliação do tipo “tradicional”, ou seja, aquela fundamentada na tradição positivista, que adota o pressuposto de que a realidade corresponde a um conjunto de fatos objetivos, observáveis e quantificáveis (MERCADO; BOSI, 2006), não responde de forma adequada ao objeto aqui focalizado. Daí adotarmos para esse diálogo a vertente da avaliação qualitativa, pelo fato de a entendermos como voltada a dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, ultrapassando o alcance de instrumentos estruturados que não permitem apreender a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Salientamos e reconhecemos as potencialidades dos demais “modelos” de avaliação de serviços e programas de saúde, mas acreditamos que, *a priori*, o que mais se aproxima e nos possibilita uma apreensão do fenômeno em estudo está inscrito nos aportes da avaliação qualitativa. Essa, por sua vez, possui especificidades por necessariamente considerar os agentes envolvidos nas ações de saúde, daí incluindo demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos, bem como pelo fato de reconhecer os conflitos inerentes aos vários processos de subjetivação (BOSI; UCHIMURA, 2006).

1.4 “Humanização” como dimensão na avaliação do cuidado em saúde

Uma vez demarcados alguns domínios e conceitos que participam da feitura deste ensaio, cabe delimitar as dimensões com apoio nas quais tentaremos compreender a satisfação dos usuários. Iniciaremos refletindo sobre a humanização como conceito/dimensão analítica.

Para tanto, podemos começar com as seguintes indagações: o que é o humano? O que é o não-humano (se é que ele existe)? O que é humanização? Por que humanizar o humano? O que é a humanidade? Existem pessoas desumanas?

Na literatura, percebemos que diversos autores discutem essas temáticas e, portanto, descrevem delineamentos que lhes são próprios, procedidos com base em referenciais que fazem parte de suas experiências e vivências no campo da humanização.

Para compreender o humano, devemos situá-lo no universo, ou seja, não podemos nem devemos separá-lo dele (MORIN, 2001). Daí, antes de tentar discutir “humanização”, principalmente voltada para a produção do cuidado em saúde, devemos compreender que o ser humano é um ser racional, bem como um sujeito dotado de afetividade intensa e instável. É um ser ao mesmo tempo singular e múltiplo. Então o consideramos, consoante Morin (2001, p. 59), como “Homo complexus”.

Como vemos, o humano em si é um “componente” que merece ser visto sob diversas perspectivas, bem como é um “mundo” a ser desvelado, entendido e compreendido, como um sujeito em permanente (re) constituição.

Autores como Oliveira, Collet e Viera (2006), ao refletirem acerca do humano, afirmam que este é o efeito da combinação de três elementos – a materialidade do corpo, a imagem do corpo e a palavra que nele se inscreve. Daí o homem ser capaz de transformar imagens em obras de arte, palavras em poesia e literatura, como também ignorância em saber e ciência e, desde então, produz cultura, intervindo e modificando a natureza, inclusive transformando doença em saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Portanto, quando nos referimos à “humanização” não podemos desconsiderar esses elementos/premissas, uma vez que o foco dela é o próprio homem, suas relações com o meio físico e social e suas práticas, a fim de produzir um cuidado que para ele tenha significação.

A palavra “humanizar”, por definição, significa, segundo Ferreira (1986, p. 330), “Tornar (mais) humano; civilizar: humanizar alguém; tornar-se mais humano; humanar-se”.

Então, é importante assinalar que o humano se faz em relação, ou na presença de um outro. Bosi e Uchimura (2006, p. 99) se referem ao plano das relações intersubjetivas:

[...] espaço de humanização das práticas, tomado como relação simbólica entre sujeitos que estão historicamente situados que são processadas nas práticas sociais em saúde, bem como, ao plano dos programas desse setor, tendo como fundamento a sua capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação.

Corroboramos a formulação feita pelas autoras, quando ressaltam que a humanização implica acolhimento, e também enfatizam significativamente a empatia e o diálogo, que possibilitam uma abertura para com o outro, identificando nossa interconexão humana (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Na mesma direção, Oliveira, Collet e Viera (2006) imprimem ênfase à noção de que humanizar implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à dos profissionais da saúde, a fim de possibilitar a formação de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base a dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Em se tratando de política pública nacional, no intuito de estabelecer um debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, bem como entendendo que tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da

vida, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2004 a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – HUMANIZASUS (BRASIL, 2004a).

Dentre as diversas dimensões e aspectos descritos nessa política, cabe-nos ressaltar alguns que consideramos relevantes para a discussão em tela, a fim de contribuir para formulações futuras. Nesse sentido, como foco de atenção e desenvolvimento de ações, o HUMANIZASUS tem como princípios norteadores (BRASIL, 2004a):

- valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
- estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; e
- emprego da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Do exposto, podemos perceber a abertura para a execução de várias práticas que se encontram nos campos subjetivo e objetivo da produção do cuidado. A materialização desses princípios por parte dos sujeitos implicados em seu desenvolvimento impõe atitudes que, muitas vezes, extrapolam a realidade existente em alguns espaços institucionais de saúde.

Tendo conhecimento dos avanços acumulados do SUS, ainda enfrentamos na atualidade fragmentação do trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação dos sujeitos nas equipes que compõem a atenção em saúde (Equipes de Saúde da Família, clínicas especializadas, centros de referência, dentre outros), burocratização e verticalização do sistema, dentre outros aspectos (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Reconhecemos que a proposição de instituir uma política pública que vise o bem-estar da sociedade, a iniciativa de consolidar universalmente uma práxis em saúde, é necessária, uma vez que estamos ante a uma circunstância pautada por iniquidades locais e regionais, bem como de desigualdades nos planos social e econômico. Não podemos, no entanto, cair num discurso universal em que se deva cumprir uma normatização outrora instituída verticalmente, no intuito de acentuar que, com base nesta, todas as práticas humanizadas em saúde irão se transformar.

1.5 Integralidade: algumas perspectivas e desdobramentos para a produção do cuidado em saúde

As discussões acerca da integralidade, segunda dimensão analítica selecionada neste estudo, surgiram no Brasil na década de 1980, quando fizeram parte das propostas de reforma, bem como em programas abrangentes para grupos específicos, tais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), e, daí, foi assumida como diretriz para a organização do SUS (CONIL, 2004).

Para os mesmos autores, a integralidade vista como diretriz política, ideal ou objetivo, torna-se um atributo relevante a ser considerado na avaliação da qualidade do cuidado. Por conseguinte, formulam alguns questionamentos que se inscrevem nesse sentido: qual é o entendimento acerca desse conceito e como verificar sua expressão prática? Quais modelos de atenção propiciariam processos de trabalho favorecedores de ações mais integrais e qual a influência dos fatores contextuais sobre esses processos? E, por fim, quais os efeitos de um cuidado, serviço ou sistema integral sobre a situação de saúde? (CONIL, 2004).

As proposições ora formuladas pela autora nos remetem a pensar a amplitude do princípio da integralidade no campo da produção científica na saúde pública/coletiva, bem como sua formulação teórica e metodológica.

Inicialmente, quando pensamos em integralidade, a demarcamos na interface com o cuidado, este entendido como ação integral, ou seja, relações de pessoas,

que têm significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como do direito de ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Sampaio (2005) estabelece três dimensões básicas do cuidado em saúde que se encontram no campo da:

- *competência técnica*, ou seja, aquela que envolve a formação do profissional da saúde e a condição de exercer o cuidado, que vai desde o salário do trabalhador até o espaço físico do local de trabalho;
- *competência narrativa* - refere-se ao envolvimento da capacidade de observar e respeitar a subjetividade do outro e deve valorizar a história irrepetível do outro; e
- *competência relacional*, que, por sua vez, envolve a formação para a cidadania, superando a mera compaixão, o favor ou a troca mercantil, fazendo com que o trabalhador de saúde e seu cliente estabeleçam um vínculo entre dois cidadãos; assim, o trabalhador não pode ter a arrogância ou a frieza burocrática de não tratar com cuidado, qualidade e sensibilidade.

Dessa forma, vale salientar que a integralidade não apenas é uma diretriz do SUS. Mattos (2006) a demarca como parte de uma “*imagem objetivo*”. Sobre essa dimensão, o autor acentua que seu principal propósito é distinguir, do que se almeja fazer, o que existe, bem como tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. Então, toda imagem objetivo ser polissêmica e, assim sendo, segundo o autor, a definição de integralidade não pode ter uma resposta unívoca porque podemos abortar alguns dos seus sentidos (MATTOS, 2006).

Assim, o primeiro conjunto de sentidos do princípio de integralidade formulado por Mattos (2006) se refere a uma atitude desejável do profissional médico, caracterizada pela **não-redução do paciente a elementos biológicos** que porventura produzam sofrimento; assim sendo, relacionando-se com uma boa prática médica (MATTOS, 2006).

Outro conjunto de sentidos se relaciona com a organização dos serviços e das práticas de saúde, ou seja, esse sentido critica a **dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais** (MATTOS, 2006).

Como último conjunto de sentidos do princípio de integralidade proposto pelo autor ora citado, temos aqueles relativos às respostas dos governos aos problemas apresentados pela a população, isto é, às **respostas por meio da criação e implementação de políticas públicas de saúde**, a um determinado problema de saúde (MATTOS, 2006).

Por outro lado, outros autores como Hartz e Contandriopoulos (2004) demarcam a concepção de integralidade partindo de referenciais específicos. Hartz e Contandriopoulos (2004), ao conceituar integralidade, se remete também ao conceito de integração de serviços, o qual, por sua vez, por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos agentes e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população.

Como princípio doutrinário do SUS, a integralidade refere-se ao desenvolvimento de várias ações possíveis para a Promoção da Saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes que precisam organizar o conjunto de práticas desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde (BRASIL, 2004b).

Em suma, diante de tais asserções que remetem ao caráter polissêmico que a integralidade possui, corroboramos a síntese feita por Pinheiro (2001), quando a concebe como ação social resultante da permanente interação dos agentes na relação demanda e oferta, no plano individual (consolidação 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), considerando aspectos objetivos e subjetivos.

1.6 A elaboração social das necessidades em saúde: utopia ou materialidade?

Na vida cotidiana, estamos imersos em relações interpessoais que demandam de certas atitudes e posições. Ora *necessitamos* de determinada coisa

ou algo, ora *desejamos*; mas do que estamos falando quando nos referimos à *necessidade* e ao *desejo*? Estamos tratando da mesma coisa?

Em primeiro lugar, antes de tratar sobre satisfação do usuário, cabe-nos situar o leitor acerca do que se concebe como '***necessidade (s) em saúde***' e como esta (s) é constituída historicamente no campo. Daí faz-se necessário distinguir *a priori* o que são *necessidade* e *desejo*, para então tratar de necessidade (s) em saúde.

Para autores como Ferreira (1986, p. 1185), *necessidade* vem do latim *necessitate* e se concebe como

1. Qualidade ou caráter de necessário. 2. Aquilo que é absolutamente necessário; exigência. 3. Aquilo que é inevitável, fatal. 4. Aquilo que constrange, compele ou obriga de modo absoluto. 5. Privação dos bens necessários; indigência, míngua, pobreza, precisão [...].

Já o verbete *desejo*, segundo o mesmo autor (FERREIRA 1986, p. 460), se refere ao "1. Ato ou efeito de desejar. 2. Vontade de possuir ou de gozar. 3. Anseio, aspiração. 4. Cobiça, ambição. 5. Vontade de comer ou beber; apetite. 6. Apetite sexual".

Tais asserções são semanticamente distintas, muito embora possuam algumas aproximações de significados. A *necessidade* se restringe àquilo que é, em si, demasiadamente necessário, ou seja, o que não deve de maneira alguma deixar de existir ou, ainda, que não pode ser adiado. Por outro lado, o *desejo* se inscreve no campo das possibilidades, portanto, no plano da idealização, podendo esse (o desejo) ser compensado ou dado em outro momento existencial, portanto, adiado.

Não podemos esquecer e/ou perder de vista a dialética entre ambas: um *desejo* pode transformar-se em uma *necessidade*. Dessa forma, torna-se ainda mais complexa a compreensão desses termos (necessidade e desejo) e, quando se trata de serviços de saúde, tais terminologias ainda não estão bem demarcadas, tampouco definidas no interior das práticas e dos processos de trabalho no campo da saúde. Noutras palavras, não se sabe, ao certo, o que é uma necessidade ou um desejo do outro, seja do usuário que demanda assistência, seja do profissional da saúde que busca condições e melhorias de trabalho ou do gestor que procura financiamentos e recursos outros para o bom funcionamento da máquina administrativa. Cabe salientar que os usuários possuem espaço privilegiado nessa

discussão, porquanto é para este que desenvolvemos nossas ações, seja de qualquer lugar, na assistência ou na gestão.

Ainda sobre necessidades, Abraham Harold Maslow, psicólogo estadunidense, constitui referência internacional por ter formulado uma pirâmide de Hierarquia de Necessidades, conforme a *figura 1*.



Figura 1 – Hierarquia das Necessidades, de Maslow

Fonte: http://www.merkatus.com.br/10_boletim/112.htm

Essa estrutura proposta por Maslow divide as necessidades humanas em níveis hierárquicos, tendo como base as necessidades que podemos denominar como básicas e inerentes aos seres humanos, como fome, sede, excreção, sono, ou seja, as que estão no escopo da fisiologia humana, até o seu “pico”, compreendendo aquelas necessidades voltadas à realização plena do ser humano, isto é, sua realização como pessoa (autorrealização).

No campo da saúde pública, podemos fazer outra leitura de tais necessidades, não sendo possível determinar *a priori* o lugar em que se encontram. Apesar dessa hierarquização, os usuários dos serviços públicos de saúde, especificamente da atenção básica à saúde, em se tratando de necessidades, ao

chegarem no Centro de Saúde da Família⁶, o seu objetivo, muitas das vezes, é que suas necessidades sejam atendidas, muito embora saibamos que muitas dessas ainda não foram garantidas pelo Estado⁷. Mesmo o usuário não tendo essas garantias básicas a que se refere Maslow, ele tende em todas as tentativas de ida ao serviço público de saúde chegar no “pico” da hierarquia: para Maslow – *autorrealização*, e em comparação para o usuário *ser atendido*, ou seja, a demonstração prática do atendimento dispensada pelo profissional da saúde, seja ele de qualquer categoria profissional do nível elementar\médio\superior, à sua dor ou sofrimento.

Heller (1986) segue a mesma racionalidade proposta por Maslow ao denominar *necessidades existenciais* e amplia a discussão sobre necessidades, ao distinguir em seu texto o que são necessidades existenciais e necessidades propriamente humanas. Sobre as necessidades existenciais, o autor as descreve como “ontologicamente primárias” (HELLER, 1986, p. 170), isto é, baseadas no instinto de autoconservação sendo as mesmas: necessidade de se alimentar, sexual, de contato social e de cooperação e de atividade (HELLER, 1986).

As necessidades propriamente humanas se distinguiriam das necessidades existenciais “pelo fato de que os desejos, as intenções para o seu objeto, o impulso natural não desenvolve qualquer papel” (HELLER, 1986, p. 171). O dinheiro, o poder, a atividade moral, a amizade, a possessão e a reflexão constituem objetos dessa necessidade (HELLER, 1986).

Neste escopo de formulações acerca da categoria “necessidades em saúde” e a sua imbricação na sociedade, corroboramos o pensamento de Cecílio (2001), ao exprimir que as necessidades em saúde podem ser absorvidas de forma completa, se organizadas em quatro conjuntos:

- 1) aquele referente a se ter boas condições de vida – no sentido de funcionalista, enfatizando fatores inerentes ao ambiente, que determinam o

⁶ Estamos chamando de Centro de Saúde da Família devido ser essa a denominação adotada pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza para as Unidades Básicas de Saúde, onde estão inseridas as Equipes Saúde da Família e Saúde Bucal que caracterizam a Estratégia Saúde da Família.

⁷ Quando denominamos Estado, estamos tratando das esferas de governo: municipal, estadual e federal do Brasil, que têm a competência de cumprir as leis contidas na Constituição Federal, dentre elas os direitos e deveres dos cidadãos, como previsto nos Títulos I e II desta, que discorrem acerca dos Princípios Fundamentais e dos Direitos e Garantias Fundamentais.

processo saúde-doença (tal qual proposto por Leavell e Clark: *História Natural da Doença*) e, ainda, nas formulações de autores marxistas que dão ênfase aos distintos lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo e sua inferência nos modos de adoecer e morrer;

- 2) necessidade de se ter acesso e de poder consumir toda a tecnologia de saúde que seja capaz de melhorar e prolongar a vida – a releitura feita pelo autor parte dos conceitos de tecnologias leve, leve-dura e dura, propostas por Merhy, que propõe uma não-hierarquização destas tecnologias, portanto defende a tese de que tais tecnologias são sempre definidas pela necessidade de cada pessoa, em cada singular momento da sua existência;
- 3) ainda, o terceiro conjunto trata da insubstituível criação de vínculos a(e)fetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional – reforça a ideia de vínculo como aquele que forma uma relação de confiança e referência, tendo o significado de uma relação contínua no tempo, sendo pessoal e intransferível, calorosa, ou seja, o vínculo como um encontro de subjetividade;
- 4) e, por fim, a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de viver – autonomia descrita pelo autor como aquela que implica a possibilidade de reelaboração, por parte dos sujeitos, dos sentidos de sua vida e, sendo assim, tem um peso efetivo no modo de viver destes.

Com essas proposituras, observamos que, para se tratar de necessidades em saúde, faz-se necessário (re)significar a ideia de que temos uma necessidade e que esta tem que ser atendida e absorvida pelo serviço público de saúde. A despeito disso, o usuário é corresponsável pelo alcance e atenção da sua necessidade, muito embora caiba destacar o papel imprescindível do profissional e do gestor da saúde para a efetivação e garantia de acesso à necessidade trazida pelo usuário.

Por todos os motivos descritos nesta seção, acreditamos que a necessidade em saúde é feita por agentes implicados na saúde-doença-assistência, tendo cada um deles um papel importante para a sua resolução e alcance. Portanto, não existindo alguém que “possua” a necessidade e alguém do outro lado que supra tal necessidade, o que ocorre é exatamente um encontro intersubjetivo no qual – a partir do contexto histórico, político e ideológico onde estão inseridas estas pessoas

– numa perspectiva dialética e constituída com base no diálogo, contribuímos no sentido de possibilitar uma atenção mais especializada à queixa, ou sofrimento colocado neste espaço do diálogo, assumindo o compromisso de propiciar uma melhor escuta dessas necessidades e a feitura conjunta da resolubilidade, considerando os vários aspectos do contexto.

Necessidade em saúde é uma temática complexa e instigante que requer do profissional da saúde e gestor uma tomada de atitude que, muitas das vezes, ultrapassa o seu limite resolutivo. Em certos casos, se sobrepõe à nossa capacidade técnica, ou seja, o usuário busca em algumas idas ao Centro de Saúde da Família algum tipo de resposta para as más condições de vida em que se encontra, outras vezes para dialogar com o profissional de saúde sobre assuntos da sua vida pessoal, familiar, comunitária e, ainda, a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional da saúde. Tudo isso constitui o que denomina Cecílio (2001, p. 116) de “*cestinha de necessidades*”. Para Schraiber e Mendes Gonçalves (1996), essa busca é denominada como *carecimento*, algo que o usuário compreende que deva ser corrigido, sendo esse decorrente de alguma alteração física, orgânica, que o impede de viver sua rotina, uma situação que reconhece como uma falta, algo de que carece, inclusive uma informação.

Quando o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde – discorre que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (...)”, isto é, trazendo em seu escopo uma visão ampliada, corroboramos Campos e Bataiero (2007), ao lembrarem, que para responder às necessidades de saúde da população, faz-se necessário implementar ações que incidam nesses determinantes, e não somente na doença ou sofrimento, que já são em si resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual.

Utilizando a categoria de necessidade em Marx e Engels, isto é, “necessidade é o que precisa ser satisfeito para que a vida continue”, os autores Campos e Bataiero (2007, p. 607) acentuam que “A satisfação de uma necessidade encontra-se potencialmente no produto de um processo de trabalho – sequência de operações que transforma um objeto de trabalho em um produto”.

Contra-pondo-se a esta afirmação e reconsiderando o descrito por nós em parágrafos anteriores, quando pensamos necessidades em saúde como um encontro intersubjetivo, não podemos tê-la como um “produto”, muito menos considerar que a partir de uma sequência de operações o objeto de trabalho se transforma em produto. Conseqüentemente, as reduzimos a uma sequência de procedimentos técnicos/burocráticos que muitas vezes não permitem ou não abrem espaço para o diálogo e a formação intersubjetiva de processos de trabalho mais participativos e que tenham um significado efetivo para o usuário, para o profissional da saúde, o gestor e o serviço de saúde.

Ao analisarem 73 produções científicas brasileiras no período de 1990 a 2004 sobre o tema necessidades de saúde, referidos autores concluem que ainda existe uma escassez nas publicações referentes à Atenção Básica, sendo praticamente inexistentes quando considerada a perspectiva da Saúde Coletiva. Daí se observar um grande número de publicações centradas no âmbito hospitalar da assistência. Tais edições não demarcam o conceito de necessidades, fazendo uso do termo no senso comum (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Nesta perspectiva, acreditamos que essa temática, por ser complexa e pouco explorada nos serviços de saúde que englobam a Atenção Básica no Brasil, deve estar na pauta de discussões de gestores municipais, estaduais e federais e nos diversos espaços de controle social, onde se configura e se materializa a participação popular na formulação e monitoramento das políticas públicas de saúde.

Isso nos leva a pensar que necessidades em saúde se revelam no encontro profissional da saúde/usuários. Dessa forma, problemas nesta interface criam poucas possibilidades de uma intervenção compartilhada e dialogada, abrindo margens para um olhar reducionista, voltado apenas para o processo biológico da doença, conseqüentemente, reduzindo a visão multifocal a partir da qual se percebem as questões sociais relacionadas ao contexto histórico vivido pelo usuário, bem como se considerem sua singularidade e o seu conhecimento.

Essa lógica vai ao encontro do que anotam Campos e Mishima (2005, p. 126):

[...] necessidades de saúde são necessidades de reprodução social que, por não serem naturais nem gerais, são necessidades de classes, ou seja, definidos pela sua inserção na divisão social do trabalho que determina os diferentes modos de viver.

Dessa forma, atender às necessidades dos grupos sociais que constituem o território das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, na óptica dos autores ora citados, é a finalidade dos processos de trabalho inseridos no processo de produção de serviços de saúde (CAMPOS; MISHIMA, 2005). Sobre tal asserção acrescentamos que tal ocorre desde que se insira nessa atenção a percepção do usuário acerca da sua necessidade, sua singularidade e seu contexto histórico, social, sanitário e ambiental.

Pelo seu aspecto relevante na organização de serviços por suscitarem tais serviços e embasarem a configuração geral de suas estruturas (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996), bem como por sua recorrência na discussão acerca do planejamento em saúde (CAMARGO JR, 2005), as necessidades de saúde tomam, no espaço da Atenção Básica à saúde, um lugar de destaque, muito embora não seja esta objeto de investigação científica, como descrito anteriormente (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Lugar de destaque porque, com a identificação das necessidades dos indivíduos e coletividades que estão sob a responsabilidade sanitária de uma equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal, esses serviços têm a possibilidade de melhor articulação e resolubilidade dos problemas de ordem biológica e social desses sujeitos. Em consonância com Camargo Jr. (2005, p. 91), essa expressão “necessidades de saúde” “decorre da necessidade lógica de identificar metas, objetivos para a intervenção que justificarão o curso de ação escolhido”.

Subjacente a qualquer ato de naturalização⁸ no tocante à identificação e intervenções das necessidades em saúde de dado indivíduo e coletivo, Mattos (2005) exprime a ideia de que, para dar respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde, implica o entendimento de articulação das necessidades de saúde – que se referem às boas condições de vida – e das necessidades de acesso e de consumo de certas tecnologias que talvez sejam capazes de melhorar ou prolongar a vida.

⁸ Naturalização é tida aqui como ato de naturalizar, ou seja, tornar as coisas como naturais, já dadas.

Neste aspecto destacamos que, na Atenção Básica, a retórica que transita ao colocarmos em evidência a temática das necessidades de saúde no foco da atenção e das práticas, precisa urgentemente ser repensada e compreendida à luz do que encontramos nos espaços em que se concretizam a assistência, no interior das distintas classes sociais que, ao se agruparem, formam e constituem o território das equipes de saúde da família e de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família.

O processo saúde-doença depende do lugar que se ocupa na sociedade, daí a necessidade de saúde estar entrelaçada com esse meio ampliando a compreensão de que a vida humana é consolidada historicamente, por processos que causam danos, bem como por processos que protegem as pessoas. Portanto, a dinâmica é contraditória, nunca estática.

A pretensão em discutir a elaboração social das necessidades de saúde nesta seção foi a de elucidar, como anota Leopardi (1992, p. 55), que

[...] a necessidade não se apresenta de forma causal nos indivíduos, como se eles fossem vítimas de um jogo de probabilidades, mas como carência específica do sujeito, em relação a um tempo e lugar, de modo que se evidenciam relações de diferentes conteúdos entres eles.

Em suma, sendo o SUS indicado atualmente como *Patrimônio Social Cultural Imaterial da Humanidade* (BRASIL, 2009), sendo ele a primeira política pública indicada para se tornar patrimônio da humanidade, possamos, com arrimo nesse feito constituído por pessoas, no interior de grupos sociais articulados e comprometidos, repensar o fazer saúde no território de modo mais abrangente e participativo, tendo como pressuposto imediato a evidência de necessidades em saúde da população, de modo a podermos avaliar a satisfação do usuário com as distintas dimensões de qualidade da Atenção Básica.

1.7 Desafios do emprego do conceito de satisfação do usuário na avaliação da qualidade da Atenção Básica

Demarcados os eixos teórico-analíticos – *qualidade da assistência, avaliação de programas e serviços de saúde, humanização e integralidade em saúde e, necessidades em saúde* – esta última seção do referencial teórico aproximará o leitor acerca dos possíveis desafios do emprego do conceito de **satisfação do usuário**, quando se trata da avaliação da qualidade no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Portanto, a satisfação do usuário como um dos “componentes” para subsidiar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde foi incorporada nas décadas de 1960 e 1970 nos Estados Unidos e na Europa, tendo como objeto de interesse os aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção, adesão ao tratamento médico, bem como proporcionar ao paciente/usuário um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; TAHARA et al., 1997; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

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 (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Somente no ano 2000, realizou-se a 1ª Pesquisa Nacional de Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos no Brasil, intermediada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. As áreas da educação, previdência social e saúde foram as contempladas na referida pesquisa por suas características universais (BRASIL, 2008).

Alguns aspectos relativos à aferição da satisfação do usuário foram pre-determinadas na pesquisa, entre elas: nível de atendimento (expectativas), qualidade do serviço; qualidade no atendimento; agilidade no atendimento, dentre

⁹ O termo “accountability” é de origem da língua inglesa e não tem tradução literal em português. Tal termo remete à obrigação de membros de um órgão administrativo ou representativo de **prestar contas** a instâncias controladoras ou a seus representados. Em português, uma possível versão é **responsabilização** (fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Accountability>).

outras. Os resultados apontaram para uma “taxa geral de satisfação” nas três áreas pesquisadas de 71,8%, estando este percentual acima da meta proposta *a priori* pelo governo para os três anos subsequentes: 70% de taxa de satisfação. Vale salientar que o setor saúde foi o que apresentou, segundo a pesquisa, maiores dificuldades para se aferir os níveis de satisfação, com uma taxa geral de satisfação igual a 64,3%, diferentemente das áreas da educação e previdência social, que tiveram essa taxa, respectivamente, de 74% e 72,5% (BRASIL, 2008).

É importante assinalar que essa pesquisa privilegiou a aferição dos usuários mediante o uso de instrumentos estruturados e os resultados expressos em porcentagens. Acreditamos que, incorporando a dimensão subjetiva nesta pesquisa, poderiam ter sido evidenciados outros aspectos que contribuiriam para a formulação de políticas públicas nessas e em outras áreas, assim como a tomada de decisões para futuros delineamentos em prol de melhorias nos referidos setores.

A referida revisão nos levou à seguinte indagação: “*Qual (is) o (s) desafio (s) do emprego do conceito de satisfação do usuário na avaliação da qualidade da Atenção Básica no Brasil, especificamente no Estado do Ceará?*”. Tal indagação se traduz em uma necessidade de demarcação conceitual e metodológica, haja vista a variedade das discussões na literatura no que concerne ao conceito de satisfação do usuário e suas interfaces com a avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

O primeiro ponto a ser destacado, que de maneira direta influencia nesta demarcação, é o próprio momento histórico que estamos vivenciando acerca da consolidação do SUS no Brasil.

No dia 05 de outubro de 2008, completaram-se 20 anos do SUS no Brasil, desde a Constituição de 1988, onde preconiza o Art. 196 que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. Portanto, metaforicamente, o SUS é considerado “jovem-adulto”, ou seja, atingindo sua maioria, materializando-se nos diversos espaços de saúde no Brasil.

Considerando o SUS como sistema de saúde “jovem-adulto”, para que se possa empreender algum esforço na demarcação conceitual e metodológica sobre o tema em foco, *satisfação do usuário*, deve-se ter como desafios iniciais: considerar

as peculiaridades regionais deste complexo sistema de saúde nos diversos estados do Brasil – mesmo em se tratando de um mesmo sistema de saúde, o usuário num determinado lugar tem uma aceção diferenciada acerca deste – e, também, a ideologia política a qual transita e determina o meio no qual esse usuário está inserido.

Se o foco é a satisfação do usuário na rede de serviços da Atenção Básica, há de considerar que esses desafios iniciais depois de demarcadas suas nuances e limites, contribuem para formular a demarcação do conceito de satisfação e as possibilidades de desenhos metodológicos que melhor as afira.

Na literatura nacional e internacional acerca do tema em foco, vimos que a satisfação do usuário é um dos elementos essenciais para avaliar a qualidade dos serviços de saúde (FERRI et al., 2007; FELISBERTO; SAMICO, 1999; SOMMERS, 1983), muito embora essa prática seja nova em se tratando de avaliação no campo da saúde.

O próximo passo nesse caminho que ora empreendemos será definir o que é “**satisfação do usuário**” nas diversas produções consultadas e como aqui a concebemos.

O verbete “satisfação”, segundo Ferreira (1986, p. 742), vem do latim *satisfactio* e significa

“1. Ato ou efeito de satisfazer (-se); contentamento. 2. Contentamento, alegria, deleite, aprazimento. 3. Pagamento, recompensa, retribuição; 4. Indenização, reparação, expiação. 5. Explicação, justificativa, justificação. 6. Conta que se presta a outrem de uma incumbência”.

De maneira mais resumida, esse vocábulo, conforme Machado (1967, p. 820), significa “*acto de pagar uma dívida; desculpa; justificação; reparação*”.

Em latim, a dicção “*satisfactio*” significa “*satisfação, indenização, reparação; pena, castigo*” (LEITE; JORDÃO, 1956, p. 105).

Já acerca da palavra “usuário”, Ferreira (1986, p. 2100) descreve que vem do latim *usuariu* e refere-se a

1. Que possui ou desfruta alguma coisa pelo direito de uso; utente. 2. Que serve pra o nosso uso. 3. Dizia-se do escravo de quem se tinha o uso, mas não a propriedade. 4. Aquele que possui ou usufrui alguma coisa pelo direito de uso; utente. 5. Cada um daqueles que usam ou desfrutam alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular; utente [...].

Com essas acepções, a princípio, podemos definir **satisfação do usuário** tendo como objeto a qualidade dos serviços de saúde na Atenção Básica como o contentamento, alegria daqueles que usam ou desfrutam de alguma ação coletiva, sendo esta capaz de suprir suas necessidades e desejos, conceitos já discutidos.

Tendo visitado a literatura, concordamos com Esperidião e Trad (2006) quando, com base nos seus estudos sobre essa temática, acentuam que ainda é frágil na maioria das produções científicas um modelo teórico que seja razoavelmente consistente a fim de dar conta da complexidade do conceito de satisfação do usuário.

A maioria dos estudos não aponta para uma discussão conceitual mais consistente da expressão “satisfação do usuário”, porém, se apressam em apresentar resultados desta no âmbito das práticas em saúde nos diversos espaços de saúde (FERRI et al., 2007; VARGAS; PAIXÃO, 2005; COTTA et al., 2005).

Em se tratando de aspectos metodológicos, observamos na literatura nacional e internacional elevada produção de investigações de cunho quantitativo sobre o objeto – *surveys* e inquéritos populacionais (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005) –, ou seja, são mais comuns os desenhos metodológicos que privilegiam o uso de frequências, escalas e índices, como, por exemplo, nos estudos de Cotta et al. (2005), Gaioso e Mishima (2007), Sommers (1983), Felisberto e Samico (1999), dentre outros. Este fato foi confirmado por estudos como os realizados por Esperidião e Trad (2005, 2006), Vaitsman e Andrade (2005) e por Tahara et al. (1997).

A necessidade de incorporar aspectos da dimensão subjetiva nas investigações que remetem à satisfação do usuário, ou seja, a pesquisa qualitativa, foi observada nos estudos de Williams (1994), Tahara et al. (1997) e Esperidião e Trad (2005).

Sob esse aspecto, 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 não podem ser apreendidos por questionários estruturados, ou seja, desvelar o que porventura o número, a porcentagem ou a escala não deixaram claro ou não foram capazes de expressar.

Noutras palavras, aprofundar o material empírico a fim de apreender nas experiências, vivências, expectativas, percepções e (in) satisfações dos usuários “elementos-chave¹⁰” para contribuir na tomada de decisões, bem como sirvam de subsídios para melhorias no âmbito dos serviços públicos de saúde na Atenção Básica.

Destacamos ainda a idéia de que a avaliação da assistência à saúde, incorporando a visão dos usuários, possibilita a formulação de instrumentos de melhorias dentro de um processo participativo que se procure programar no nível de atenção primária à saúde (OLIVEIRA, 1996). Ao tratarmos de “instrumentos de melhorias” estamos fazendo referência àqueles que denominamos pertencerem aos planos objetivo (estrutura física, otimização de recursos financeiros, capacidade operacional e técnica), e subjetivo (relacionamento interpessoal, processos de trabalho e humanização).

Sommers (1983, p. 54) afirma que “[...] si se quiere alcanzar la “atención óptima” que busca el consumidor y que trata de facilitar el proveedor, será necesario un esfuerzo conjunto”. Ao assentirmos na idéia de Sommers, ressaltamos que, consoante a satisfação do usuário, faz-se necessário envolver outros sujeitos implicados na avaliação que visa à qualidade da assistência à saúde. Nesta investigação, contudo, dados seus limites, outras visões que não as do usuário não foram apreendidas e consideradas.

É importante ressaltar o que descreve Williams (1994, p. 514), quando assinala que “o processo de avaliação e, portanto, o significado dado a partir da satisfação do usuário é altamente dependente do papel no qual os mesmos se percebem em relação ao sistema de saúde”. Esta assertiva se sobressai à ideia de (a)crítica da percepção do usuário em relação aos serviços que lhe são dispensados, ampliando o olhar de que para que possamos opinar sobre um serviço antes precisamos nos situar em relação a este de forma comprometida.

Mensurar, compreender ou aferir a satisfação do usuário não é tarefa simples, principalmente quando se trata desta em relação à Atenção Básica como política

¹⁰Denominamos elementos-chave como todos os elementos que transitam em interface com a qualidade dos serviços de saúde, tais como: relacionamento interpessoal (comunicação, trabalho em equipe, acolhimento, humanização, processos de trabalho etc), estrutura física (infraestrutura), organização dos serviços, dentre muitos outros que possam emergir das falas dos informantes.

nacional do SUS. Para tanto, faz-se necessário compreender, consoante Felisberto e Samico (1999, p. 129), que

[...] o conceito de satisfação está sob a égide de diversos fatores, tais como: características do usuário (sócio-demográficas, estado de saúde, expectativas quanto ao serviço), características dos profissionais (personalidade, habilidade, atitudes), relacionamento usuário/profissionais e fatores ambientais (estrutura, localização e acesso ao serviço).

Observamos, pois, o importante papel do pesquisador na feitura do desenho que melhor se aproxime dos objetivos que ele se propõe elucidar no que concerne à satisfação do usuário. Outro aspecto importante descrito pelos autores ora citados é que se faz necessário o conhecimento do contexto social no qual este usuário está inserido, para que possa ser feita uma articulação entre “texto e contexto”, ou seja, o discurso do usuário não se dissocia da sua prática social e existencial.

Para Ferri et al. (2007), a satisfação será resultado final do processo de trabalho em saúde se houver mudanças na forma de produção do cuidado dispensado aos indivíduos e coletivos, ou seja, na inversão da qualidade, e não somente a quantidade; na responsabilidade, e não na dependência; e, por fim, no carinho, e não apenas a técnica reservada.

Para que esse “ideal de cuidado” ocorra nas práticas em saúde materializadas na Atenção Básica, são necessárias mudanças significativas na maneira de “fazer saúde” incorporando práticas dialógicas e atitudes comprometidas no interior das relações inter e intrapessoais presentes nestes espaços de assistência.

A atuação do gestor e do profissional da saúde da Atenção Básica deve disponibilizar lugar à apreensão da forma como os usuários desses serviços, individual ou coletivamente, entendem o processo saúde-doença-assistência no interior das suas práticas. Propiciar ao usuário informações de como se configuram a saúde, a doença e a assistência contribuirá e, de certa maneira, fortalecerá o vínculo deste com o serviço. Conseqüentemente sua (in) satisfação se tornará compreendida e fundamentada, provocando no serviço ofertado mudanças no sentido de garantir de forma bem mais eficaz a qualidade no atendimento, qualquer que seja o nível em que se encontre o usuário.

A satisfação do usuário tem relação estreita com a forma como estamos conduzindo, no espaço da nossa prática profissional, os momentos de atendimento clínico com o usuário. É preciso reaver uma prática clínica que não apenas codifica os sinais e sintomas biológicos do sujeito, mas também que considere, no ato do fazer clínico, valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas. Uma clínica que abrigue o diálogo e a escuta referentes à maneira como as pessoas vivem no seu cotidiano, isto é, compreendendo, se responsabilizando e estabelecendo vínculos com esse sujeito que o procura e que está, nesse momento existencial, com necessidade, dor, sofrimento ou moléstia.

É inegável o fato de que lançar mão do modelo tradicional de atendimento e incorporar esse modelo de clínica mais abrangente é tomar para si um desafio; é entender que o usuário do serviço de saúde busca obter, na relação com o profissional da saúde e/ou gestor, uma relação de compromisso, atenção, escuta, respeito e de priorização do problema/necessidade que o convoca ao sistema de saúde.

Sendo a Atenção Básica uma política nacional estruturante e estruturada no escopo do SUS e a Estratégia Saúde da Família-ESF, por meio do Programa Saúde da Família-PSF, modelo assistencial que prioriza a atenção centrada na família e não na doença, a satisfação do usuário nesse espaço se traduz como eixo vital para redirecionamento das práticas em saúde e, como acentuam Cotta et al. (2005), a visão do usuário sobre as práticas desenvolvidas no PSF é de suma relevância, uma vez que este é a razão de existência do mesmo e deve ser sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, conseqüentemente, fortalecendo a democracia em saúde (COTTA et al., 2005).

Tomando a premissa de que cada forma histórica de individualidade é socialmente produzida (OLIVEIRA, 1990), assumimos nesta seção a ideia de que a satisfação/insatisfação dos usuários com os serviços de Atenção Básica está intrinsecamente ligada ao seu contexto histórico-social, todavia consolidada com base nas suas experiências e vivências neste nível de atenção.

Não tínhamos a pretensão, neste segmento, de esgotar as discussões acerca desta temática, porém salientamos que esta retomará adiante no capítulo referente ao processamento do material empírico, momento em que teremos a oportunidade

de, baseado na vocalização dos usuários, aproximar e apreender nas elaborações subjetivas e, de certa forma, (re)significar o panorama das práticas em saúde dadas e operacionalizadas na Atenção Básica no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade.

2 OBJETIVOS

"Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino."

Paulo Freire

2.1 Objetivo Geral

Compreender a satisfação dos usuários da Atenção Básica do Município de Fortaleza/CE acerca da qualidade da assistência à saúde relacionadas às dimensões integralidade e humanização no cuidado.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar expectativas e necessidades dos usuários da Atenção Básica à saúde;
- Analisar¹¹ os motivos ligados à satisfação e à insatisfação dos usuários no que se refere à assistência;
- Conhecer, sob a óptica dos usuários, como ocorre o cuidado em saúde nas dimensões integralidade e humanização;
- Identificar sugestões apontadas pelos usuários relativas à qualidade da assistência.

¹¹ Dentre as distintas definições atribuídas ao verbete *analisar*, tomamos aquela que se refere a **examinar com atenção**. (<http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx>)

3 METODOLOGIA

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”

Paulo Freire

3.1 Considerações acerca da natureza da abordagem qualitativa nas investigações em saúde

Existem vários caminhos e delineamentos metodológicos para a produção do conhecimento na área da avaliação de programas e serviços de saúde. Estes, por sua vez, vão desde os aspectos que abordam a quantificação, mensuração com o emprego de conceitos estatísticos e probabilísticos até aqueles que possibilitam a apreensão da produção subjetiva mediante percepções, narrativas e discursos de sujeitos historicamente implicados nos processos avaliativos.

Como neste estudo, a ênfase metodológica se voltou para a produção subjetiva de usuários da Atenção Básica do Município de Fortaleza/Ceará, nossa opção foi aplicar a abordagem qualitativa.

Os próximos parágrafos convidam o leitor para uma aproximação teórico-histórica acerca da epistemologia qualitativa. Salientamos que, ao escrevê-los, fomos movidos pela necessidade de propagar as potencialidades e limites desta epistemologia, tendo como subsídios sua aplicabilidade em estudos de avaliação de programas e serviços de saúde, bem como sua expansão e a colaboração de pesquisadores emblemáticos na área, que vêm contribuindo significativamente para a constituição do conhecimento e difusão de estudos no campo da subjetividade.

Para Bosi e Mercado (2004), esta abordagem é cada vez mais empregada e aceita na área da saúde e das ciências humanas e sociais. A expansão e o surgimento do interesse pela investigação qualitativa ocorrem no interior do movimento intelectual antipositivista (consolidado ao longo do século XX) que

considera o conhecimento como resultante de uma dialética entre o sujeito epistêmico e o fenômeno em estudo (BOSI; MERCADO, 2004).

Em se tratando do paradigma positivista, este, em seu turno, neutraliza a inserção da subjetividade nas diferentes práticas e intervenções sociais (MERCADO-MARTÍNEZ; BOSI, 2004), como também propõe um método que se fundamenta da observação neutra, objetiva, desligada dos fenômenos, o que implica uma separação entre sujeito produtor do conhecimento e seu objeto de estudo (CARVALHO et al., 2000).

Em contraposição, é inegável renegar o fato de que a própria natureza do humano é justamente o subjetivo, o sensível, o afetivo, o valorativo, o opinativo (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

Da mesma forma, Nietzsche critica a ideia cartesiana de sujeito do conhecimento, estabelecendo também críticas ao projeto moderno de conhecimento: a realidade não é entendida como uma coisa, mas como processo, como um vir-a-ser que se apresenta no modo contingente (particular) de existir de cada individualidade (CARVALHO et al., 2000).

Em consonância a essa perspectiva, a Escola de Frankfurt propõe que a sociedade deve ser entendida como algo dinâmico, histórico, mutável e dialético (CARVALHO et al., 2000).

Em suma, o papel do sujeito na produção do conhecimento se modifica de tal forma que, de purificado e neutro, uma vez que só assim seria capaz de refletir a natureza, passa a ser concebido como historicamente determinado. Assim, a ciência é contingenciada pelas condições históricas das quais faz parte (CARVALHO et al., 2000).

Daí, quando iniciamos uma investigação, seja ela amparada pela metodologia qualitativa e/ou quantitativa não podemos perder de vista a noção de que o conhecimento formulado não é o absoluto ou verdadeiro, portanto, aberto a refutações e críticas. Assim, concordamos com Morin (2001, p. 31) quando anota: “[...] não há conhecimento que não esteja, em algum grau, ameaçado pelo erro e pela ilusão”.

Em se tratando da natureza da pesquisa qualitativa, esta trabalha com discursos, textos, sons, imagens, símbolos, abdicando total ou quase totalmente das abordagens matemáticas no tratamento dos dados (MOREIRA, 2002). Para Denzin e Lincoln (2006), envolve o estudo e a coleta de vários materiais empíricos, entre eles o estudo de caso, experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevista, textos e produções culturais, dentre outros. Por outro lado, temos a possibilidade de complementaridade de tais abordagens, dependendo da elaboração e definição do objeto e do desenho metodológico do estudo.

Reavendo historicamente a evolução da pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais, descrevemos cinco marcos de transformações e contribuições novas que, segundo Chizzoti (2006), ampliaram o campo e o significado da pesquisa qualitativa.

- Primeiro marco (final do século XIX): período em que a História, a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia Social, a Economia e as Ciências Humanas, não se limitaram a reproduzir as exigências metodológicas das Ciências da Natureza.
- Segundo marco (primeira metade do século XX): a Antropologia constitui disciplina distinta da História e, assim, estabelece meios de estudar como vivem grupos humanos, partilhando suas vidas no local onde vivem e como dão sentido às suas práticas e mantêm a coesão ao seu grupo; a História, a Antropologia, a Sociologia e a Educação consolidam-se como novos campos de investigação.
- Terceiro marco (do pós-II Guerra até os anos 1970) – considerada fase áurea da pesquisa qualitativa: reelaboram-se os conceitos de objetividade, validade e fidedignidade, procurando definir a formalização e a análise rigorosa dos estudos qualitativos; surgimento de outros problemas de estudos relacionados com as culturas diferentes, grupos e subgrupos com suporte em novas concepções e práticas oriundas da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo e das teorias críticas neomarxistas; revigora o debate qualitativo *versus* quantitativo; ainda atada ao positivismo, a pesquisa qualitativa empenha-se em dar fundamentação rigorosa e formalizar os métodos científicos qualitativos, recorrendo a algum expediente quantitativo.

- Quarto marco (décadas de 1970 e 1980): surgem outras orientações e paradigmas, refletindo uma mudança de visão sobre a natureza da pesquisa e sua contribuição para a política e a prática, ensejando uma profusão de iniciativas, métodos e técnicas de pesquisas em todas as áreas do conhecimento, conexas com o desenvolvimento e a educação; outro ponto importante foi no sentido de que as induções irrefutáveis e as certezas positivistas são postas em questão pelos pós-positivistas, e autores com uma larga experiência em pesquisas quantitativas socorrem-se ou reconhecem as virtualidades da pesquisa qualitativa ou são postas em xeque as certezas “únicas” de pesquisa em ciências humanas;

- Quinto marco (década de 1990 em diante): são postas na berlinda a posição social do autor da pesquisa, a onipotência descritiva do texto científico e a transcrição objetiva da realidade – o pesquisador está marcado pela realidade social; as pesquisas inclinam-se para reconhecer uma pluralidade cultural, abandonando a autoridade única do pesquisador para reconhecer a polivocalidade dos participantes.

Após reproduzidos esses marcos, notamos que a evolução e constituição da pesquisa qualitativa em Ciências Sociais e Humanas foram marcadas por momentos de tensões e contraposições. Portanto, as questões abordadas nos marcos acima descritos, ainda hoje perpassam discussões sobre a natureza desta pesquisa no âmbito acadêmico e social.

Ainda é incipiente na academia a presença de pesquisadores que se “afiliam” a esta abordagem, muito embora os estudos consolidados nesta área venham tomando espaço nos diferentes meios de divulgação científica, sejam eles revistas, anais de congressos, seminários, fóruns para discussão, dentre outros.

Ao aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas (MINAYO et al., 2002), a pesquisa qualitativa possibilita uma apreensão/aproximação de fenômenos inscritos no mundo real que muitas vezes passam despercebidos em outros tipos de pesquisas científicas. Daí, corroboramos a ideia de Rey (2005), quando acentua que a pesquisa qualitativa representa algo permanente e que as decisões e opções metodológicas se definem e redefinem continuamente no decorrer do próprio processo de pesquisa.

Assim, consoante Denzin e Lincoln (2006, p. 17), definir a pesquisa qualitativa é, antes de tudo, atuar dentro de um campo histórico complexo, como também afirmam que ela, em si mesma, é um campo de investigação, porém, para esses autores, a pesquisa qualitativa “[...] é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo”.

Em consonância ao pensamento de Denzin e Lincoln (2006) e sem pretensão de esgotar as características da pesquisa qualitativa, bem como sem tentar enquadrá-la em "questões fechadas", Moreira (2002) descreve que esse tipo de abordagem metodológica deve incluir:

- em vez de quantificação, **foco na interpretação** – interesse na interpretação que os próprios sujeitos da pesquisa têm da situação investigada;
- no lugar de ênfase na objetividade, **ênfase na subjetividade** – buscar a objetividade nesse tipo de estudo é contraditório quando o foco de interesse é a perspectiva dos participantes;
- **flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa** – *a priori* não se permite definição exata dos caminhos que a pesquisa irá percorrer, pois o pesquisador qualitativo lida com situações complexas;
- **orientação para o processo e não para o resultado** – diferentemente da pesquisa quantitativa, onde a ênfase se situa num objetivo predeterminado, na pesquisa qualitativa a ênfase se inscreve no entendimento;
- **preocupação com o contexto**, no sentido de que o comportamento das pessoas e a situação estão ligados intimamente na formação da experiência; e
- **reconhecimento do impacto do processo de pesquisa sobre a situação de pesquisa** – admite-se que o pesquisador exerce influência sobre a situação de pesquisa e é por ela também influenciado.

No entender de Boemer (1994, p. 86), “a pesquisa qualitativa não pode ser abordada como um livro de receitas em que cada passo é especialmente planejado, de forma linear e programada”.

Acreditamos que a pesquisa qualitativa é um mundo a ser desvelado, constituído e compreendido. Entendemos como campo metodológico complexo, que exige do pesquisador maturidade cognitiva, como também uma práxis que nasce da vivência e experiência humana no curso do desenvolvimento de estudos desta natureza. O pesquisador que pretende investir neste campo deve estar aberto a desafios, que são prazerosos e possibilitadores, que surgirão no percurso deste investimento.

Tais desafios, *a priori*, se referem a:

- disponibilidade para leituras aprofundadas dos referenciais teóricos que subsidiam/fundamentam a pesquisa qualitativa, entre eles Antropologia, fenomenologia, hermenêutica, teoria crítica, representação social, dentre outros;
- compreender sua natureza epistemológica e a sua interface com as diversas abordagens de investigação aplicadas às ciências sociais, humanas e da saúde;
- compreender os tipos de técnicas utilizadas para apreensão/obtenção do material empírico e o seu processamento, bem como entender ainda que o fato de as utilizar em determinados estudos não afirma/comprova que esteja conduzindo/realizando uma pesquisa qualitativa;
- entender que esse investimento necessita de tempo, ou seja, é elaborado e consolidado desde a própria história de vida (dimensões humana e acadêmica, vivências e experiências consolidadas, entre outras) do pesquisador.

Portanto, atentando para os pressupostos descritos nessa seção, a escolha dessa abordagem de pesquisa se justifica pela própria natureza ontológica do objeto, que privilegia a produção de subjetividade a partir do acúmulo de experiências e vivências dos usuários da Atenção Básica no município de Fortaleza/Ceará, bem como numa busca de sua compreensão e inserção nos fundamentos histórico-metodológicos da epistemologia qualitativa.

3.2 Ambiência de elaboração do material empírico

Rey (2005, p. 81) exprime que o pesquisador qualitativo deve imergir no campo de pesquisa. Assim, define campo de pesquisa como "[...] o cenário social em que tem lugar o fenômeno estudado em todo o conjunto de elementos que o constitui, e que, por sua vez, está constituído por ele".

Este estudo foi realizado no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, região Nordeste do Brasil, com população estimada de 2.458.545 habitantes, sendo que 1.150.668 são do sexo masculino e 1.307.877 do sexo feminino (FORTALEZA, 2007).

O Município de Fortaleza está subdividido em 06 Distritos de Saúde inseridos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) (*figura 2*), prestando assistência à população residente nos seus 84 bairros e funcionando como instâncias executoras das políticas públicas municipais.

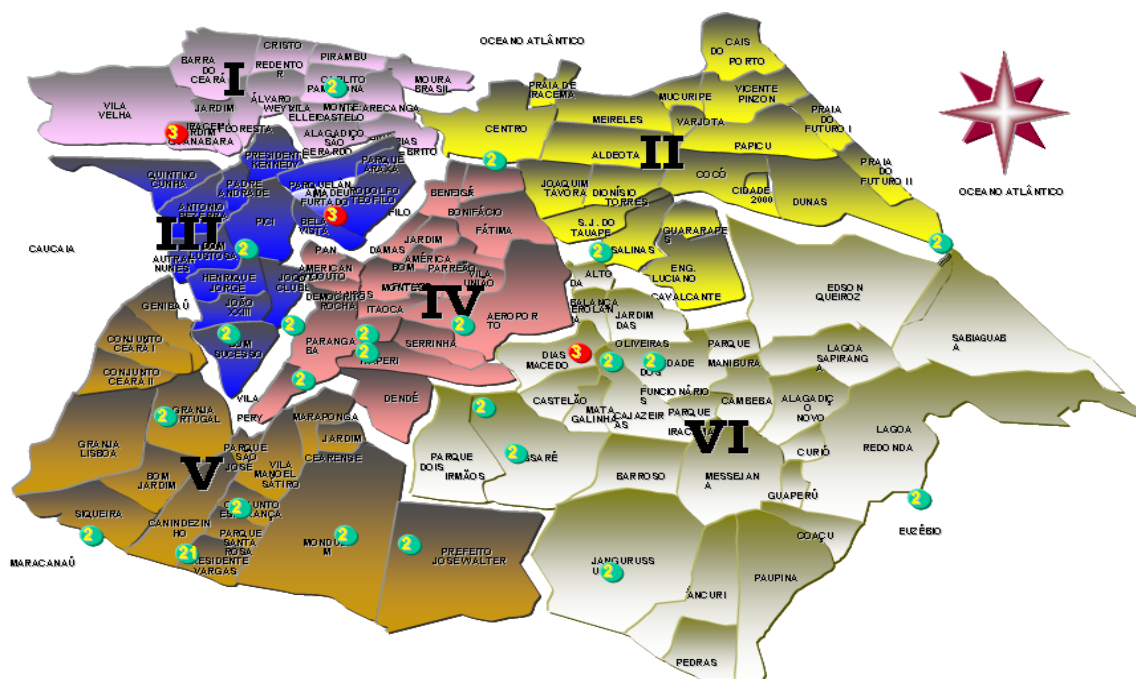


Figura 2 – Divisão das Secretarias Executivas Regionais no Município de Fortaleza/Ceará/Brasil

Fonte: Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/microarea/>

A Atenção Básica é composta por 304 equipes Saúde da Família distribuídas em 88 CSF, como descrito no quadro 1.

SER	CSF	Equipes Saúde da Família
I	12	36
II	11	38
III	16	63
IV	12	33
V	18	64
VI	19	70
TOTAL	88	304

Quadro 1 – Número de equipes de Saúde da Família, por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza, 2008.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (S.M.S.)/Célula de Atenção Básica (C.A.B.)

Um fato importante ocorrido no Município de Fortaleza no ano de 2006 foi a ampliação do número de equipes de Saúde da Família (E.S.F.) resultante da realização de concurso público estadual de base municipal. Antes da realização do concurso público, o Município de Fortaleza contava com 101 E.S.F. distribuídas nas seis SERs. Daí houve um aumento de 66,7%, ou seja, atualmente conta com 304 E.S.F. como mostra o Quadro 1.

O referido município, especificamente o seu sistema municipal de saúde, conta com capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário, organizado em cinco Redes Assistenciais (RAs): Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família, Rede Assistencial Ambulatorial Especializada, Rede Assistencial da Urgência e Emergência, Rede Assistencial Hospitalar e Rede Assistencial da Saúde Mental (FORTALEZA, 2007).

A pesquisa foi realizada com usuários localizados em seu domicílio (na área de abrangência dos CSF/PSF) que, por sua vez, compreendem as áreas das Secretarias Executivas Regionais.

Em decorrência do grande número de Centros de Saúde da Família no Município em estudo, estabelecemos alguns critérios de inserção, tais como:

1. Centros de Saúde da Família-CSF/Programa de Saúde da Família-PSF distribuídas nas seis regionais do Município de Fortaleza;
2. Centros de Saúde da Família-CSF /Programa de Saúde da Família-PSF que possuam Equipes do PSF completas¹² ou incompletas¹³; e
3. Centros de Saúde da Família-CSF /Programa de Saúde da Família-PSF que possuam tempo de existência/funcionamento acima de três anos – acreditamos que, pela possibilidade de a equipe ter se consolidado neste tempo, ou seja, ter elaborado junto à comunidade trabalhos mais sólidos que possam dar mais visibilidade ao usuário acerca da sua (in)satisfação.

Dessa forma, conforme os critérios anteriormente descritos, este estudo foi realizado em 11 Centros de Saúde da Família, abrangendo um total de 28 Equipes de Saúde da Família do PSF, como mostra quadro que se segue:

SER	CSF	Equipes Saúde da Família
I	01	05
II	01	04
III	02	04
IV	02	04
V	02	04
VI	03	07
TOTAL	11	28

Quadro 2 – Número de Centros de Saúde da Família e Equipes de Saúde da Família Participantes do Estudo, por Secretaria Executiva Regional

Fonte: Dados produzidos pela própria pesquisa

¹² Equipes do Programa Saúde da Família “completas” segundo a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) são aquelas compostas pelos seguintes profissionais: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Enfermeiro (a), Médico (a), Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Cirurgião(ã) – Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e/ou Técnico em Higiene Dental (THD).

¹³ Equipes do Programa Saúde da Família “incompletas” são aquelas que não possuam, pelo menos, um dos profissionais: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Enfermeiro (a), Médico (a), Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Cirurgião(ã) – Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e/ou Técnico em Higiene Dental (THD).

3.3 Os informantes da pesquisa

Na abordagem qualitativa, não é necessário um cálculo estatístico e/ou probabilístico para obter o número suficiente de sujeitos para a pesquisa. A questão “*quantos?*” nos protocolos desta abordagem, segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), tem importância relativamente secundária em se tratando da questão “quem”.

A “amostra” nesta abordagem é constituída de forma bastante peculiar, e, como assinala Michelat (1987, p. 199) não constitui de modo algum uma amostra representativa no sentido estatístico. Assim, para o autor “[...] é o indivíduo que é considerado como representativo pelo fato de ser ele quem detém uma imagem, particular é verdade, da cultura (ou das culturas) à qual pertence”.

Desse modo, neste estudo, não nos preocupamos em compor um número “x” ou “y” de sujeitos. Realizamos uma imersão no campo para observar, conversar e conhecer, de maneira ampla, as peculiaridades do contexto em que a pesquisa foi desenvolvida. Daí a escolha do grupo ou informantes guardar interfaces com as premissas que foram feitas deste campo (REY, 2005).

A contribuição de Fontanella, Ricas e Turato (2008), exprimindo que os componentes amostrais são mais especificamente definidos pelos objetivos da investigação, nos norteou para definirmos o referencial teórico que subsidiou a escolha dos informantes desta investigação.

Portanto, foi uma amostra teórica ou intencional (*theoretical or purposive sampling*) nos termos formulados por Schwandt (2007). Esta, por seu turno, refere-se a unidades não passíveis de quantificação, ou seja, os informantes são escolhidos não pela sua representatividade estatística/probabilística, mas sim pela sua relevância para a questão de pesquisa, para o marco teórico e explicação ou dar conta daquilo que ele se propõe a desenvolver na pesquisa (SCHWANDT, 2007).

Sendo a amostra teórica ou intencional muito utilizada nas investigações qualitativas, para a sua elaboração o pesquisador não se isenta de explicitar os critérios pelos quais foi selecionada a amostra (SCHWANDT, 2007).

Ainda acerca da discussão sobre informantes-chaves da pesquisa, Dezin, Lincoln e Guba (apud REY, 2005, p. 111), definem informantes-chaves como “[...] aqueles sujeitos capazes de prover informações relevantes que, em determinadas ocasiões, são altamente singulares em relação ao problema estudado”.

Para Rey (2005), o sujeito é uma unidade essencial para os processos de consolidação na pesquisa qualitativa, pois, no estudo da subjetividade, a singularidade é a única via que estimula os processos de elaboração teórica portadores de um valor de generalização desses estudos, distinta da generalização tal como entendida na perspectiva tradicional.

Neste estudo, foram incluídos como informantes usuários cujo acúmulo subjetivo em relação ao problema focalizado possibilitou a compreensão do objeto sob investigação. Antecipamos o fato de que certas características, como a frequência e uso há mais tempo dos serviços, tempo de moradia no bairro, bem como a proximidade do último atendimento à data da entrevista possam favorecer esse acúmulo.

Vale salientar que contamos com usuários de todas as seis SERs, não estabelecendo um número de usuários a serem entrevistados, porquanto nesta investigação, o fechamento amostral se deu por saturação teórica.

Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 17) definem saturação teórica como um ponto no qual:

[...] as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

Segundo esses autores, a técnica de saturação teórica pode ser confundida com outras técnicas de fechamento de elementos amostrais, como, por exemplo: fechamento por exaustão (onde todos os indivíduos disponíveis são incluídos na amostra) e por cotas (referem-se à pré determinação de contemplar distintas características secundárias dos elementos amostrais, como sexo e faixa etária) (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os autores ora citados reforçam a noção de que a avaliação da saturação teórica baseada em uma amostra é realizada de forma contínua de análise do

material discursivo e deve iniciar-se desde a “coleta do material empírico”. É, ainda, um instrumento conceitual que detém inequívoca aplicabilidade prática, possibilitando, com arrimo em sucessivos processamentos paralelos à obtenção do material empírico, uma finalização deste material (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Tendo sido assim orientado, entrevistamos 37 usuários divididos nas seis SER do Município de Fortaleza e, posteriormente, foram somados mais seis usuários, totalizando 43 entrevistados. A necessidade de incorporar ao estudo mais usuários adveio do aprofundamento de uma temática específica, que foi o conhecimento dos usuários acerca do Programa Saúde da Família, conforme mais adiante será explorado no capítulo de resultados e discussões desta dissertação.

Os usuários foram divididos em dois grupos: um deles foi denominado como “*participantes de algum programa*”¹⁴ e outro “*não participantes de nenhum programa*”¹⁵, como descrito no quadro 3.

SER	USUÁRIO	PARTICIPA DE ALGUM PROGRAMA	NÃO PARTICIPA DE NENHUM PROGRAMA
I	06	02	04
II	08	04	04
III	07	03	04
IV	07	03	04
V	08	03	05
VI	07	04	03
TOTAL	43	19	24

Quadro 3 – Número de usuários *participantes* e *não participantes* do programa, por Secretaria Executiva Regional.

Fonte: Dados produzidos pela própria pesquisa

Para a escolha dos usuários, além da imersão do pesquisador em campo, contamos também com a ajuda dos ACS das áreas escolhidas para o estudo.

¹⁴ Os *não participantes de algum programa* são àqueles usuários que sistematicamente utilizam os serviços públicos de saúde, ou seja, os portadores de doenças crônico-degenerativas (hipertensos e diabéticos), portadores de tuberculose e hanseníase, gestantes e puérperas.

¹⁵ Chamamos de *não participantes de nenhum programa* àqueles usuários que utilizam os serviços públicos de saúde de forma não sistemática, ou seja, os usuários de demanda espontânea que não participam de nenhum programa instituído pelo SUS.

Previamente os ACS foram convidados pelos coordenadores dos CSF a participarem de uma reunião conosco, que somos os pesquisadores responsáveis pelo campo desta pesquisa. Na oportunidade, os ACS foram informados acerca dos objetivos, metodologia (especificamente sobre a técnica qualitativa para obtenção do material empírico e o perfil dos informantes a serem entrevistados) e finalidades do referido estudo.

Em seguida, foram divididas as áreas para a realização das entrevistas não diretivas por ACS. Vale salientar que foi escolhido um ACS por equipe de Saúde da Família do CSF. Visitamos as residências dos usuários escolhidos juntamente com o ACS e procedemos com a referida entrevista.

3.4 Formulação, processamento e interpretação do material empírico

3.4.1 As técnicas qualitativas para a obtenção do material empírico: "entrevistas não diretivas e observação sistemática"

Para esse fim específico de obtenção do material empírico, foi utilizado um roteiro contendo alguns elementos compondo uma caracterização do informante (aspectos socioeconômicos e relacionados à saúde), como também a questão norteadora: *Gostaria que o (a) senhor (a) me falasse como vem sendo atendido (a) na Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde/PSF)*, possível de ser desdobrada em novas perguntas com base no conteúdo emergente nas falas dos entrevistados.

Para um estudo do mundo empírico sob o ponto de vista indutivo e exploratório sob a óptica da tradição da Escola de Chicago e Blumer, o pesquisador interpretará o mundo real com base nas perspectivas subjetivas dos próprios sujeitos sob estudo (MOREIRA, 2002). Segundo esse mesmo autor, a entrevista define-se como uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico em mente.

Da mesma forma, Minayo et al. (2002) descrevem que a entrevista é uma conversa a dois que possui propósitos bem definidos, como também por meio dela,

podemos obter "*dados*" que se relacionam aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Portanto, escolhemos trabalhar com entrevista não diretiva porque corresponde aos níveis mais profundos, pelo fato de existir uma relação entre o grau de liberdade deixado ao entrevistado e a profundidade das informações fornecidas por ele (MICHELAT, 1987).

Kandel (1987) assinala que a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de informações. A autora reforça a ideia de que a entrevista é sempre uma circunstância de interação ou mesmo de influência entre dois indivíduos e que essas informações que são transmitidas pelo sujeito podem ser afetadas pela própria natureza de suas relações com o entrevistador.

O envolvimento do entrevistado com o entrevistador é também reforçado por Minayo (2006), quando exprime que este é necessário como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva.

Rogers (1945 apud KANDEL, 1987, p. 172) descreve duas possibilidades que justificam o uso da entrevista não diretiva:

1. evitam as distorções introduzidas pelo pesquisador; e
2. ultrapassam os níveis mais superficiais e atingem as reações "mais profundas e mais verdadeiras" do sujeito interrogado.

Nesse sentido, esse tipo de entrevista propõe contornar certos cerceamentos existentes em entrevistas por questionários, os quais representam o polo extremo da diretividade (MICHELAT, 1987).

Ao utilizar esta técnica qualitativa, deixamos que o sujeito entrevistado fale de maneira livre; quando necessário, o ajudamos, somente, a aprofundar, ou melhor, expressar seus sentimentos e concepções (KANDEL, 1987). Para Triviños (1987), a entrevista não diretiva privilegia o sujeito, daí seu êxito no campo da Psicologia.

Acreditamos que privilegiar o sujeito significa, como pesquisador, abrir mão de interferências e induções no sentido de permitir que esse expresse sua fala livremente acerca de determinado assunto ou questão norteadora. Assim, temos a possibilidade de, no momento da entrevista, deixar que o fenômeno se manifeste com base no "dito", do não-dito e do interdito.

Portanto, acrescentamos que esta prática não apenas tenha êxito se aplicada no terreno da Psicologia, mas também em diversos campos disciplinares das Ciências Sociais e Humanas, bem como nas Ciências da Saúde, conforme vem ocorrendo, uma vez que se trata de uma técnica que privilegia a interação pesquisador-sujeito como implicados intrinsecamente no processo de pesquisa, como também no ato de ouvir.

Acerca do ato de ouvir, que é parte fundamental, ou melhor, o momento-chave de qualquer entrevista, Amatuzzi (1990, p. 88-91), em seu comentário baseado em um texto de Rogers, ressalta que: [...] o ouvir nos abre para o mundo e para os outros. Ouvimos, portanto, para além das palavras, mesmo quando é através delas. Ouvir é mais que observar, é estar em relação, e, portanto, tornar-se presente.

Assim, percebemos que ouvir vai além do simples fato de escutar uma fala ou palavra, pois, de fato, nos remete a um contato íntimo com o dito e, portanto, exige uma atenção e um encontro com o outro, para que possamos de fato compreender e significar o que foi realmente proferido.

Consoante a estratégia de triangulação metodológica, somado às entrevistas não diretivas, utilizamos também a técnica de observação sistemática nos 11 CSF participantes deste estudo. Para Minayo (2002, p. 59) esta técnica “se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos”.

Os setores observados nos CSF foram: recepção, sala de preparo (onde se verifica a PA e é realizada a pesagem do paciente) e sala de espera. A escolha por tais setores se justifica pelo fato de que nestes setores há maior presença de usuários. Assim, possibilitando observação mais fidedigna do fenômeno aqui explorado.

3.4.2 Processamento e interpretação do material empírico: interface entre o material empírico e a fundamentação teórica

À medida que se realizaram as entrevistas não diretivas com os usuários, essas foram transcritas e o material empírico foi submetido a leitura transversal e horizontal, de maneira a permitir a impregnação pelo 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 interpretativa* (GELUDA; BOSI; TRAJMAN, 2006).

Portanto, não foi realizada uma "análise" e sim processamento, porque entendemos a primeira como "decomposição de um todo em suas partes constituintes; exame de cada parte de um todo [...]" (FERREIRA, 1986, p. 220).

Muitos autores que desenvolvem pesquisas utilizando a abordagem qualitativa propõem maneiras de sistematização e "análises dos dados"¹⁶ empíricos. Dentre eles podemos citar Martinez (1998), que propõe uma sistematização dos "dados" baseado nas fases de indução. Para o autor, satisfazendo os requerimentos metodológicos da sistematização dos "dados". Essas fases são:

1. conceitualizar – ordenar por idéias e/ou pensamentos;
2. categorizar – reunir as idéias e/ou pensamentos em grupos que as contenham;
3. organizar – visualizar a forma como se estrutura um todo; e
4. estruturar – ação de ordenar e distribuir as partes no todo.

Com essa sistematização, o pesquisador caminha para a fase de "análise" e interpretação dos "dados" com base em um *mapa conceitual* elaborado, considerando as fases ora descritas, sendo possível realizar a "análise" e a interpretação dos "dados" de forma vertical e horizontal.

Mercado-Martinez (2000) nos alerta no sentido de que a decisão de usarmos um determinado método de análise não se dá no vazio, ou seja, *a priori*, devemos obedecer ao objeto de estudo, aos agentes envolvidos e certos fatores do contexto.

¹⁶ Grifo nosso. Não pactuamos com os termos *análise de dados* e/ou *dados* por compreendermos que estas terminologias se aproximam com maior intensidade das pesquisas quantitativas. Para nós não existe dado a ser coletado e/ou analisado por se tratar de material empírico subjetivo, portanto, sem manipulação matemática, estatística e/ou probabilística.

Nos estudos qualitativos no campo da saúde, temos diversas atitudes teóricas (MERCADO-MARTÍNEZ; BOSI, 2004), as quais podem nos subsidiar no campo interpretativo e paradigmático.

Neste estudo, utilizamos os fundamentos da hermenêutica, sendo ela uma das vertentes no âmbito da abordagem qualitativa. Nos estudos de Schleiermacher (2003), a hermenêutica é complementada pela dialética, ou seja, a hermenêutica mostra os limites da dialética e esta, porém, exhibe a possibilidade desta.

Dessa forma, a hermenêutica, segundo o autor ora citado, visa à apreensão do pensamento em um discurso, como também reconhece que o universal sempre é pensado dentro das possibilidades de uma dada linguagem. Ademais, a hermenêutica é essencial para a apreensão do pensamento, mesmo daquele que se perfaz no plano ideal-formal (SCHLEIERMACHER, 2003).

Com o propósito de apreender do material empírico aquilo que temos como objetivos, como também a essência e o refinamento nos discursos, utilizou-se, para fins de interpretação, o *Círculo Hermenêutico (Hermeneutic Circle)* (SCHWANDT, 2007).

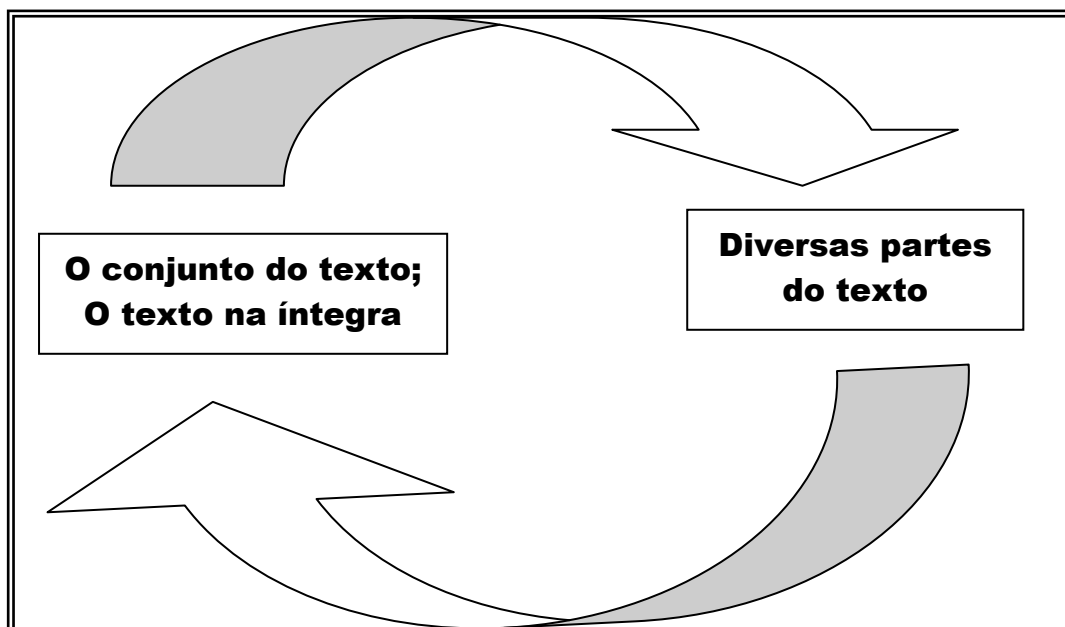


Figura 3 – O Círculo Hermenêutico
Fonte: Schwandt (2007)

Essa estrutura em círculo significa um processo metodológico ou uma condição de entendimento a fim de compreender o significado da totalidade de um texto. Para Schleiermacher, este círculo sinaliza uma condição necessária de interpretação. Ademais, acentua que essa circularidade do processo é apenas temporária, ou seja, eventualmente o pesquisador (no caso intérprete) pode vir a algo que se aproxime de uma completa e correta compreensão do significado de um texto, em que o todo e as suas partes estão relacionadas em harmonia (SCHWANDT, 2007).

Os eixos analíticos que adiante descreveremos, emergidos das verbalizações dos usuários, mostrar-se-ão como exercício metodológico com a utilização do círculo hermenêutico.

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta pesquisas. Vale salientar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em conformidade com a referida Resolução, assim, garantindo os princípios da Bioética:

1. Autonomia – corresponde ao respeito às pessoas, ou seja, todos os indivíduos devem ser tratados como autônomos, como também àquelas que possuem autonomia diminuída têm o direito à proteção;
2. Beneficência – fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não;
3. Não-maleficência – que acima de tudo não causará danos ou mal; e
4. Justiça – garantia da distribuição correta dos custos e benefícios sem distinção de gênero, raça, idade e *status* socioeconômico.

Consoante esses princípios, foram explicado aos participantes das entrevistas não diretivas o objetivo da pesquisa, bem como a metodologia aplicada, a não-obrigatoriedade de participação, como também, que serão assegurados o sigilo das informações e/ou anonimato do informante.

Este protocolo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Faculdade Evangélica do Paraná – FEPAR sob o número **2771/2004** (Anexo A).

4 RESULTADOS: PERCURSO PELA REDE INTERPRETATIVA DE SIGNIFICADOS

*"Há quem diga que todas as noites são de sonhos.
Mas há também quem garanta que nem todas, só as de verão.
Mas no fundo isso não tem muita importância.
O que interessa mesmo não são as noites em si, são os sonhos.
Sonhos que o homem sonha sempre.
Em todos os lugares, em todas as épocas do ano, dormindo ou acordado".*

Shakespeare

Este capítulo objetiva apresentar os resultados, discorrendo inicialmente uma breve caracterização dos usuários, informantes deste estudo, no intuito de possibilitar ao leitor o conhecimento do perfil dos referidos usuários. Em seguida, serão apresentados a rede interpretativa dos significados e o exercício crítico-interpretativo (hermenêutica-crítica) do material discursivo obtido nesta investigação.

4.1 Caracterização dos informantes

A caracterização dos informantes que participaram desse estudo foi elaborada tendo como itens idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil, número de pessoas no domicílio, religião, tempo de moradia no bairro, tempo de utilização dos serviços de saúde, data da última vez que procurou o CSF, qual o problema que o levou a procurar o CSF e, por último, se realiza algum tratamento específico no CSF.

Como aludido e descrito anteriormente, as entrevistas foram realizadas com 43 usuários. Em relação a idade, as faixas etárias variaram entre 19 a 76 anos, com maior frequência os usuários na faixa igual e superior a 46 anos. No concernente à escolaridade, a maioria dos usuários possuía ensino fundamental incompleto. No que se refere ao estado civil, a maioria dos usuários eram casados e residiam no bairro desde que nasceram. Tais características podem ser visualizadas no quadro 4.

Tabela 1 - Perfil dos usuários: faixa etária, escolaridade e estado civil

FAIXA ETÁRIA	Nº	Frequência Relativa
19 a 24 anos	5	12%
25 a 45 anos	17	39%
Acima de 46 anos	21	49%
TOTAL	43	100%
ESCOLARIDADE	Nº	Frequência Relativa
Analfabetas	3	7%
Ensino Fundamental Incompleto	18	42%
Ensino Fundamental Completo	4	9%
Ensino Médio Incompleto	7	16%
Ensino Médio Completo	9	21%
Superior Incompleto	1	2,5%
Superior Completo	1	2,5%
TOTAL	43	100%
ESTADO CIVIL	Nº	Frequência Relativa
SOLTEIRO	11	25%
CASADO	24	56%
DIVORCIADO	5	12%
VIÚVA	3	7%
TOTAL	43	100%

Fonte: Dados produzidos pela própria pesquisa.

Todos os usuários haviam necessitado dos serviços há menos de três meses (como preconizado no critério de inserção dos usuários descrito), tendo a maioria utilizado entre 31 a 90 dias, antes da data da realização da entrevista.

Tabela 2 – Data da última vez que os usuários utilizaram o serviço de saúde.

DATA DA ÚLTIMA VEZ QUE UTILIZOU O SERVIÇO DE SAÚDE	Nº	Freqüência Relativa
Menos que <i>15 dias</i> da data da entrevista	13	30%
Entre <i>16 a 30 dias</i> da data da entrevista	11	26%
Mais de <i>31 dias</i> da data da entrevista	19	44%
TOTAL	43	100%

Fonte: Dados produzidos pela própria pesquisa.

Apresentamos a seguir os principais problemas que levaram os usuários a procurar o CSF, bem como sua recorrência expressa nos percentuais indicados (Tabela 3). Salienta-se que entre as doenças crônicas degenerativas ditas pelos usuários, destacam-se a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Ainda, dentre os exames ginecológicos a ênfase se deu na prevenção do câncer. E, por último, os familiares os quais os usuários acompanharam foram: marido deficiente auditivo e filha menor.

Tabela 3 – Motivos que levam os usuários a procurar os serviços.

MOTIVOS	Nº	Frequência Relativa
Necessidade de realizar consultas médicas e/ou de enfermagem (puericultura)	30	70%
Tratamento para algumas doenças crônico-degenerativas, asma alérgica, tuberculose, problemas neurológicos, cardiopatias, tratamentos psiquiátricos, osteoporose, verminose	11	26%
Procura por exames laboratoriais e ginecológicos	7	16%
Para acompanhamento de familiares	7	16%
Recebimento de medicamentos para familiares acamados	5	12%
Tratamento odontológico	3	7%
Verificação de pressão arterial (PA)	2	5%
Planejamento familiar	1	2%
Sessões de Fisioterapia	1	2%
Imunização	1	2%
Saber se está próximo o agendamento para consultas e/ou exames especializados que estão na fila de espera	1	2%

Fonte: Dados produzidos pela própria pesquisa.

4.2 A rede interpretativa: a emergência das categorias

Após o processamento do material discursivo, elaboramos a rede interpretativa que se dividiu em três eixos analíticos.

A) **Experiências de satisfação dos usuários:** *refere-se ao que agrada os usuários, o que melhorou nos serviços ofertados e o que faz o usuário sentir-se satisfeito.*

B) **Experiências de insatisfação dos usuários:** *refere-se ao que desagrade os usuários e o que os faz sentir-se insatisfeito.*

C) **A qualidade dos serviços na óptica do usuário:** *implicações necessárias para satisfação e insatisfação.*

Tais ‘macrocategorias’ se subdividem, por sua vez, em várias dimensões interpenetradas, daí a ideia de rede, possibilitando, ao contrário dos processos estruturados, a compreensão das mediações simbólicas (Quadro 4). Passamos a percorrer os diferentes significados, observando que a fragmentação na exposição não resulta da assunção de uma separação entre os temas/dimensões, tratando-se, tão somente, de um recurso de exposição.

Tema 01: Experiências de satisfação	Tema 02: Experiências de insatisfação	Tema: 03: A qualidade dos serviços
A.1 O atendimento dos profissionais da saúde: assistência e humanização em saúde.	B.1 O acesso às especialidades médicas e às consultas: integralidade e humanização em questão.	C.1 A qualidade dos serviços vista na sua objetividade.
A.2 A consulta do profissional médico: o “ <i>ser</i> ” e o “ <i>fazer</i> ”.	B.2 A consulta e o atendimento do profissional médico: os limites do “ <i>ser</i> ” e do “ <i>fazer</i> ”.	C.2 Concepções acerca da qualidade dos serviços.
A.3 As mudanças e melhorias nos serviços ofertados à população.	B.3 A relação interpessoal com a equipe do Centro de Saúde da Família: (des) humanização na produção do cuidado.	-
A.4 O pronto atendimento: necessidades atendidas?.	B.4. Experiências de insatisfação geram sugestões para o serviço público de saúde.	-
A.5 Percepções acerca do Programa Saúde da Família (PSF).	-	-

Quadro 4 – A rede interpretativa

Fonte: Dados produzidos pela própria pesquisa

A) Experiências de satisfação dos usuários

A.1) O atendimento dos profissionais da saúde: assistência e humanização em saúde

Alguns usuários investigados demonstram satisfação em relação ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde no CSF, seja pela forma como são atendidos na recepção, seja pela relação com os demais funcionários do Centro ou pelo atendimento prestado pelos profissionais de nível superior que compõem a Unidade:

[...] eles atendem bem, eles procuram saber o problema da gente, conversa com a gente, é isso, o atendimento deles é bom. (Usuária 08).

[...] comecei quando eu engravidei, fiz o meu pré-natal gostei muito do atendimento, os doutores são ótimos acompanham a gente muito bem. (Usuária 28).

Essa satisfação vai ao encontro de estudos como o de Jorge et al. (2007), nos quais se constata que os motivos pelos quais os usuários estão satisfeitos com os serviços ofertados na rede pública de saúde, especificamente no Programa Saúde da Família-PSF, vinculam-se ao bom atendimento, à qualidade técnica, à atenção recebida, resolução de problemas, dentre outros. Salientamos que o estudo citado não se restringiu ao Município de Fortaleza, englobando os municípios cearenses de Cascavel, Canindé, Aracati e Quixadá.

Tal evidência também aparece nos estudos de Ronzani e Silva (2008), quando os usuários destacam que a forma cordial como são tratados pelos membros das equipes é questão central para a qualidade do PSF.

Também estudo de Bosi e Affonso (2004) ressalta que o acolhimento e atenção sobrepõem a própria avaliação técnica da atenção e seus desfechos, apontando a centralidade do vínculo, aspecto que importa na avaliação da humanização e integralidade das ações.

Corroboramos também os achados da investigação de Junqueira e Auge (1996) acerca da satisfação com o atendimento prestado não somente nas Unidades

Básicas de Saúde, bem como em outros serviços municipais de saúde do Município de Guarulhos/SP, onde assinalam que o bom atendimento foi motivo para satisfação dos usuários dos serviços prestados pela Secretaria Municipal da Saúde do referido município.

Como vimos, o rótulo “*bom atendimento*” está intrinsecamente relacionado com a satisfação do usuário. Dessa forma, nosso estudo vem a reforçar a ideia de que a disponibilização de um bom atendimento por parte do profissional da saúde que atua, em especial, no serviço público propicia bem-estar e enseja satisfação do usuário com os serviços que recebem nos CSF.

Para tanto, o “bom atendimento” nesse sentido está relacionado desde 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, como veremos nas falas que se seguem:

[...] sendo bem atendida a pessoa se sente feliz né, porque a gente foi numa necessidade e foi aceita aquela necessidade e foi bem atendida pra aquele problema que a gente ia ter as atendedoras e o médico que atende bem né é isso aí que a gente feliz né. (Usuária 09).

Ser bem atendida é a gente chegar no posto e as atendedoras atender a gente bem e os médicos também, ter médico suficiente pra atender aquela demanda de gente que vai lá. (Usuária 15).

O que caracteriza é o pessoal tá sempre disponível pra lhe ajudar”. (Usuária 29).

Dessa forma, ao lado de ter seus problemas atendidos, os usuários, aqui entrevistados, vocalizam a importância do profissional da saúde estar disponível para lhe oferecer ajuda. Esta se inscreve no campo das práticas como possibilidades de responder às necessidades e desejos trazidos pelos usuários ao utilizarem os serviços.

Ainda acerca do atendimento prestado pelo profissional da saúde ao usuário, fato importante que deve ser destacado se trata do estabelecimento de vínculos. Esse, em seu turno, tanto com o profissional de nível médio, quanto com o profissional de nível superior, que nesse caso se figura na pessoa do médico.

Daí, assinalamos que a formação de vínculo entre o profissional da saúde com o usuário também é determinante no que tange à satisfação deste em relação ao atendimento:

Porque eu já sei do meu problema e ele já sabe do meu problema, doutor X já teve aqui comigo ta entendendo, sabe dos meus desmaios ele sabe de tudo, é tanto que eu chego na sala dele e ele diz: “a senhora ainda ta se dando? Pois não deixe de tomar, quando vê que ta acabando. (Usuária 10).

[...] eu considero as menina lá que nem seja minhas filhas, se eu chegar sete hora, oito hora, dez hora, onze hora, sete hora da noite até a hora que elas tão lá elas tudo me serve, me atende de todo coração. (Usuária 17).

Sendo vínculo tudo o que ata, liga ou aperta, uma relação, um nexos (FERREIRA, 1986), essa construção se contrapõe à ideia de uma relação, por exemplo, hierarquizada. Se um sujeito impõe a sua vontade ou “determinada” autoridade sobre outro, não podemos demarcar nesse espaço a formação de vínculos.

Concordando com Schimith e Lima (2004), o vínculo deve se expandir para toda a equipe de saúde, bem como a noção de vínculo discutida e implantada pelo PSF se restringe ao conhecimento das pessoas e de seus problemas. Consequentemente, segundo as autoras, nesse caso, se perde a possibilidade de autonomização do usuário e sua participação na organização do serviço.

Das duas últimas falas, podemos demarcar que a “produção da saúde” ocorre desde a relação entre indivíduos, cada um com o seu nível de conhecimento, crenças e os valores. A tessitura do vínculo na assistência à saúde se materializa quando um sujeito se dispõe, numa relação aberta e dialógica com o outro, ser cúmplice e sujeito ativo na dor ou no sofrimento do outro.

A.2) A consulta do profissional médico: o “ser” e o “fazer”

Podemos observar que os usuários também se dizem satisfeitos com o atendimento médico realizado na consulta ambulatorial, muito embora esta satisfação se limite a alguns profissionais em alguns CSF. A satisfação relaciona-se à escuta do médico diante das queixas apresentadas pelos usuários, bem como à

realização de procedimentos mais detalhados no momento da consulta, como exemplo, o exame clínico:

[...] tem muito médico bom e procura saber né desde quando você ta assim? Começou quando? Faz muito tempo que você toma essa medicação? A senhora se dá bem com esse remédio? (Usuária 31).

Então, agora eu vi uma doutora muito ótima [...] agora tem uma doutora ótima.... a Doutora “X”, eu adoro ela. A Doutora “X” é ótima, ela examina tudo, o ouvido, tudo, tudo, tudo. Eu adorei ela... ela é uma ótima doutora [...] (Usuária 35).

[...] em relação à doutora ela pergunta tudo, é [] como é que está a criança, pergunta tudo. É, eu me sinto muito bem. (Usuária 36).

Lima, Alves e Franco (2007, p. 85), exprimem a importância de que “a atenção à saúde não deve ser restrita ao âmbito da clínica, cujo enfoque recai sobre o indivíduo, a doença e a assistência curativa”. Nossos resultados confluem para os dos referidos autores e acrescentamos que, além da técnica, esta atenção mais ampla e focalizada não apenas nos aspectos biomédicos no ato da consulta, ou seja privilegiando outros aspectos do processo saúde-doença, sejam eles aspectos sociais, econômicos e culturais, faz a diferença para o usuário no encontro deste com o profissional da saúde.

Sendo a Estratégia Saúde da Família um programa que busca transformar a forma/modelo de cuidado à saúde das pessoas (BATISTA, 2002) 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” (BATISTA, 2002, p. 11) é umas das principais ações para a humanização da atenção, segundo destaca a autora citada há pouco.

Observamos que o fato de o profissional disponibilizar um tempo para a escuta do paciente, dar atenção à queixa trazida por ele de forma comprometida e respeitosa, traduz uma forma de pensar o cuidado de modo diferenciado. Esses aspectos confluem para o que Traverso-Yépez e Morais (2004) descrevem em seu estudo quando se referem ao acolhimento e humanização do atendimento recebido pelos usuários em quatro distritos sanitários da Rede Básica de Saúde de Natal-RN.

A atenção dispensada pelo médico ao usuário/paciente produz satisfação deste com o serviço prestado segundo estudo de Junqueira e Auge (1996).

É sabido que “médicos e pacientes vêem os problemas de saúde de maneiras muito diferentes” (HELMAN, 1994, p. 100), ou seja, o significado da doença trazido pelo paciente é traduzido na linguagem científica do médico. É exatamente no espaço da “tradução” que se consolidam a escuta atenta, o acolher, conjugando o “ser” e o “fazer” do médico. Nesse momento o paciente necessita ser ouvido, precisa de uma resposta compreensível, e o médico se dispõe ou não a dar essa resposta, de forma que o paciente se ache bem ao sair do consultório.

A consulta designa um encontro entre o médico e o paciente num momento singular, quando são estabelecidas relações que possuem o mesmo objetivo final, que é responder a uma demanda trazida pelo paciente. Daí, nasce à ideia de um cuidado em relação, pois, assim sendo, com a comunicação entre o médico e o paciente, é permitido aflorar a subjetividade de ambos que, juntos, se tornam sujeitos do cuidado (SUCUPIRA, 2007).

Sob tal aspecto, a satisfação dos usuários também se configura em áreas específicas da atuação médica, sendo as mesmas satisfações relacionadas a consulta com médicos residentes em saúde da família e comunidade, no pré-natal e no atendimento à crianças:

Me sentia super bem, a doutora X é muito atenciosa comigo, ela me explicava tudo né, ela até gravar ela gravava, batia foto, era muito atenciosa ela fazia de tudo pro paciente ficar a vontade, conversava, brincava, ela não tem esse negócio não. (Usuária 06).

[...] agora em matéria infantil não deixa a desejar de jeito nenhum porque eu adoro ali em matéria assim infantil. (Usuária 20).

[...] não falam abusado¹⁷, eles falam bem, principalmente o doutor X que tem uma cara de alegria e que Deus abençoe ele onde ele tiver, (...) ele é um médico muito bom, um médico excelente. (Usuária 34).

[...] é um excelente médico, trata a gente bem e, aliás, todo mundo do maior ao pequeno. (Usuária 41).

[...] eu adoro o atendimento infantil lá sabe, é bem direitinho, bem organizado, eles tem acompanhamento bem direitinho, faz o acompanhamento bem direitinho né. (Usuária 43).

Na rede assistencial do Município de Fortaleza, alguns Centros de Saúde da Família contam com o atendimento do médico-residente em Saúde da Família e

¹⁷ Expressão popular que significa grosseria no ato de agir e de falar; antipatia na relação e no encontro com o outro.

Comunidade. Como descrito em algumas falas, essa satisfação reforça a premissa de que a consulta médica deve ter como momento inicial o acolhimento do paciente em que o primeiro olhar, o sorriso, o aperto de mãos, dentre outros elementos, marcam a relação entre o médico e o usuário (SUCUPIRA, 2007).

No tocante ao atendimento do pré-natal e ao atendimento à criança, esse estudo comunga com os resultados da percepção de usuários nos ambulatórios de pediatria, especializado e da mulher, a triagem obstétrica e a emergência pediátrica do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP na investigação de Felisberto e Samico (1999), onde constatam em estudo quantitativo atendimento “bom” nos setores ora descritos.

Em estudo de Trad et al. (2002), fica também evidente à satisfação em relação ao atendimento médico no pré-natal. Essa satisfação se configura pelo fato de que os usuários identificam no PSF um tipo de cuidado diferenciado, em se tratando da assistência tradicional dispensada pelo sistema de saúde voltado mais especificamente para o biológico.

Entendem Leite, Sá e Bessa (2007, p. 92), no que concerne ao atendimento prestado à criança em interface com habilidades de comunicação na consulta com crianças, que

Para atender com qualidade, o médico deve ser possuidor de um conjunto amplo de competências e de habilidades específicas na comunicação com as crianças, seus pais ou cuidadores diretos e com outros membros da família, na recepção, na coleta de informações, no ato do exame físico, no raciocínio diagnóstico, na negociação do plano terapêutico.

A satisfação do usuário relacionado ao atendimento prestado à criança descrita nessa investigação conflui para o que foi visto no estudo de Silva et al. (1999), no que se trata da importância em relação ao nível de comunicação entre o profissional e o paciente, a compreensão dos problemas pessoais, a forma de tratar o paciente sem discriminação e explicações sobre as enfermidades.

A.3) As mudanças e melhorias nos serviços ofertados à população

Os investimentos realizados com relação à inserção do terceiro expediente nas Unidades de Saúde, plantões nos sábados e domingos e organização dos serviços, são citados pelos usuários. Assim, tais eventos traduzem motivo de satisfação:

[...] então o que ela (a prefeitura) fez: ela colocou médico para os três turnos, ela colocou clínico geral pra manhã e tem dois, pra tarde tem mais dois e pra noite tem mais dois, eu tou falando da parte de clínico geral pra adulto. (Usuária 02).

Me sinto bem [...] porque quando eu preciso e se não consigo a consulta naquele dia, se eu tiver doente hoje no mesmo dia ser atendida, vou hoje e sou atendida no mesmo dia. (Usuária 03).

[...] o que melhorou também foi os plantões, porque antes não existiam esses plantões nos sábados e nos domingos. (Usuária 05).

[...] se são dezesseis fichas eles tão colocando só treze fichas pra aquelas pessoas que tão na fila e três fica pra caso de emergência. (Usuária 06).

Porque a gente vai pro acolhimento e eles atende a gente na hora, a gente não tando muito bem na mesma hora a gente é atendida com ele [...]. (Usuária 05).

[...] ta melhor, depois que apareceu o acolhimento ficou maravilhoso. (Usuária 37).

O Município de Fortaleza vem ampliando, em 35 Unidades de Saúde, o terceiro expediente; algumas Unidades funcionam realizando atendimentos na clínica geral e ginecológica. Outras ainda funcionam aos sábados e domingos no período de 7 às 19 horas. Estes serviços de atendimento, segundo o Relatório de Gestão 2006, foi uma ação complementar ao trabalho que vem sendo desenvolvido desde 2005 de ampliação e de estruturação da Saúde da Família (FORTALEZA, 2007).

Esta decisão de expandir o horário de assistência prestada à população, mesmo reduzida a alguns tipos de atendimento e em algumas Unidades de Saúde, traduz uma forma de inclusão e de atenção ao usuário nos serviços de saúde. Entendendo que “as inter-relações que se processam nos diferentes espaços sociais compõem o processo de viver humano” (AZAMBUJA et al., 2007, p. 73) e que os

usuários possuem uma vida cotidiana diferenciada nos diversos cenários existentes no Município de Fortaleza, esta ampliação se configura, também, como alternativa para aqueles usuários que não dispõem de tempo para um atendimento na Unidade de Saúde no período de seu funcionamento “normal”.

Presentemente, essa decisão política consolida a ideia de “saúde para todos”, princípio do SUS e ideário da Promoção da Saúde, o qual visa à assistência à saúde para todas as pessoas que necessitam de acesso e do atendimento nos serviços de saúde. Essa decisão circunscreve-se às responsabilidades que as Secretarias Municipais de Saúde e o Distrito Federal têm competência, ou seja, a de “organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica de forma universal, dentro do seu território, [...]” (BRASIL, 2006, p. 12).

Pensando a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada ao sistema de saúde e que este e os serviços de saúde, segundo o paradigma da determinação social, devem ser organizados em função das necessidades da população (MENDONÇA; VASCONCELOS; VIANA, 2008), garantir que os usuários adscritos no território de determinada equipe de Saúde da Família sejam atendidos, é, ao mesmo tempo, possibilitar que o princípio da universalidade seja respeitado.

Um ponto citado que tangencia a satisfação dos usuários no tocante às melhorias realizadas pela gestão municipal da saúde do Município de Fortaleza/Ceará foi a estrutura física dos CSF, como retrata fala que se segue:

[...] agora melhorou porque a gente já tem uma sala lá pra sentar, tem um televisor pra assistir que não tinha antigamente. (Usuária 01).

No que tange à estrutura física, em consonância ao que foi demonstrado no estudo de Ferri et al. (2007), onde é dito que há satisfação em relação à estrutura física das unidades públicas de saúde. Traverso-Yépez e Morais (2004) também evidenciam também essa satisfação, muito embora as autoras acentuem que, em alguns depoimentos dos usuários, não foi possível listar os argumentos que as fazem avaliar dessa forma, bem como tenham aludido nesse mesmo estudo o baixo investimento realizado no setor saúde e à falta de compromisso dos políticos.

Sobre a infraestrutura preconizada na Política Nacional de Atenção Básica (2006, p. 17) para realização das ações, dentre os itens temos:

- *Consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;*

- *Área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; e*
- *Equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica.*

Salientamos que, ao visitar alguns CSF, mediante a observação sistemática, vimos que esse ideário preconizado na política se afasta, em certa medida, do que realmente existe.

É sabido que, no Município de Fortaleza, a maioria das Equipes do Programa Saúde da Família é inserida nos CSF do município, muito embora tenha havido um investimento da Prefeitura Municipal de Fortaleza e Secretaria Municipal da Saúde para construção, adequação e reforma de algumas delas, tendo sido as obras iniciadas em 2005 e continuadas em 2006, como descrito no Relatório de Gestão 2006 (FORTALEZA, 2007).

O acolhimento instituído nos CSF também incidiu para que os usuários vocalizassem sua satisfação, como expresso nestas falas:

Porque a gente vai pro acolhimento e eles atende a gente na hora, a gente não tando muito bem na mesma hora a gente é atendida com ele [...].
(Usuária 05).

[...] ta melhor, depois que apareceu o acolhimento ficou maravilhoso.
(Usuária 37).

Como ação da Política Municipal de Humanização (PMH) do Sistema de Saúde de Fortaleza – FORTALEZA HUMANIZA SUS – com atividades intensificadas em 2006, a Secretaria de Saúde de Fortaleza vem implantando na Rede da Estratégia Saúde da Família 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 Humanização (FORTALEZA, 2007).

Segundo o Relatório de Gestão 2006 do Município de Fortaleza, pretendeu-se com a implementação do Acolhimento na Rede Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2007, p. 310):

- *Mudanças nos paradigmas hegemônicos curativista e biomédico;*
- *Garantia de acesso ao usuário, responsabilização e resolutividade;*
- *Construção de redes de apoio;*

- *Maior satisfação do usuário e do trabalhador;*
- *Humanização das relações entre equipes de saúde e usuários;*
- *Humanização no atendimento;*
- *Melhoria na ambiência;*
- *Construção da assistência à saúde para melhoria da qualidade de vida da população.*

Vimos, como descrito, as pretensões da Secretaria da Saúde de Fortaleza ao implementar ações de acolhimento nas redes assistenciais as quais tem responsabilidade sanitária; pretensões desafiadoras, uma vez que o Município de Fortaleza conta com 2.458.545 habitantes e uma parte considerável utiliza os serviços públicos de saúde ofertados pelo município.

Nesse escopo, outro desafio é envolver os profissionais de saúde das redes assistenciais nessa empreitada, ou seja, fomentar e consolidar um trabalho em equipe multiprofissional que compactue do mesmo objetivo e, em certa medida, possa contribuir para efetivação dessa proposta provocadora.

Esta se sustém nas assertivas sobre acolhimento formuladas por Franco, Bueno e Merhy (1999), onde descrevem que garantir a acessibilidade universal por meio do atendimento a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde; reorganizar os processos de trabalho com intuito de que este substitua seu olhar central do médico para uma equipe multiprofissional, o qual denomina como equipe de acolhimento; e qualificar a relação trabalhador-usuário sendo essa balizada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, são princípios do acolhimento onde os mesmos se propõem inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Na fase exploratória e de campo desta investigação, tivemos a oportunidade de visitar alguns Centros de Saúde da Família-CSF (antigas Unidades Básicas de Saúde-UBS) a fim observar os processos de trabalho em diversos setores e atividades destas. Uma das atividades a qual observamos foi o momento do acolhimento. Pudemos observar a presteza e organização no atendimento e verificar como é organizado o acolhimento.

Cada profissional de nível superior das equipes do PSF (enfermeiro, cirurgião-dentista, médico) é escalado um dia para realização do acolhimento. Nessa observação, não pudemos verificar como se configura de fato o atendimento no

acolhimento, visto que não nos sentimos habilitado e/ou convidado para participar de perto de um deles.

Concordamos a reflexão de Camargo Jr. et al. (2008, p. S59), quando dizem que o “acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde”. E ainda que o acolhimento deve ser pensado em três dimensões, sejam elas: postura, técnica e como princípio de reorientação de serviços (CAMARGO JR. et al., 2008).

Dessa forma, tal asserção nos infere a destacar o acolhimento como uma atividade positiva que contribui para a organização dos serviços e planejamento em saúde, uma vez que os usuários podem ser ouvidos e ter, em certa medida, suas necessidades alcançadas, que será a próxima categoria a ser explorada.

A.4) O pronto atendimento: necessidades atendidas?

Procurar os Centros de Saúde da Família e ser atendido/a, ou seja, buscar o serviço e ter as suas necessidades alcançadas é elemento que enseja satisfação no usuário se sobrepondo mesmo à avaliação da atenção. Mais do que o mau atendimento, técnico ou relacional, não ser atendido, conforme demonstram estudos como os de Bosi e Affonso (1998) e Ronzani e Silva (2008) e muitos outros autores, é algo *grosso modo* ‘insuportável’ para os usuários. Esta satisfação refere-se tanto para quem busca para si o serviço como a quem o procura para terceiros:

Eu gosto mais porque agora sempre quando eu vou eu consigo o que eu quero. Ainda bem que tem isso aqui porque tem outros bairros que são piores assim. (Usuário 03).

Fico satisfeita quando a minha filha é bem atendida. Quando a minha filha é bem atendida. Quando eu vou atrás e consigo o que eu quero pra minha filha, eu chego muito bem satisfeita. (Usuário 11).

Eu estou satisfeita porque eu estou sendo atendida bem até agora e tudo que eu peço ou preciso estão me dando. (Usuário 17).

O que mais me agrada é quando eu procuro a unidade e sou bem recebida, que eu consigo. (Usuário 28).

Como descrito nas falas, o fato de ir à Unidade de Saúde e conseguir um atendimento é um evento que se revela fundamental para os usuários se sentirem satisfeitos e compreendidos como cerne da satisfação das suas necessidades e conjuga para a resolubilidade dos serviços ofertados.

Para Leopardi (1992), 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 autora ressalta que o desejo de cura dos indivíduos se apresenta diferentemente para distintos grupos sociais. Esse desejo está relacionado tanto no seu sentido simbólico quanto ideológico. Esse fato ocorre, dentre as acepções trazidas pela autora, do fato de as necessidades de saúde possuírem, conforme já assinalado, diferentes representações ligadas ao grau de limitação física e social que as circunstâncias de vida e de saúde impõem.

Tendo sido expressada nas falas a importância da resolubilidade dos serviços, ou seja, a satisfação que o usuário demonstra ao ver que suas necessidades foram atendidas, vale salientar que, como estratégia prioritária para organização dos serviços em saúde e balizada pelos preceitos do SUS (BRASIL, 2006). É sabido que os serviços oferecidos na Atenção Básica através das UBS sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde de suas comunidades (COSTA, 2004; BRASIL, 2006).

Nesse sentido, são os serviços mais procurados pelos usuários, ou seja, a porta de entrada dos serviços em saúde, como descrevem Turrini, Lebrão e Cesar (2008) ao analisarem o banco de dados do inquérito domiciliar *Morbidade Referida e Utilização de Serviços de Saúde no ERSA-12, 1989/1990*, realizado na região sudoeste da Grande São Paulo no período de julho de 1989 a 1990.

Turrini, Lebrão e Cesar (2008) assinalam que a resolubilidade dos serviços de saúde, tendo como base os resultados obtidos do atendimento que é prestado ao usuário, é uma maneira de se avaliá-los. Ainda, dizem que essa resolubilidade pode ser avaliada em dois aspectos, sendo um deles atrelado à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Em acréscimo, a satisfação do usuário é vista como meta do processo de qualidade quando as suas expectativas e necessidades são satisfeitas. Por outro

lado, é motivo de insatisfação quando tais necessidades não são satisfeitas (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996).

A busca pela resolubilidade dos seus problemas enseja expectativa e satisfação, no que tange ao encontro do usuário com o profissional de saúde como aludido no estudo de Traverso-Yépez e Morais (2004).

Ademais, ao ter suas necessidades satisfeitas no CSF, é motivo para volta do usuário ao serviço de saúde (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004) e, conseqüentemente, produz satisfação e contribui para que o usuário estabeleça vínculo tanto com o CSF quanto com os profissionais que lá atuam.

É sabido que nem todas as vezes tal fato ocorrerá, mas necessariamente os serviços e os profissionais de saúde devem, em certa medida, ouvir os usuários e propiciar encaminhamentos de acordo com a demanda trazida por ele. O fato de serem disponibilizadas para o usuário alternativas responsáveis para o “problema” de saúde ou sofrimento que ele traz fortalece a relação interpessoal e traduz interesse tanto do serviço quanto do profissional a quem ele demanda no momento.

Azevedo e Barbosa (2007) destacam que, mesmo não tendo os seus problemas de saúde resolvidos, disponibilizar um bom atendimento, boa recepção e tratamento cortês ao usuário, origina satisfação. Da mesma forma, tais atitudes somadas à boa vontade, educação, capacidade de escuta e de entender os motivos do paciente influenciam na percepção de resolubilidade do serviço (COTTA et al., 2005).

A.5) Percepções acerca do Programa Saúde da Família (PSF)

A implementação de equipes do Programa Saúde da Família e a implantação de novas equipes nas comunidades do Município de Fortaleza, consoante os discursos, têm contribuído de forma significativa para a satisfação dos usuários. Indo ao encontro do tópico anterior, a ampliação da cobertura de equipes e, assim, um maior número de profissionais da saúde, como também o aumento dos atendimentos e o 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 [...] eu acho ótimo depois que a equipe do PSF chegou. É mais fácil a gente ser atendida entendeu? (Usuária 36).

Porque aumentou né também a equipe. Porque aumentou também a equipe e o atendimento. Porque aumentou o número de profissionais que atendem e o número de atendimentos. (Usuária 11).

(*silêncio*) eu tenho um posto próximo da minha casa né? E nem todas as pessoas têm essa vantagem, porque assim que a minha filha tá doente, eu corro pra lá. [...]. Nem todos os bairros tem um posto de saúde próximo; aí é mais fácil pra mim, [...] O acesso é melhor porque também é mais perto né, é mais perto da minha casa [...]. (Usuária 08).

Partindo da importância dada pelo usuário ao Programa Saúde da Família neste estudo, cabe-nos ressaltar que este vem se consolidando desde sua implantação no Brasil, no ano de 1994, e ocupa lugar de destaque por ser uma busca de transformar as práticas da atenção à saúde e, conseqüentemente, a transformação do processo de trabalho dos profissionais que nele atuam (RONZANI; SILVA, 2008).

Dessa forma, cabe-nos destacar o fato de que atualmente no Brasil, temos em atuação 29.300 equipes do PSF em 5.235 municípios. O Nordeste é a região que possui o maior número de equipes, isto é, 12.018 equipes do PSF. Observamos ainda que 329 municípios ainda não contam com nenhuma equipe do PSF, bem como, no Brasil, as equipes acompanham 49,5% da população nacional, sendo também o Nordeste com maior número de cobertura, a saber, 70,6% (BRASIL, 2009).

No Estado do Ceará, contamos com 1.705 equipes do PSF atuando nos 184 municípios cearenses, propiciando cobertura populacional de 67,2%. Dos 28 estados do Brasil, apenas 10 possuem 100% de equipes do PSF implantadas em todos os seus municípios: na região Centro-Oeste o Distrito Federal e Mato Grosso; região Nordeste os Estados do Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe; e região Norte os estados do Acre, Amapá e Rondônia (BRASIL, 2009).

No Município de Fortaleza, como mencionado no capítulo de metodologia, atuam 304 equipes do PSF. Tendo como base o cálculo proposto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) para 100% de cobertura populacional, o município precisaria de, no mínimo, 615 equipes do PSF e, no máximo, 820¹⁸.

¹⁸ O cálculo é realizado tendo como base o fato de que cada equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes

As limitações das grandes cidades brasileiras na produção de políticas públicas que visem à melhoria das condições de vida da sua população encontram-se apontadas em estudo de Caetano e Dain (2002) e estão sob o condicionamento de movimentos de crescimento econômico e estagnação, de incorporação e exclusão social, urbanização desordenada, falta crescente de oportunidades de integração econômica da população metropolitana, dentre outros.

Diversos estudos apontam o “impacto” na saúde após a implantação do PSF nos territórios brasileiros (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004; RONZANI; SILVA, 2008; TRAD et al., 2002; COTTA et al., 2005; OLIVEIRA; BORGES, 2008). Esses estudos destacam a satisfação dos usuários relacionada à ampliação dos números de profissionais nas equipes de Saúde da Família, ao bom atendimento do “médico da família”, questões relativas à acessibilidade aos serviços de saúde, especificamente às consultas médicas e a proximidade da Unidade de Saúde da residência do usuário, dentre outras. Os achados deste estudo corroboram estas assertivas, embora persistam dificuldades e desafios que serão explorados em tópicos posteriores.

Em investigação realizada por Oliveira e Borges (2008), restam claros o expressivo apoio e fidelidade ao PSF, como também sua importância e significado para mães e parentes de crianças de zero a cinco anos usuárias adscritas na área de uma Unidade de Saúde de Natal-RN. Ao serem indagadas acerca da hipótese de extinção do PSF, 91,4% delas expressaram sua forte discordância com tal ideia (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

Sendo o PSF uma conquista para o setor saúde, é fundamental para o sistema, pois essa estratégia não é objeto descolado deste, mas um componente articulado com todos os níveis de atenção (BRASIL, 2000). A inter-relação PSF – atenção secundária – atenção terciária deve ocorrer de forma a garantir, no mínimo, integralidade, universalização e humanização em saúde para os usuários, com base em ações que propiciem o acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, assistência integral, dentre outros.

O PSF apresenta-se como um processo que impulsiona mudanças necessárias no “*como fazer saúde*” nos espaços comunitários e, em certa medida,

(BRASIL, 2006). Para chegar aos números descritos, dividimos o número de habitantes existentes no Município de Fortaleza por 4.000 e depois por 3.000, resultando nos números mínimo e máximo de equipes do PSF para Fortaleza.

na reorientação das práticas profissionais, deslocando o olhar individual para um olhar coletivo. Em outras palavras, desloca o foco de atenção e intervenção do individual para o familiar.

Nesse escopo, concordamos Rodrigues, Lima e Rocalli (2008, p. 72), ao afirmarem que o PSF resgata “conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade”, ao mesmo tempo em que possibilita uma compreensão ampla do processo saúde-doença, reorientando o modo de operar os serviços de saúde.

A despeito dos princípios gerais da Atenção Básica no Brasil, a estratégia Saúde da Família, consoante à Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006, p. 20), deve:

I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV – buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V – ser um espaço de construção da cidadania.

Para tanto, existem inúmeros limites impostos para materialização destes princípios que, *grosso modo*, interferem na operacionalização e articulação desses ideários. Esses limites serão explorados ao longo da temática “*B) insatisfações dos usuários*” no transcurso dessa dissertação.

Ainda sob a égide da satisfação dos usuários com o PSF, destacamos outro elemento citado pelos usuários, e que cabe nesse contexto ora explorado: a visita domiciliar. Tal componente possibilita o conhecimento do que seja o Programa Saúde da Família-PSF para o usuário, isto é, dos dois elementos citados por eles, a visita domiciliar é uma das atividades realizadas pelo PSF que mais traduz o que é PSF.

Consoante ao descrito no estudo realizado por Nunes et al. (2002), onde é dada importância pelo usuário ao agente comunitário de saúde-ACS e ao médico, salientamos que a satisfação vista pelo usuário neste estudo acerca da visita domiciliar se direciona à visita realizada pelo médico e/ou ACS:

[...] hoje a gente faz o tratamento com o médico da família né e se chega lá a gente não pode ir até o médico, ele vem até a gente [...]. (Usuário 05).

PSF pra mim eu acho uma coisa muito importante. Essas visitas que os médicos faz em casa é do PSF né? (Usuário 12).

Eu acho muito importante esse atendimento, eles vem até a casa da pessoa quando a pessoa não pode ir até o posto né uma pessoa idosa, uma mãezinha de resguardo. (Usuário 13).

Algumas narrativas expressam o caráter clínico destas visitas. Apesar disso, o fato de o profissional da saúde sair do ambulatório e adentrar o domicílio familiar e, nessa oportunidade, estabelecer um diálogo mais aberto e mais abrangente com o usuário, possibilita a criação de vínculo entre ambos, bem como nos traduz uma visão ampliada de saúde que supera o paradigma da Biomedicina, incorporando um olhar sobre o contexto e o modo de viver das pessoas.

[...] doutor *Fulano* vinha acompanhar a mulher na casa e sempre as agente de saúde ta acompanhando também, eu acho que é isso. (Usuário 11).

Ronzani e Silva (2008) questionam se esta tem sido um instrumento de aproximação entre os profissionais de saúde e as famílias, transcendendo um olhar meramente clínico para um olhar que possibilite apreender o contexto e o modo de vida destas famílias. A experiência e o campo (o material empírico) não nos possibilitaram essa apreensão, muito embora tenham sido recorrentes referências à implementação destas no cotidiano das práticas em saúde no território de abrangência.

[...] ah esse programa é ótimo, porque já aconteceu aqui né que os doutores vem né pra casa da gente, é uma benção e os agente de saúde né que vem também né, é benção, às vezes eles dão até informação e vem deixar a consulta né. (Usuário 30).

A visita domiciliar é o momento em que o profissional de saúde adentra a residência do usuário a fim de prestar determinada assistência, seja ela de

Promoção da Saúde e prevenção de doenças, de caráter clínico, ambulatorial e investigativo. É também ocasião da escuta e do espaço para o diálogo e alteridade.

[...] toda segunda-feira quando doutor X não vem a doutora Y vem e anda nessas casas aqui do pessoal que tá doente, eles andam passando de casa em casa, dando remédio, sabendo como é que a pessoa tá, conversa com a gente, tira pressão viu, faz exame [...]. (Usuária 17).

Estudo publicado recentemente (MANDÚ et al., 2008), que tratou sobre o significado atribuído por membros familiares acerca da visita domiciliar dispensada por oito Unidades de Saúde da Família de uma região de saúde de Cuiabá-MT, mostrou a importância da visita domiciliar com ênfase nos seguintes aspectos: na facilitação do acesso, por favorecer o reconhecimento da vivência de um dado problema de saúde, é vista como uma ação que propicia intermediação do domicílio e a Unidade de Saúde da Família e vice-versa, por possibilitar o acesso até o domicílio do usuário quando este se encontrar impossibilitado de deambular e/ou por uma deficiência ou situação de desconforto até a Unidade de Saúde, dentre outros.

Eu acho que eu não tenho sido mal atendida, porque a médica que cobre nossa área aqui quando eu precisei pra vim ver minha filha, porque tenho uma filha paraplégica ela já veio umas duas vezes e minha filha tem sido bem assistida por ela quando eu preciso. (Usuário 01).

Rapaz o Programa Saúde da Família eu acho que é uma boa sabe por quê? Porque muitas vezes a mãe de família ou o pai de família não pode se deslocar da sua casa pro posto, pois o pessoal do posto vem até a casa da pessoa. (Usuária 13).

Sendo a visita domiciliar entendida como tecnologia no cuidado à saúde da família e da comunidade, ambas devem ser consideradas como entidades que possibilitam influenciar o processo de adoecer dos indivíduos são regidos pelas relações com o meio e com as pessoas (SAKATA et al., 2007).

Ao passo do que foi descrito nos achados do estudo de Sakata et al. (2007), onde vimos que a visita domiciliar foi entendida pelos profissionais de saúde como possibilitadora do conhecimento do ambiente e das relações intrafamiliares, enseja a compreensão melhor do modo de vida do usuário, como mecanismo de criação de vínculo, dentre outros, nos alerta que, em dado momento, as visitas podem significar um controle negativo sobre a vida das pessoas, deslocando-se mais para a vistoria,

fiscalização e os registros de elementos somente biológicos da saúde e da doença (SAKATA et al., 2007).

Dentre as várias utilidades e potencialidades da visita domiciliar no âmbito da Atenção Básica materializada na Estratégia Saúde da Família pela Equipe Saúde da Família que, em certa medida, foram aludidas nos parágrafos anteriores a esse, a visita domiciliar também é um instrumento potencializador na coleta de dados em pesquisas e na vigilância em saúde, como mostra o estudo de Roese e Lopes (2004), inferência que confirmamos neste ensaio.

Dando continuidade ao eixo de satisfação do usuário desde a implantação e implementação do PSF no Município de Fortaleza, destacamos ainda a satisfação vocalizada pelos usuários acerca do “*ser e fazer*” do ACS.

O “*ser*” se vincula a sua relação com as famílias, o modo de conviver nas comunidades, o vínculo constituído com os usuários e suas famílias, a escuta, o acolhimento e a alteridade.

O “*fazer*”, em seu turno, se inscreve nas suas práticas profissionais cotidianas, na assistência dispensada e no acompanhamento aos usuários e famílias nas suas mais prementes dores e sofrimentos.

As falas seguintes, somadas ao já exposto, expressam a importância atribuída ao ACS, as suas ações comunitárias que contribuem para a melhoria da saúde da população, ao elo que representa entre a comunidade e o PSF e, por fim, o conhecimento do PSF é sabido por intermédio do ACS:

[...] na medida em que um agente de saúde passa nas casas das pessoas a gente já se sente beneficiado, já se sente feliz com aquilo ta entendendo. (Usuário 10).

[...] porque eu não sabia nem que existia isso (PSF) e depois que ela veio aqui em casa e conversou com a gente foi que a gente abriu mais a mente pra isso aí, mas tá ótimo o Programa de Saúde da Família. (Usuário 27).

[...] essa menina aqui a X é uma pessoa muito especial, ela ajuda muito, arruma agulha pra minhas insulinas. (Usuário 18).

[...] inclusive conheci agora uma grande amiga que é essa daqui (ACS) que se tornou minha amiga né [...], mas ela é uma pessoa excelente que eu acolho ela aqui dentro da minha casa e gosto de conversar com ela sabe. (Usuário 23).

Observamos que algumas atividades realizadas pelos ACS, como descrito em algumas falas, como, por exemplo, verificação de pressão arterial e verificação de taxa de insulina, são atividades inerentes à prática da Enfermagem; contudo, o fato de o ACS estar tão inserido no cotidiano dos lares, não disponibilização de tempo dos profissionais de saúde para as visitas domiciliares, desconhecimento dos usuários acerca das atribuições pertinentes ao trabalho do ACS e, de certa forma, ter criado vínculos com o usuário, podem concorrer para a existência desse evento.

Alguns estudos apontam para um forte sentido de satisfação do usuário com o trabalho desenvolvido pelo ACS em sua comunidade (RONZANI; SILVA, 2008; ARRUDA, 2007; COTTA et al., 2005; TRAD et al., 2002). Esta informação foi também um achado deste estudo:

Quando a isso aí tá sendo um bom trabalho porque ela (ACS) tá vindo, tá conversando, tá dando assistência, tá colocando os nomezinhos dos idosos que precisa ser atendido pelo médico em casa, isso aí tá ótimo isso aí, melhorou muito esse programa aí. (Usuário 28).

[...] eu me lembro que algum tempo atrás pessoas de sessenta anos, sessenta e cinco tinham que se deslocar da sua casa pra ir no médico às vezes pra medir uma pressão ou tirar uma taxa de glicose e com esse programa aí pelo que eu tou sabendo o agente tá podendo fazer isso, fazer uma ligação entre o paciente e o médico. (Usuário 29).

Cabe-nos nesse aspecto destacar que, no Brasil, temos em atuação 230.244 ACS em 5.354 municípios. Observamos ainda que 210 municípios brasileiros não possuem ACS. Na região Nordeste contamos com 93.737 ACS, destes, 11.782 somente no Estado do Ceará. A cobertura populacional do número de ACS é de 60,4%, 84,3% e 71 % no Brasil, Nordeste e Ceará, respectivamente (BRASIL, 2009).

Mesmo o Estado do Ceará sendo o berço do nascimento do ACS, o baixo índice de cobertura populacional e o número inferior de ACS no Estado tendo como base a quantidade de população existente, se dá, dentre outros aspectos, pelo número reduzido de ACS na capital do Estado.

O Município de Fortaleza conta com 779 ACS atuando nos Centros de Saúde da Família existentes nas seis SER. É sabido que em 2006 o Município de Fortaleza abriu Seleção Pública para Provimento de Emprego Público de Agente Comunitário de Saúde para preenchimento de 2.627 vagas¹⁹ (FORTALEZA, 2007).

¹⁹ Saliencia-se que esse número foi gerado a partir de territorialização realizada pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, quando o Município foi dividido em 2.627 microáreas classificadas

Vale a pena reaver brevemente o advento do ACS no Brasil e, posteriormente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Movidos pelas discussões da Reforma Sanitária Brasileira e pela experiência desenvolvida pelo Estado do Ceará, tendo à frente Dr. Carlile Lavor (médico sanitarista) e Míria Lavor (assistente social) em meados de 1986, o Ministério da Saúde expande e implementa no Brasil em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (BACHILI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; ARRUDA, 2007; VIANA; POZ, 2005).

Dado o grande impacto produzido pelo PACS na saúde brasileira no que tange o eixo da promoção da saúde e prevenção de doenças, aprimoramento e consolidação do SUS, reorientação das práticas assistenciais em espaços locais, bem como a emergência de ampliar o “enfoque na família e não no indivíduo dentro das práticas de saúde” (VIANA; POZ, 2005, p. 230), institui-se em 1994, no Brasil, o PSF, importante estratégia que veio a se agregar e somar ao trabalho do ACS outrora já em desenvolvimento no PACS.

Sob a égide do trabalho desenvolvido e da sua relação horizontal com a comunidade em que atua, o ACS é visto por ela como um profissional de saúde capaz de modificar cenários, transformar realidades, além de ser mediador de informações e/ou orientações de vigilância à saúde (ARRUDA, 2007).

Em suma, podemos destacar o fato de que o trabalho desenvolvido pelo ACS na comunidade é, *grosso modo*, balizado por quatro verbos: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar (BRASIL, 2000). Tais ações foram identificadas pelos usuários deste estudo (descritas nos itens de 1 a 4), reforçando a importância e relevância do trabalho desenvolvido pelo ACS na Atenção Básica em saúde:

1) *Identificar* – se refere a habilidade do ACS em ouvir e reconhecer fatores de risco e sinais de alerta de determinadas doenças (fatores socioeconômicos, culturais e ambientais) (BRASIL, 2000);

[...] a agente de saúde sempre conforta a gente com palavra: “tenha calma vai dá tudo certo” e aí conversa com a gente, que se não fosse, que às vezes uma palavra né deixa a gente mais calma. (Usuária 31).

2) *Encaminhar* - momento em que se consolida a articulação entre a comunidade e a Unidade de Saúde, isto é, a ponte de intersecção do usuário com o

em riscos: 1, 2, 3 e 4, microáreas essas ocupadas *a posteriori* por um dos ACS que obtivesse êxito na seleção

serviço de saúde no encaminhamento (tanto no que se refere o enviar, quanto ao conduzir, ir com a pessoa) (BRASIL, 2000);

[...] a agente de saúde vai, conversa, diz eu tou aqui pra ajudar “[...] esse programa ele ajuda muito nisso e de até de marcar consulta, eles marcam consulta”. (Usuária 10).

[...] eu me lembro que algum tempo atrás pessoas de sessenta ano, sessenta e cinco tinha que se deslocar da sua casa pra ir no médico às vezes pra medir uma pressão ou tirar uma taxa de glicose e com esse programa aí pelo que eu tou sabendo o agente ta podendo fazer isso, fazer uma ligação entre o paciente e o médico. (Usuária 29).

3) *Orientar* – ação esta realizada no cotidiano de trabalho do ACS. Após o ato de examinar com presteza e forma minuciosa os diferentes aspectos de um problema/sofrimento do usuário e/ou família, o ACS orienta-os consoante recomendações feitas pelos profissionais de saúde do CSF. (BRASIL, 2000)

Quando a isso aí ta sendo um bom trabalho porque ela (ACS) ta vindo, ta conversando, ta dando assistência, ta colocando os nomezinhos dos idosos que precisa ser atendido pelo médico em casa, isso aí ta ótimo isso aí, melhorou muito esse programa aí. (Usuária 27).

4) *Acompanhar* – está intrinsecamente ligada à assistência às pessoas da comunidade em que atua nas quais estão sob alguma situação de risco (BRASIL, 2000).

[...] na medida em que um agente de saúde passa nas casas das pessoas a gente já se sente beneficiado, já se sente feliz com aquilo ta entendendo. (Usuária 10).

Os agentes de saúde que vem vê as crianças e também vem vê o idoso, essa daí sempre vem, ela sempre ta aqui verificando como é que ta a idosa, o remédio que ela ta tomando, tudo, se ta normal e isso aí também é uma boa né. (Usuária 14).

Consoante ao dito por Mattos (2001), e diante do exposto, é importante ressaltar o papel importante do ACS na feitura da integralidade da atenção e que esta é um atributo de todos os profissionais de saúde, não somente predominante dos médicos (quando ligada diretamente ao conhecimento biomédico). Ao ampliar o cuidado para grupos, ora não assistidos por determinadas ações assistenciais, o

ACS está garantindo nesta “atitude” e ação a diretriz do atendimento integral/integralidade.

Então, podemos citar como exemplos: quando realiza busca ativa em crianças acima de 24 meses acerca de indícios de carência nutricional e que não podem ser pesadas em balanças portáteis (MATTOS, 2001), no monitoramento da imunização em crianças acima da faixa etária de cinco anos fora de campanhas contingentes, ao observar na visita domiciliar fatores de risco específicos para os familiares, dentre outros inúmeros exemplos.

Apontadas todas as potencialidades advindas com a implantação e implementação do PSF nos serviços de saúde do Município ora estudado, é imprescindível destacar ainda o *não-conhecimento* deste por parte de alguns usuários que utilizam os serviços públicos de saúde em Fortaleza/Ceará, nas áreas que este estudo abrangeu, como também incompreensões acerca do seu funcionamento. Fato semelhante de “*dificuldade em visualizar o PSF ou identificar com precisão sua lógica de funcionamento*” foi visto por Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002, p. 583).

O interesse em aprofundar essa informação fez com que retomássemos o campo da pesquisa para apreender do usuário se ele “*conhecia um programa chamado PSF que significa Programa Saúde da Família*”. Na sua totalidade, os usuários desconhecem tal programa, sendo comparado inclusive com programa de televisão como assinalado nas falas abaixo, ilustrativas de muitas outras:

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 muito, não sou chegada a televisão não. [...] ouvi falar, não assisto, quando passa Globo Repórter essas coisa de diabetes às vezes eu escuto e às vez eu durmo e quando eu acordo já tem é terminado. (Usuária 34).

[...] não sei por que o Posto de Saúde X coordenado pela doutora Fulana continua com essa forma de atendimento (*aqui a usuária refere-se à forma de atendimentos por equipes de saúde*) [...] devido essa estória de saúde de família e não sei o que é [...]. (Usuária 28).

Eu vi os médicos, os enfermeiros indo na casa das pessoas atenderem elas, pesar lá mesmo na casa, mas eu nunca vi, aqui em Fortaleza eu nunca vi, não conheço ninguém que tenha sido atendido não, de jeito nenhum. (Usuária 36).

Não entendo bem dessas coisas desse programa não ta entendendo, vou lhe explicar logo que eu não tou entendendo bem desse programa [...]. (Usuária 15).

Eu não entendo nada desse programa. (Usuária 16).

Conheço não, nada. (Usuária 20).

[...] já ouvi falar, mas foi só na televisão, não conheço ninguém que tenha sido atendida por esse Programa Saúde da Família não, nunca ouvi falar, só na televisão. (Usuária 36).

[...] não, eu já ouvi falar, mas eu não sei nada a respeito desse programa, já ouvi falar, mas eu nunca assim, nunca procurei saber exatamente o que é. Estou falando a verdade viu. (Usuária 39).

Mesmo utilizando os serviços oferecidos pelo PSF, resta claro que os usuários participantes deste estudo não a conhecem ou não o visualizam. Para tanto, dado o limite que nos impossibilita aprofundamento deste material discursivo, apenas afirmamos que, para um programa ou política se tornar visível ou conhecido por uma população, é necessário, dentre outras atividades, a divulgação deste nos espaços nos quais tal programa ou política será implantado, bem como mobilizar as pessoas que convivem na comunidade para tomarem para si tal divulgação com a participação ativa de todos os envolvidos.

A Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, assinala a participação da comunidade na gestão do SUS, sendo esta participação materializada nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde. Ao lado disso, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal são autônomos para propor novas estratégias para mobilizar os cidadãos no tocante a formulações e estratégias de participação para a gestão do SUS em seus territórios.

Cabe-nos expressar que existem ainda nos serviços públicos de saúde lacunas no que se refere à divulgação de programas, políticas e serviços que os constituem, daí, a informação, a educação e a comunicação encontrarem, em certa medida, fragilizadas, devendo haver assim mais investimentos financeiros, políticos e materiais nessas áreas para que possam fortalecer e contribuir para o controle social das ações em saúde nas distintas esferas de governo.

Nesse sentido, o fortalecimento da participação da comunidade na gestão do SUS se faz necessário, haja vista a importância dela para o controle social das ações e serviços operados na saúde pública.

Ante o exposto, indagamos: *quais os motivos que contribuem para que usuários dos serviços públicos do Município de Fortaleza/Ceará não reconheçam, de fato, o que seja PSF?* Dado o limite desta investigação, não podemos expor aqui tal (is) resposta (s). Portanto, acreditamos que pelo menos questões como práticas assistenciais curativas e mecanicistas; informação, educação e comunicação em saúde; e divulgação de ações de Promoção da Saúde sejam (re)pensadas no interior das atividades que orientam as práticas em saúde no PSF.

Assim, nossos resultados confluem para as considerações finais trazidas pelo estudo de Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002) onde, dentre elas, descrevem o elevado grau de satisfação dos usuários do PSF relativa ao trabalho diferenciado por parte da equipe de Saúde da Família, e avança no sentido de mostrar a necessidade de se discutir no interior dos conselhos de saúde, espaços estes de controle social, informações relativas ao PSF, como forma de intermediar tais informações junto à comunidade.

Apostamos ser essa uma via possível para divulgação do PSF junto aos usuários que, mesmo utilizando os serviços disponibilizados e operados pelo PSF, não o conhecem, ou ainda não o visualizam como modelo assistencial no Brasil.

Em continuidade ao processamento do material discursivo emergido nesta investigação, a próxima seção discorrerá acerca dos elementos que produziram insatisfações nos usuários que constituíram a amostra teórica deste estudo. Nela teremos a oportunidade de aprofundar e problematizar questões relativas à integralidade e humanização, eixos estruturantes desta dissertação.

B) Experiências de insatisfação dos usuários

B.1) O acesso às especialidades médicas e às consultas: integralidade e humanização em foco

A despeito das experiências de satisfação relatadas, muita ênfase foi dada à insatisfação e a descontentamento quando o assunto se refere às especialidades

médicas. 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 a nós que precisamos - são as especialidades. (Usuário 07).

[...] tudo isso aí é encaminhado pra outra unidade que se torna difícil por conta da espera, quando é o caso de uma pessoa não precisar de imediato tudo bem, se espera o dia daquela consulta pra você ser atendida; mas quando é uma coisa imediata, às vezes nós que não podemos (pagar) temos que fazer um pouco de sacrifício até pra pagar particular aquele exame. (Usuário 03).

Se você faz um exame na rede pública esse exame demora a ser entregue, muito, quinze dias e se é um problema urgente, tem que ser particular pra que seja mais ágil, pra que leve a um clínico geral, pra ele analisar o que é o problema, pra depois a gente marcar pra um especialista aquele problema que a pessoa ta precisando né. (Usuário 01).

[...] então até hoje eu estou pra consultar a minha mãe com o otorrinolaringologista porque ela tem um problema de sinusite e tinha que fazer esse tratamento, então tudo isso dificulta né? [...]. (Usuário 05).

Em relação ao exame que eu fui fazer fora, teve um que eu fui [...], eu fui uma hora e cheguei lá disseram que atendia no sábado e eu perguntei à moça: '- atende à tarde?' e ela disse: '-atende'. No sábado à tarde, chego lá e dou de cara com a porta fechada, disse que só podia ser no outro dia que era na segunda-feira, aí lá vai outro dinheiro, eu tenho que pegar um dinheiro emprestado pra poder ir à Unidade [...] chego lá e dou de cara com a porta fechada, aí eu não gostei [...].(Usuário 02).

Dentre os problemas percebidos por usuários do SUS segundo a pesquisa “A saúde na opinião dos brasileiros”, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) no ano de 2003, 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 Brasil (BRASIL, 2003). Corroboramos essa pesquisa, uma vez que fica evidente em nosso estudo a insatisfação do usuário em relação aos aspectos mencionados na referida pesquisa.

No que concerne às “demoras”, essa tem intrínseca relação com o fator “tempo” que se direciona exclusivamente às filas de espera para especialidades

médicas ou exames mais específicos não oferecidos no nível da Atenção Básica em saúde.

Tais problemas relacionados ao acesso aos serviços especializados, sejam eles consultas e/ou exames, foram descritos também por usuários nos estudos de Ronzani e Silva (2008), Ferri et al. (2007) e Trad et al. (2002). E, como se depreende, constituem obstáculo importante à consecução da almejada integralidade, impactando na satisfação dos usuários com a assistência dispensada pela ESF.

Muito além do que uma diretriz do SUS, a integralidade engloba, em seu turno, tensionamentos que permitem repensar o modo de como se processa a saúde de uma comunidade, de como a doença é percebida por ela, como estão organizados os serviços de saúde em dado território e como os profissionais de saúde e gestores do SUS lidam com essas questões.

Embora saibamos que a integralidade é peculiar e imprescindível para a organização do modelo assistencial no Brasil, ela tem sido, segundo Albuquerque e Stotz (2004, p. 260), “de difícil execução e garantia efetiva para a população”.

Dessa forma, podemos nos perguntar, por exemplo: *para os profissionais da saúde e gestores do SUS, qual o conceito de integralidade? Seria este o que estar descrito na legislação? Se assim for, qual o significado do conceito trazido pela legislação para o profissional da saúde e gestor do SUS?*

Diante disso, é importante aludir que fica muito clara nesta investigação a insatisfação do usuário no tocante ao acesso aos serviços de saúde, sejam eles ao acesso no nível secundário de atenção ou na própria atenção básica, ou seja, no acesso às consultas no CSF:

A gente chega e a gente diz mesmo assim, ei uma ficha assim pra consulta, “há não tem não, tem não, já ta tudo cheia, as vaga ta 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).

[...] essa parte do atendimento, da consulta é a parte que mais deixa a desejar essa parte da gente conseguir uma consulta seja lá pra que área for, tanto faz ser pra prevenção com pra clínico geral, pra qualquer área, pra coração então nem se fala. (Usuário 26).

O problema maior da gente é ter que acordar muito cedo, sair cedo pra poder ir marcar a consulta, se sair sete de casa a gente não consegue, tem que sair bem cedo e cedo se arrisca até perder a vida no meio do caminho. (Usuário 27).

[...] a gente fica sem a consulta por quê? Porque ali já tem gente até guardando o canto pra ganhar dinheiro tem gente ali, eu conheço, tem gente ali que guarda canto pra ganhar dez reais, cinco reais aí quer dizer que a gente que acorda cedo chega lá não tem mais consulta né. (Usuário 20).

[...] e às vezes quando a gente consegue marcar não é pro dia, é depois, dois, três dias depois, aí eu fico chateada demais e muitas vezes acontece isso. (Usuário 31).

Como vimos nas falas, temos tanto questões relacionadas à integralidade da atenção, como questões que tangenciam para a humanização no tocante ao acesso no interior do CSF, como também em outras instituições de saúde.

A dificuldade de marcação de consultas, os números reduzidos de fichas, dentre outros aspectos que ensejaram insatisfação do usuário e apontaram, conseqüentemente, queixas ao aspecto organizacional foram vistos também no estudo de Souza et al. (2008), Ferri et al. (2007), Trad et al. (2002) e Junqueira e Auge (1996).

É fato que tais estudos concluem que as referidas dificuldades são vistas como pontos negativos pelos usuários. Ante essa asserção, nossos resultados a reiteram. Assim, nos convidam a refletir que, mesmo tendo sido ampliado em Fortaleza o número de equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, o quantitativo de profissionais de saúde, ainda persistem nos CSF do referido Município dificuldades do acesso do usuário aos serviços de saúde, especificamente na realização de consultas.

Com esse pressuposto, *como falar de integralidade e humanização em saúde se, no mínimo, ainda não avançamos o suficiente para a universalidade?*

Ainda, em divergência no tocante ao consenso descrito no estudo de Souza et al. (2008) acerca da melhoria em relação ao não precisar dormir na fila para se conseguir uma ficha para consultas, nosso estudo ainda aponta para esta dificuldade, não demonstrando em nenhuma entrevista melhorias em relação a este ponto.

[...] tem gente que acho que dorme lá pra guardar canto e a gente fica atrás, aí o que a gente pode fazer? Tem que chegar lá seis horas da noite pra cinco horas da manhã quando o portão abrir seis eu ser a primeira, aí tudo bem, aí eu vou ser atendida, mas eu tenho condições de sair da minha casa de madrugada pra ir marcar uma consulta ali, não tenho. Eu estou louca pra fazer minha prevenção como? Como é que eu vou fazer minha prevenção? (Usuária 20).

Vale salientar que o acolhimento contribui para que a integralidade e a humanização se encontrem numa mesma ação assistencial. Dito isto, corroboramos Franco, Bueno e Merhry (1999, p. 347), quando exprimem que “o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado”. Ou seja, garantir que o usuário seja atendido de maneira acolhedora, humanizada, onde se estabeleça um momento de diálogo e que neste possa, *grosso modo*, ser negociado e garantido o acesso aos serviços de saúde de que necessita o usuário, se configura, em certa medida, um atendimento integral e humanização das práticas em saúde.

Garantir a consulta, a escuta e a informação para o usuário pressupõe uma atitude de um encontro intersubjetivo entre este e o profissional de saúde e/ou gestor do SUS, no intuito de fortalecer uma relação humanizada nos distintos planos das práticas em saúde.

Nestes planos, a integralidade, como cita Conill (2004, p. 1418), “torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para uma política de cuidados primários”.

Em acréscimo à referida assertiva, temos a humanização do cuidado como elemento norteador que possibilita a materialidade da qualidade do cuidado com a interação e inter-relação usuário e profissional de saúde e gestor nos espaços de produção do cuidado.

No nível secundário, o grande problema destacado pelos usuários, e que foi presente em grande parte das falas foi a tão citada “*fila de espera*”, como mostram as narrativas que se seguem:

[...] eu tou com dois anos na lista de espera e já tiraram meu nome e já botaram de novo e eu tou na lista de espera pelo medico de reumatismo e até hoje esse exame não saiu, eu não fui chamada. (Usuário 09).

Rapaz eu sou bem atendida, a única coisa que eu não gosto é a espera, que não sou eu é a maioria dos usuários do SUS, é ficar na fila de espera que é muito lenta a fila de espera. (Usuário 13).

Tem muita gente morrendo em fila de espera, a espera de um exame, de um atendimento e eu não acho isso bom, porque nós precisamos desse atendimento. (Usuário 23).

[...] aqueles atendente lá do SAME olha pra gente e diz não tem vaga em canto nenhum, tem que ir pra fila de espera, aí não explica nem o que é a fila de espera. (Usuário 26).

Não tem como acabar com essa fila não? Quem foi que inventou essa fila? Será que em todo estado é assim? Em todo país é assim? Então é só, tenho raiva da fila, tenho raiva do atendimento, tenho raiva de tudo assim que não facilitam pra gente. (Usuário 33).

Mesmo tendo sido considerado um benefício para a população a criação da Central de Marcação de Consultas (COPQUE; TRAD, 2005), nosso estudo descreve que sua operacionalização produz desconforto ao usuário no tocante ao acesso às especialidades médicas, bem como aos serviços e exames especializados.

Um tempo desse mesmo uma tia minha morreu porque precisava de uma tomografia e ela morreu foi que vieram ligar dizendo que a tomografia tinha saído da fila de espera, eu acho isso um absurdo, eu fiquei mais revoltada ainda com essas coisas assim que eu estou ouvindo e que eu estou vendo sinceramente. (Usuário 28).

Este “desconforto” e/ou insatisfação também é visto nos estudos de Souza et al. (2008), Ronzani e Silva (2008) e Trad et al. (2002).

Faz-se imprescindível, pois, examinar, no escopo da integralidade e no interior das práticas assistenciais, o que vem sendo feito para melhoria do acesso do usuário aos serviços especializados não contemplados no nível da Atenção Básica no Município estudado. Não obstante, cabe-nos pensar, por um lado, qual a melhor forma de amenizar tal problemática, haja vista o desconforto produzido por esta ao usuário.

Tal problema se mostra tão crítico na percepção dos usuários participantes deste estudo que eles não acreditam que o referido problema tenha uma solução, ou, caso exista, fica a critério dos níveis hierárquicos superiores a resolução deste, como descrito nestas falas:

[...] aí eu acho que esse problema do SUS 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 né do presidente resolva, mas dependentemente pra ser resolvido aqui no Ceará não tem como. (Usuária 13).

Rapaz esse problema é muito difícil de ser resolvido porque o negócio já vem esculhambado lá de cima, lá dos homens grandes, os cabeças, então quando chega aqui no Ceará não é do Ceará que possa ter jeito pra ajeitar o de lá não. (Usuária 43).

É sabido que (re)significar elementos importantes da organização do processo de trabalho, planejamento, gestão e construir ou reconfigurar novos

saberes e práticas em saúde faz-se necessário no percurso pela integralidade. Do exposto, destacamos, por exemplo, que a integralidade, ao ser advento da articulação de vários saberes de uma equipe multiprofissional, em dado território, é considerada “integralidade focalizada” (CECÍLIO, 2001, p. 116), ou seja, ao envolver os distintos agentes que atuam na atenção básica a fim de propiciar práticas que venham a fortalecer a integralidade da atenção tão buscada e idealizada pela SUS, por seus construtores e pela população.

Algumas falas nos remetem a um dos conjuntos de sentidos da integralidade descrito por Mattos (2001), a qual se refere à organização dos serviços e das práticas de saúde, onde este critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais, consolidadas na década de 1970 e capilarizadas no Brasil com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) o qual determinava que as práticas de saúde pública ficavam sob responsabilidade do Ministério da Saúde e as práticas assistenciais a cargo do Ministério da Previdência Social (MATOS, 2001).

É porque é difícil lá pra gente conseguir tudo isso entendeu (consultas e serviços especializados), é muito difícil pra gente conseguir, aí agora que eles têm, eles passam pro negócio pra agendar, aí se você tiver morrendo eles vão passar com mil pessoas na sua frente você já tá é morta né. (Usuária 03).

Isso de certa forma possibilitou um *não-diálogo* entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária, tangenciando para uma atenção centrada no hospital ou hospitalocêntrica, modelo este predominante por muitas décadas até o advento do PSF, o qual transcendeu outras ações voltadas para a reorganização desse modelo assistencial.

[...] se eu preciso de uma consulta pro neurologista se eu for em outro hospital pegar um encaminhamento quando chega lá não aceita, tem que passar pelo médico de lá, então por que não facilita e não aceita os encaminhamentos que a gente levar de qualquer canto já que lá é tão difícil conseguir. (Usuária 26).

Como vimos de forma enfática nas falas descritas nesta seção, os usuários sentem-se insatisfeitos com a fila de espera, ou seja, no acesso a outros tipos de serviços e exames não ofertados pela rede de Atenção Básica, porém, ofertados na rede assistencial do Município.

A PNAB preconiza que, dentre os fundamentos da Atenção Básica, temos o que trata de (BRASIL, 2006, p. 11):

[...] 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 Federal (BRASIL, 2006, p. 12), encontra-se “organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica”.

Como vimos, a garantia do acesso a níveis mais especializados de atenção deve ser assegurada por profissionais de saúde e gestores do SUS que atuam na Atenção Básica e, por conseguinte, os demais níveis de atenção (secundário e terciário) devem receber essas referências a fim de garantir o que está previsto na legislação.

Garantir a referência nos diversos níveis de complexidade do sistema é considerado fator importante e pode interferir nas condições de trabalho, como visto no estudo de Copque e Trad (2005).

Muito mais do que cumprir o que rege 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 e comunidade.

Diante de tal desafio se configuram as seguintes indagações: *Será que realmente o usuário necessita do referido atendimento especializado (consulta, exame e/ou qualquer procedimento específico)? Ou será que, diante da excessiva demanda existente no serviço público de saúde, o profissional apenas transferiu responsabilidades para outro, haja vista sua indisponibilidade para investigar de fato o que realmente o usuário necessita?*

Tais indagações constituem objetos de futuras investigações, porquanto no limite desta exposição e processamento deste material discursivo não demos conta de explorar com maior profundidade.

B.2) A consulta e o atendimento do profissional médico: os limites do “ser” e do “fazer”

Embora tenha sido este tema referido como *item de satisfação* (relatado anteriormente), a metodologia adotada permitiu desvelar a ambivalência na fala dos usuários, apontando também experiências negativas referentes à consulta e ao atendimento do profissional médico.

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 do paciente de ouvir e ser ouvido (diálogo intersubjetivo) não contemplada, como também, a não-realização de um exame clínico de qualidade, se comparado com outros atendimentos.

[...] tudo porque as pessoas botam na cabeça e diz que “tá doente e tá doente”, quer um encaminhamento pra isso e pra aquilo, mas se eu tava pedindo porque eu sentia. (Usuário 02).

A porta era ante-aberta, porque eu acho que pra gente conversar com o médico tem que ser a porta fechada e ela era sempre com a porta aberta, a gente não tinha prioridade de conversar com ela, todo mundo lá de fora sabia o que nós estávamos falando; [...] as pessoas ficavam escutando. (Usuária 04).

É, porque às vezes geralmente não tem (diálogo), não tem, eu acho que geralmente não tem. Tem que ter diálogo né também, eu acho. (Usuário 07).

[...] tem alguns que não consultam direito, não examinam direito [...]. Sempre que eu vou consultar com outra doutora ele nunca examina tudo, ele só examina aqui com um aparelhinho aqui, mas não examina o ouvido [...]. (Usuário 03).

Outro aspecto importante é no tocante à resignação do paciente perante a autoridade médica, ou seja, a ideia de que o conhecimento médico supera o conhecimento popular, fazendo com que o paciente se intimide ante o poder-saber médico.

[...] então eu queria assim que todas fizessem isso, porque só assim é que a gente chega né vai conseguir alguma coisa, por que como é que eles vão saber que uma pessoa ta sendo bem atendida ou não se uma pessoa não

reclamar, tem muitos ali que não reclama, simplesmente baixa a cabeça ou chora e vai pra casa como eu já vi, mas no meu caso não. (Usuária 23).

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

Há que se ressaltar quanto a esses aspectos a importância da relação médico – paciente no espaço da consulta, onde o consideramos como espaço de encontro intersubjetivo, ou seja, onde possam aflorar reflexões e atitudes no encontro entre esses dois agentes que de, *per se*, conjugam o mesmo objetivo: uma resposta satisfatória para a dor ou sofrimento trazido pelo usuário.

Na formação médica o contato com o ser humano e todas as suas dimensões vai sendo sufocado por uma prática com ênfase na doença, ou seja, no diálogo com os pacientes, é priorizada a exploração dos sinais, sintomas e manifestações laboratoriais dos agravos.

Dessa forma, o espaço para a escuta e para o diálogo fica fragilizado e, conseqüentemente, enseja insatisfação do usuário; muitas vezes, a sua necessidade é de uma escuta atenta, ou seja, que o profissional médico o possa ouvir e falar suas impressões relativas ao discurso proferido por ele.

[...] aí achava errado do médico, se ele ta ali na sua sala ele tem que consultar, tem que vê a gente, tem que escutar o que o paciente ta sentindo, o que ta se passando, ele tem que examinar, mas ela não examinava, ela ficava na mesa dela e pronto. (Usuária 02).

[...] eu cheguei e falei lá dentro: Fulana minha filha por favor você pode me dá um pouquinho de atenção? (Usuária 10).

[...] a gente dá assim uma entrada pra vê se eles pergunta da gente e tal e tal, eles não pergunta, não faz uma pergunta e parece que não faz conta de resolver aquele caso e eu acho que a gente às vez fica assim sem não ser bem atendida né. (Usuário 16).

[...] não puxava mais muito assunto eu só dizia uma coisa e ficava calada, não dizia mais pra poder não me exaltar, ela dizia que eu era nervosa. (Usuária 41).

É inegável que possibilitar o acesso à escuta e à alteridade contribui para uma melhor relação entre o profissional da saúde e o usuário. Conhecer a historicidade de cada usuário sabendo que “a fala do paciente reflete seu mundo” (CARBONE, 2004, p. 36) fortalece a interação deste com o profissional e, conseqüentemente

enseja satisfação, pois há nesse sentido um comprometimento e uma atitude de abertura do profissional médico para aquilo que o usuário traz consigo no momento.

Tal fato se coloca sob a égide do cuidado médico, em especial, em razão da complexidade dada no tocante às distintas mudanças que ocorrem no homem em suas dimensões biológicas e psicológicas. Assim, consoante Carbone (2004, p. 37), o homem “é um ser em construção, um resultado de seus dias e suas noites, dos fatos que sobre ele deixaram suas marcas”. Em outras palavras, muito mais do que uma dor meramente física acometida por uma disfunção orgânica ou qualquer outra manifestação, o homem é, antes de tudo, um ser humano que é dotado de sentimentos, subjetividades, crenças, valores e visões de mundo que só poderão ser acessados se houver disponibilidade e abertura para ouvir.

A escuta e a gentileza na relação médico-paciente são aspectos que traduzem satisfação do usuário no tocante à dimensão relacional, como descrito no estudo de Trad et al. (2002) e, somados a tais aspectos o diálogo, atenção e respeito, como visto no estudo de Cotta et al (2005); fato também aludido por Ferri et al. (2007), ao concluírem que, ao serem valorizados atos que reconheçam o usuário como ser humano, produzem e contribuem para a satisfação destes. O inverso dessas relações e atitudes do profissional médico incide na insatisfação e enseja um sentimento de forte desconforto, como descrito nas falas abaixo:

[...] doutora X a senhora pode me atender? Ela olhou pra mim e eu toda lavada em sangue, toda suja de sangue e disse: “você é muito nova pode esperar”, aquilo pra mim foi uma grande humilhação. (Usuária 12).

[...] a gente chega e parece que é como fosse essa parede e pronto e nem olha direito pra ninguém, [...]. (Usuário 22).

[...] aconteceu isso comigo d’eu me sentar na sala do médico aí falar pra ele, já sei, o senhor não deixou nem eu falar como é que o senhor sabe? Aí quando passa uma receita, doutor eu não tomo esse remédio aí, eu não tenho problema de pressão eu tinha antigamente. (Usuário 31).

[...] ela consulta a pessoa e não olha nem pra gente, ela é uma doutora que não atende as pessoas bem. (Usuário 33).

É importante ressaltar que, para que o médico possa incorporar novos dados e informações para a compreensão do problema trazido pelo paciente, bem como que este tenha participação ativa, é necessária uma atitude aberta, precisa da escuta atenta (SUCUPIRA, 2007). Ainda segundo a autora, “a escuta do paciente é um dos aspectos mais comprometidos nas consultas” (SUCUPIRA, 2007, p. 27).

Corroboramos ainda a ideia de Sucupira (2007) quando nos desperta para o fato de que manter um diálogo com o paciente é uma habilidade que pode ser aprendida, portanto, deve-se desmistificar a premissa de que tal habilidade seja um dom ou arte de alguns médicos.

Dentre as habilidades de escuta na consulta médica descritas por Molen e Lang (2007), destacam-se algumas que julgamos importantes neste escopo ora dialogado: 1) interesse pelo paciente; 2) a expressão facial – encorajadora ou inibidora?; 3) o contato visual; 4) o acompanhamento verbal; 5) fazer perguntas abertas; 6) permitir que o paciente perceba que está sendo ouvido e o médico descobrir se entendeu o paciente de forma correta.

Dessas formulações, destacamos os desafios postos para o profissional médico na materialidade de tais habilidades, haja vista seus valores, crenças, formação pessoal e profissional e atitude. Muito mais do que uma vocação, essas habilidades permitem ao médico reconfigurar suas práticas e repensar suas atitudes relacionais, de escuta e diálogo, com o paciente que se apresenta em seu estado de dor e/ou sofrimento.

Uma visão diferenciada se processa no imaginário do usuário, quando o médico se dispõe manter relação horizontal em vez de impor sua autoridade ou seu saber biomédico no momento do encontro com este.

Me sentia super bem, a doutora X é muito atenciosa comigo, ela me explicava tudo né. (Usuária 06).

Legais (os médicos) eu digo nesse ponto: é em conversar direito com a gente, responder direito sem ignorância. (Usuária 27).

A PNAB (BRASIL, 2006) prevê, 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.

Diferentemente de Costa (2004, p. 11), a qual amplia esse olhar reducionista descrito na PNAB, quando descreve características desejáveis de um médico de família, dentre elas: sensibilidade para aspectos psicológicos e sociais, facilidade no trato com pessoas de diferentes faixas etárias e empatia.

A garantia de aspectos que apresentem dedicação e atenção aos pacientes, competência técnica e boa comunicação do médico, é na percepção dos usuários um “bom médico”, como demonstrou o estudo de Oliveira (1996).

Tal estudo vai ao encontro do que apreendemos nesta pesquisa. Ao serem indagados acerca do que seria *um bom atendimento médico*, tendo em vista que algumas narrativas demonstraram mau atendimento, os usuários referiram:

Ter atenção e se preocupar com o meu quadro de doença, de enfermidade a qual estou ali, ele se interessa, ele passa exame, ele marca a volta, ele se dedique a mim e não só a mim, mas todo o usuário do posto. (Usuário 13)

[...] aquele médico que lhe examina você dos pés a cabeça, não tem nojo de ta ali escutando você, não tem nojo de pegar na sua mão, não tem nojo de dá aquele grande abraço em você, pra mim aquilo ave Maria, olhe não me dê nada, mas me dê atenção que eu fico tão alegre que você não queira saber viu. (Usuário 17)

[...] ele tem que conversar, perguntar e a pessoa falar com ele o que ta sentindo e ele passar olhar direito pra pessoa, ou no caso medir a pressão. (Usuário 22).

Legais eu digo nesse ponto é em conversar direito com a gente, responder direito sem ignorância. (Usuário 27).

[...] ser atencioso, ser assim mais ativo assim com os pacientes né, saber assim mais o que os pacientes têm assim né. (Usuário 32).

É importante retomar aqui questões que nos remetem ao desenvolvimento de competências que se voltam para a comunicação entre pessoas. Em praticamente todos os espaços em que convivemos com o outro, a comunicação se faz presente, seja ela através da fala ou com gestos e expressões.

Se essa comunicação não for expressa de forma a demonstrar interesse, atenção e escuta ao outro, dificilmente ocorrerá uma comunicação eficaz. Portanto, na prática médica a comunicação com o outro deve ser pautada de interesse, diálogo e escuta, uma vez que se espera que este profissional possua capacidades e habilidades de comunicação que propiciem melhor interação com o paciente/usuário no espaço da sua prática clínica. O médico deve esmerar-se em descobrir a melhor forma de se comunicar com o paciente/usuário para que este tenha possibilidades de participar ativamente do seu plano terapêutico.

B.3) A relação interpessoal com a equipe do Centro de Saúde da Família: (des) humanização na produção do cuidado

A despeito das referências positivas à equipe²⁰, expressas anteriormente, há queixas relativas a conflitos e dificuldades de comunicação que não se restringem aos médicos. A falta de informações acerca dos atendimentos realizados no CSF, as más relações de comunicação, especialmente na “porta de entrada” da unidade, maus-tratos e o descaso de alguns profissionais perante as solicitações dos usuários, são geradoras de conflitos, não sendo aceita pelos usuários que reivindicam e se rebelam, conforme pôde se apreender a partir das falas:

Porque quando eu queria saber de alguma coisa porque a gente tinha que perguntar a elas: o médico vem? Que hora vai ser? A gente vai pra onde? E elas tratavam a gente com ignorância. (Usuária 02).

[...] ela *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).

[...] o rapaz que fica na portaria uma vez eu cheguei lá e tava chovendo e ele não queria abrir o portão pra gente entrar e ficar dentro porque achava que era muito cedo ainda. (Usuário 07).

Tem um *Fulano* lá que é ignorante que só, ignorante e quando a pessoa vai “*ah não sei o que, essas mães não sabem nem criar os filhos*” é desse jeito além de ser mal atendida, presta não, o posto não presta mais pra nada, já foi no tempo que prestava. (Usuário 04).

Como vimos nas falas, houve uma forte insatisfação relativa a aspectos de relação interpessoal nos Centros de Saúde da Família investigados. Salientamos que tais eventos foram muito incisivos nas falas dos usuários. Ao discorrerem sobre tais eventos, os usuários demonstravam, na fala e nos gestos, momentos de muita raiva, em alguns os olhos lacrimejaram, choravam e as entonações de voz eram demasiadamente fortes. Tais fatos foram registrados no diário de campo após realização das entrevistas.

A forma cordial como são tratados pelos membros das equipes é um elemento de maior qualidade visto pelos usuários segundo estudo realizado por

²⁰ Quando falamos em equipe, nos referimos aos profissionais da saúde que trabalham no CSF.

Ronzani e Silva (2008); da mesma forma como descrito por Ferri et al. (2007), ao concluírem que os usuários dão muita importância para o modo do trato, valorizando a incorporação de tecnologias leves nos espaços de produção do cuidado.

Em se tratando de tecnologia leve (MERHY, 1998) esta, em seu turno, se refere à incorporação de práticas que privilegiem, na abordagem assistencial, o advento da intersubjetividade em momentos de fala, escutas, interpretações, cumplicidade, confiabilidade e esperança, sendo balizados pelo acolhimento e que produzem, ao final, relações de vínculo e aceitação.

Nesse aspecto, é importante descrever o que foi vocalizado pelos usuários deste estudo, relativo a eventos de maus-tratos, desrespeitos e descasos. Tais eventos conjugam a forma na qual o usuário é tratado no espaço da assistência à saúde dentro do CSF:

[...] tinha gente que queria pisar na gente, humilhar e a gente não é um bicho qualquer não, a gente é um ser humano, a gente tem que ser tratada bem. (Usuária 05).

Eu cheguei uma noite dessa lá, aí eu frequento evangélico né, aí eu não uso roupa decotada, aí eu ia com tipo uma blusona assim com uma blusa por dentro... menino eu fiquei passando mal, aí a criatura, eu fui com febre, aí a criatura foi e disse assim: *“onde é que bota o termômetro? Vem com um bocado de roupa aí”*. (Usuário 10).

[...] são muito bonequeiro, gosta muito de rebaixar a gente, fazer a gente de abestado, botar a gente pra andar. (Usuário 12).

[...] eu me chateei porque o computador ta aberto, você ta sentado e eu chego André e digo: “por favor marca isso aqui pra mim?”, não custa nada você fazer aquilo ali, acho que um favor a gente faz a qualquer pessoa né, aí ela (funcionário do SAME) disse: *“não, venha mais tarde ou segunda-feira*. (Usuário 15).

Eu sou atendida na unidade de saúde do X que por sinal tem um atendimento péssimo, as pessoas trabalham com mau humor, são altamente grosseiras, são pessoas que eu acho que deveria tratar a gente um pouco melhor porque a gente não ta mendigando nada, a gente ta pedindo uma coisa que a gente paga imposto e a gente precisa né, se a gente vai a um posto de saúde é porque a gente precisa né. (Usuário 26).

[...] muita gente reclama devido o tratamento que a gente não é tratada lá como ser humano, é tratada assim como um bicho, chega lá não olha nem pra cara da gente pra dá uma informação naquela janelinha que a gente vai diretamente a informação, que é lá que eles podem dá informação, encaminhar a gente, eles não tão fazendo isso. (Usuário 27).

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (BRASIL, 2004a) preconiza que deve ser ofertado, nos espaços de produção do cuidado, atendimento de qualidade a partir da articulação de avanços tecnológicos com acolhimento, deve

haver troca de saberes, valorização da dimensão subjetiva e social, estabelecimento de formas de acolhimento, fim das filas, hierarquização de riscos, dentre outras questões.

O investimento em qualquer nível de governabilidade para a implantação da referida política, seja na esfera municipal, estadual ou federal, desembocará numa mudança de práticas profissionais pautadas pela ética do cuidado (*ser capaz de disponibilizar uma atenção que proteja e cuide da pessoa como um ser singular e único, privilegiando aspectos emocionais e sociais*), comprometimento (*se colocar sempre disponível para a realização de qualquer ação inerente à sua implantação*) e responsabilização (*assumir com responsabilidades as tarefas que lhe forem conferidas para que se efetive a implantação da ação*) de todos os envolvidos no sistema de saúde.

Do plano “ideal” para o “real” ainda têm muito que se avançar nos aspectos até aqui levantados. A relação *profissional de saúde e usuário* vai ficando desgastada em razão de tais eventos, ora explorada nesta seção, que ainda se encontram de forma demasiada nos espaços assistenciais das instituições de saúde.

Na mesma linha, no que tange à comunicação interpessoal entre profissional de saúde e usuário, este estudo se contrapõe ao descrito na investigação de Gaioso (2007) ao assinalar na referida investigação satisfação do usuário no tocante às explicações dadas pelos profissionais de saúde de um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP.

Você vai no posto e vai três, quatro vezes pra conseguir uma coisa e não consegue, às vezes escreve no papel é isso aqui, escrevi hoje, vem amanhã aí quando chega lá diz assim: “não, pode não, foi não” aí fica e volta pra trás de novo, é muito chato lá aí fica ruim as coisas né. (Usuário 15).

[...] as atendentes lá não dão esclarecimentos, a gente pergunta uma coisa “ah não sei não, vá perguntar a fulano” e chega lá em fulano, “não, não sei não”, quer dizer, ninguém sabe nada e eles tão ali pra fazer o que? (Usuário 18).

Diante dos fatos descritos nas falas citadas, e que formaram um dos eixos analíticos de insatisfação, os usuários ainda enfatizaram o que para eles é *sentir-se bem* ou quais seriam os motivos para ser caracterizado como *um atendimento bom* no serviço de saúde dispensado pelos profissionais que nele atuam:

[...] eu acho que um bom atendimento era isso, olha, tudo bem, aqui a gente não faz, mas eu vou lhe encaminhar, tá aqui o encaminhamento, isso aqui vai ser um atendimento urgente e não vai ficar naquela fila de espera. (Usuário 02).

[...] sendo bem atendida a pessoa se sente feliz né, porque a gente foi numa necessidade e foi aceita aquela necessidade e foi bem atendida pra aquele problema que a gente ia... ter atendentes e médicos que atendam bem né, é isso aí que a gente se sente feliz né. (Usuário 09).

Ele (o profissional da saúde) olha, ele pergunta o que tá sentindo né. (Usuário 22).

Ah receber bem [] é a pessoa que é aquela pessoa educada, que sabe conversar, é lhe atender bem e assim como eu disse a pessoa educada que lhe recebe bem são aquelas pessoas alegre e pra mim isso aí é uma pessoa que quando você olha pra ela pra ela você vê aquele sorriso estampado [...]. (Usuário 23).

Se realmente o atendimento fosse igualitário né, que todo mundo tivesse o mesmo direito. (Usuário 25).

[...] é todo mundo ter o mínimo de respeito pelo simples fato daquela pessoa ser uma pessoa que tá com necessidade e tá com carência né. (Usuário 27).

É ser bem atendida né, ser bem tratada. (Usuário 30).

[...] é chegar agente ir atrás de uma informação e a pessoa dizer: “não é tal dia” né, pra mim é isso aí. (Usuário 36).

O direito pela saúde previsto na Constituição Brasileira impõe mudanças no modo de produção assistencial que antes era voltado para a cura de enfermidades e atenção centrada no hospital, para uma produção que leve a cabo ações de Promoção da Saúde e prevenção de agravos em indivíduos e coletividades.

Pensar a saúde de forma ampla pressupõe refleti-la como fenômeno complexo da humanidade que está intrinsecamente ligada a como as pessoas vivem em seus cotidianos e qual a sua percepção sobre o *adoecer* e o *ter saúde*.

As falas demonstram claramente a urgência de se pensar a saúde de maneira mais ampla; de mudanças na prática assistencial incorporando atitudes que privilegiem a escuta ao outro e a abertura ao diálogo.

Também é inegável perceber a presença do assistencialismo nas narrativas. O fato de “*querer ser atendida*” é o objetivo maior de qualquer usuário que busca o serviço público de saúde. Chamamos atenção apenas para o “*como os usuários estão sendo atendidos*”, o que estamos realizando no dia a dia da nossa prática clínica, curativa ou assistencial para que esse usuário saia, da nossa presença, mais feliz e satisfeito.

É fato que não se conseguirá a totalidade da satisfação. Elementos de insatisfação e descontentamento ainda surgirão no interior dos serviços de saúde. A urgência que se exprime aqui é a de “*pensar diferente a nossa prática assistencial*”: Como estamos abordando o usuário?; Qual a qualidade das informações que estamos disponibilizando para eles?; Que tipo de assistência estou prestando a ele?; Se eu assumi o compromisso de cuidar de vidas, como está se materializando na minha prática esse cuidado? Como está se dando a minha relação com o usuário?

Tais indagações devem permear o imaginário dos profissionais de saúde que prestam algum tipo de atendimento ao usuário, para que estes tenham a possibilidade de realizar autocrítica do seu “fazer” e “ser” nos espaços os quais atuam.

Uma atitude “não qualificada”, um “atendimento mau”, uma “não-escuta”, um “não-diálogo”, um “não-olhar” demonstram neste estudo recusa e/ou resignação em procurar assistência à saúde no Centro de Saúde da Família. Outro aspecto importante se refere ao fato de, como alguns usuários não têm condições de procurar serviços particulares, acabam se submetendo a esses eventos no CSF, como enfatizado nas falas que se seguem:

[...] onde tiver condições de me atenderem eu vou procurá-la, porque a minha renda é pouca e eu não tenho condições de ter um plano ou outra coisa, que se eu tivesse eu até procuraria, mas eu prefiro procurar o meu posto porque eu não posso procurar outra coisa. (Usuário 01).

[...] é triste você ir num canto querer ser atendida e não ser né, é triste, sem ter dinheiro pra ir pra outro canto, porque se a gente pudesse a gente pagava era num canto né pra pessoa ser bem atendida, aí vai pro posto, vão posto e quando a gente vai não é bem atendida aí pronto. (Usuário 04).

Se eu não tenho dinheiro pra mim marcar, fazer esses exames como é que eu vou fazer? Eu vou ter que esperar pra mim conseguir esses exames só Deus sabe quando. (Usuário 22).

[...] como eu não tenho emprego e como se diz eu não ganho salariado né, agora se eu ganhasse assim um salário ou mais aí eu ia pra uma clínica particular né, então como eu não ganho né, então tem que esperar pelo da prefeitura. (Usuário 23).

[...] tenho medo, porque eles saltam com quatro pedras na mão com a pessoa, aí eu tenho medo. Eu nem vou. (Usuário 08).

[...] porque quando você vai fazer uma pergunta você já tem medo. (Usuário 10).

[...] é tanto que eu não freqüento nem, às vezes eu vou, às vezes eu deixo de ir por causa pra não me chatear muito né. (Usuário 11).

[...] às vezes a pessoa perde um dia de emprego pra procurar um posto próximo de casa e chega lá você não é bem atendida, você não consegue o que você quer aí é melhor nem ir mais, não vale a penar ir. (Usuário 13).

[...] eu me recuso até ir, é tanto que meu marido tem um plano de saúde e eu prefiro ir numa emergência quando eu já tou muito doente que aí eu vou pra emergência, mas com o posto eu nunca tive sorte não, consulta não. (Usuário 20).

A decisão de não ir ao CSF e a de preferir atendimento particular reflete, em certa medida, descrença do usuário no tocante à assistência que lhe é dispensada. Tal fato se contrapõe ao estudo de Traverso-Yépez e Morais (2004), ao evidenciarem que os usuários demonstraram conformismo e resignação por não poderem ter poder de decisão para a melhoria do serviço. O que se conjuga aqui não é o fato de os usuários não terem poder de decisão, mas sim como estes estão sendo tratados pelos profissionais de saúde no CSF.

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

[...] eu prefiro dá um jeito e pagar um exame particular e resolver qualquer coisa do que ir pro posto, não resolve o problema é esse aí né. O atendimento lá não é bom. (Usuário 03).

[...] tem que trocar o povo porque senão ninguém vai mais ser atendido ali não e eles são muito ignorantes não atende bem não as pessoas. Às vezes a gente tem até medo de falar com o povo. (Usuário 04).

É fato ser necessário que este se sinta proativo na tomada de decisões e planejamento das ações no CSF. Portanto, neste estudo, não pudemos verificar nenhuma evidência que trouxesse à tona tal evento.

Quando, contudo, se referem à equipe e ao pessoal de apoio, há de se ressaltar que, ao lado das críticas, muitos usuários reconhecem sua parcela de contribuição quando o assunto é “ser bem atendida ou não”. É interessante observar que essa ‘intolerância’ não se revelou na relação com os médicos, o que expressa a força do distanciamento social na demarcação do que se pode ou não dizer ou fazer. A forma como as pessoas se comunicam com os profissionais do CSF é assumida também como *fator determinante* para a acolhida, segundo relatam os entrevistados. O fato de aguardarem a consulta ou não terem acesso fácil ao que demandam como

usuários pode motivá-los a reivindicar com veemência os seus direitos, causando muitas vezes atritos, conforme os relatos abaixo ilustram:

Bem, olha o atendimento é uma questão de educação até do usuário, se o usuário não é educado a atendente ela não vai ser educada, mas não vai mesmo, se você vai grosseiramente ela vai lhe retribuir grosseiramente; isso eu presto atenção quando eu estou na fila: a maneira como as pessoas pedem uma informação. (Usuário 01).

[...] eu acho que isso é questão da pessoa que procura, [...] depende muito de como você chega, de como você pergunta, se você notou que ela foi um pouco grosseira você procure não retribuir porque é uma guerra, aí então eu acho o seguinte, isso é de cada ser humano. (Usuário 05).

Pessoas que chegam na farmácia (e dizem) 'diacho não tem esse remédio', não é assim, o farmacêutico que está lá ele é um funcionário como qualquer outro, [...] então você tem que saber compreender [...]. (Usuário 17).

Quando eu chego na unidade, se você dá um bom dia, eles também dão um bom dia. (Usuário 38).

[...] pra gente se relacionar com aquelas pessoas a gente tem que saber conversar e saber entrar onde é pra gente entrar. (Usuário 41).

Diante desses pressupostos e afirmações, ainda destacamos, acerca do que estamos tratando nesta seção, que dentre as questões enfrentadas por municípios (21 municípios dos Estados da Bahia, Ceará e Sergipe) com relação ao desenvolvimento de práticas acolhedoras que conjugam com a Política Nacional de Humanização do SUS-HumanizaSUS temos, como um dos limites a serem enfrentados, o predomínio de práticas curativo-individuais (ROCHA et al, 2008).

Como vimos, tais práticas ainda estão presentes no cotidiano das ações desenvolvidas na saúde, mesmo com o advento do PSF e toda discussão que é realizada nas instituições acerca da realização de práticas voltadas para a Promoção da Saúde e da prevenção de agravos tendo como foco o indivíduo e as comunidades com as quais convivem.

Outro ponto que se contrapõe a essa posição curativo-individual encontra-se amparada na proposta da clínica ampliada, elemento integrante do HumanizaSUS. Em seu turno, a clínica ampliada consiste, dentre algumas questões, no desenvolvimento da escuta (respeitar o significado atribuído pelo usuário à patologia que ele está referindo), na criação e estabelecimento de vínculos e afetos entre o profissional e o usuário, em assumir responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, no desenvolvimento da intersectorialidade (envolver outros setores

da sociedade civil no processo saúde-doença) e em assumir um compromisso ético (BRASIL, 2004c).

Como vimos, a transformação do modo como se desenvolvem as práticas em saúde nos serviços públicos depende de atitudes comprometidas com o ideário do SUS no Brasil, pautadas pelos princípios da igualdade, universalização e equidade. Tais ideários recebem, na atualidade, forte influência de práticas curativas que outrora dominavam os cenários das práticas em saúde no Brasil.

Ao lado deste contexto, encontra-se outra limitação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, dos serviços ofertados vista pelos usuários e que foi palco para descontentamentos e insatisfação deles: os “favorecimentos” para alguns usuários que utilizam os serviços de saúde, principalmente no momento da marcação e na realização de consultas:

[...] quem foi antes não conseguiu e a pessoa chegou na hora lá, tipo três horas e entrou, chegou bonitinha lá na hora e entrou, eu acho que foi amizade, quer dizer né facilitou, aí quer dizer não é errado um sistema desse né, é muito errado isso aí. (Usuário 02).

[...] eu acho que lá é por cara que elas arranjam alguma coisa, às vezes a gente vai marcar uma ficha e já não tem mais ficha porque ela já tem deixado com outras pessoas né que elas conhece, que tem assim um parentesco e quando a pessoa chega precisando mesmo nunca tem uma ficha. (Usuário 11).

[...] aí age pela aquela peixada que tem lá dentro e a Fulana (coordenadora do CSF) deixa passar. (Usuário 10)

[...] eu tô falando coisa que já vivi mesmo que eu cheguei lá primeiro que eu moro em frente e aí já tinha três que não estavam na fila, como se já tivesse agendado aquelas três ali e a pessoa tá na fila desde cinco e meia da manhã e não consegue, isso não é atendimento correto [...]. (Usuário 28).

A dificuldade é essa da gente ir atrás e não conseguir ficha, nem desistência e nem extra, nada e às vezes a gente vê lá chega uma pessoa tarde, sete, oito horas aí ali por detrás dos panos num instante é atendida e num instante marca, acho que é por cara as que marcam né [...]. (Usuário 27).

Esse favorecimento também se relaciona com a dispensação de medicamentos e imunobiológicos nos respectivos setores responsáveis, como demonstram as falas que se seguem:

Uma coisa que eu não concordei do posto é o desvio de remédio, [...] se eu preciso de um remédio aí tem, aí não autoriza me dá, agora as que moram lá dentro tira remédio, eu não vou dizer quem é porque a gente ta só conversando, mas eu conheço gente que pega remédio caro sabe sem receita, isso não me agrada porque eu acho uma desumanidade. (Usuário 10).

[...] então durante três meses eu via gente sair com a insulina humana e quando eu ia lá diziam que não tinha, então a gente suspeita logo dum corporativismo ai né, alguém ta sendo beneficiado, alguém é mais importante do que os outros aí né. (Usuário 25).

[...] eu acho que essa insulina que eles tinham lá e disseram que não tinha tava sendo reservada pra alguém [] então é o velho corporativismo e é o mesmo problema. (Usuário 27).

[...] na saúde isso é fatal né, eu posso ta cometendo não só uma injustiça, mas um assassinato, dando uma sentença de morte a uma pessoa por negar o remédio que eu reservei pra outra né, então é isso que eu acho da questão. (Usuário 33).

Ter acesso ao medicamento, e este ser dispensado com melhor acolhimento, foi visto por Ferri et al. (2007). Somado a isto, esta investigação, neste aspecto, evoca uma problemática que se contrapõe ao que é proposto pelo SUS, no que se refere ao atendimento igualitário e universal, princípios-chave do ideário do SUS e que devem ser perseguidos por todos os profissionais que nele atuam, visando ao melhor da assistência que é dada à população nas suas práticas cotidianas.

A resposta a este “favorecimento” foi dada pelos próprios usuários participantes deste estudo ao despertarem expectativas de possuírem, um dia, um serviço que possa ser mais igual e para todos, como veremos nas falas que ora apresentaremos:

[...] o serviço público tem que ser para todos ou é para todos, ou se for só pra uma panelinha já tá descaracterizado né, já começa a ser indústria “[...] se realmente o atendimento fosse igualitário né, que todo mundo tivesse o mesmo direito. (Usuário 25).

[...] é só isso, ser igual, é todo mundo ter o mínimo de respeito pelo simples fato daquela pessoa ser uma pessoa que ta com necessidade e ta com carência né. (Usuário 31).

[...] o atendimento de qualidade ele tem quer ser igualitário, não pode haver aquilo que é mais igual para a Lei perante a Lei do que os outros, se todos são iguais perante a Lei, então vamos aplicar isso. (Usuário 38).

Ao expressar tais expectativas, os usuários colocam em suspensão a materialidade do atendimento igualitário e universal tão falado nos discursos que

comumente ouvimos, sejam na imprensa escrita, falada ou televisionada ou, ainda, nos espaços onde se deve garantir a efetividade e o cumprimento de tais ideários.

Daí questiona-se: o que está sendo feito para a garantia dos princípios da igualdade, universalidade e da equidade, dada a urgência de aproximar tais princípios à prática dos profissionais e gestores do SUS nas esferas municipal, estadual e federal?

O que aqui se coloca é que ainda há uma distância significativa entre o “*SUS idealizado*” por todos os seus construtores e o “*SUS real*” aquele que ocorre de fato no interior das práticas e dos serviços públicos de saúde. O SUS que comemoramos quando alcançamos melhoras nos indicadores de saúde, ou seja, a cada taxa de mortalidade infantil diminuída; o aumento de gestantes cadastradas no SISPRENATAL no primeiro trimestre; o índice de internações hospitalares diminuídos; a cada município que adere, sem resistências, aos programas e serviços propostos pelo Ministério da Saúde, a cada financiamento novo, dentre outras inúmeras vitórias, é o mesmo SUS que necessita de reorganização nos seus serviços assistenciais, de apropriação de profissionais e gestores aos seus ideários e diretrizes, na ressignificação das práticas em saúde e, mais urgente, disponibilizar o acesso para a escuta daqueles que de forma singular podem falar e contribuir para a sua melhoria: o usuário. Portanto, o SUS é uma obra em construção.

Dito isto, cabe lembrar do lema “*Saúde para Todos no Ano 2000*”, expressão evocada na Assembleia Mundial da Saúde, no ano de 1977, que desembocou internacionalmente perspectivas por uma reconstrução da saúde pública e, um ano depois, em 1978, na cidade de Alma-Ata, veio a ser afirmada como compromisso de todos os países das Nações Unidas na oportunidade da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, passando a ser referência internacional como uma meta a ser alcançada por intermédio da atenção primária à saúde, bem como da participação comunitária. (BRASIL, 2000)

B 4) Experiências de insatisfação geram sugestões para o serviço público de saúde

Esta seção discorrerá sobre sugestões aludidas pelos usuários para os serviços de saúde visando à melhoria da assistência prestada para eles nos CSF investigados neste estudo.

Salientamos, portanto, que todas elas conjugam para as subcategorias, exploradas nesta seção, vocalizadas pelos usuários. Como se trata de um estudo que visa a compreender, sob a óptica do usuário, sua(s) satisfação(ões) acerca dos serviços de saúde que lhes é ofertado dentro da rede assistencial (Atenção Básica) do Município de Fortaleza, como também esse objeto se inscreve no campo da avaliação qualitativa de programas e serviços de saúde, é imprescindível descrever sugestões que servirão de, *per se*, para retroalimentar políticas públicas em saúde e, também, (re)significar práticas assistenciais e promotoras de saúde no âmbito da Atenção Básica em Saúde no Município ora estudado.

Destacamos, a seguir, as sugestões que se encontram no campo da gestão, organização e planejamento em saúde, campos estes listados pelos usuários como potencializadores de limites que necessitam ser revistos, retrabalhados e reorientados para que melhor possam atender às expectativas e necessidades trazidas pelos usuários.

Dentre elas temos: aquelas que se relacionam com a falta de recursos humanos (profissionais da saúde) e materiais (estrutura física do CSF, insumos e medicamentos). As sugestões a seguir descritas recaem para o aumento do quadro funcional nos CSF, principalmente das categorias profissionais: médico e cirurgião-dentista.

[...] e eu acho assim, que deveria ter mais dentista, ter todo dia como tem lá todo dia, mas ele só atende aqueles que tão marcado, não atende outra pessoa, então por que não atender todo dia? De manhã e a tarde e se fosse necessário botar mais dentista. (Usuário 02).

Sugestão é aumentar né os agentes de saúde né, porque muitas vezes a gente precisa [...]. (Usuário 06).

[...] então se um posto desse ele não tem uma coordenadora que analise primeiro pra poder botar os componente pra trabalhar ele nunca vai sair bom, você me entende? (Usuário 10).

Que tivesse mais médico né, que às vez não vem na casa porque não tem médico, são poucos médico e tem que ter mais. (Usuário 14).

[...] tem que ter mais dentista que não tem, a gente pra marcar é difícil o dentista, aí tinha que ter. (Usuário 16).

[...] aumentar mais o posto (estrutura física), aumentar mais médico viu e mais enfermeira competente que dá de conta daquele serviço. (Usuário 17).

E também se lá desse insulina era bem, mas não tem não né aí? Porque é tanta da diabete aqui, o pessoal é tudo com diabete, tou com muita diabete. (Usuário 18).

Outro aspecto das sugestões se inscreve no campo das relações interpessoais, acolhimento, humanização e integralidade. Esse ponto sugerido encontra-se ligado a aspectos da relação profissional de saúde X usuário no CSF. Tais pontos mencionados são expressos como melhorias a questões relativas à organização dos serviços de saúde, ou seja, os usuários evocam a necessidade de reuniões da Coordenação com a equipe do CSF para tratar de assuntos que dizem respeito ao fluxo de atendimentos, acolhimento e atendimento humanizado para com o usuário. Os usuários também sugerem capacitações para o nível médio, em especial, para que estes possam realizar um melhor atendimento à população, como também para a coordenação do CSF.

Tem que ter umas melhora né, ter uma reunião, que a comunidade se reunisse também seria melhor, se reunir e ir até o posto né. (Usuário 12).

[...] eu acho que isso a coordenadora tendo uma conversa, uma reunião com os funcionários isso ia mudar muito e ia ajudar a gente, porque o problema é você chega lá e perguntar uma coisa e ele já ta esperando que encerre o expediente pra poder informar de noite né. (Usuário 10).

Que a coordenadora amanheça o dia e assim que chegue pessoal tem médico tal e tal, não tou certa? Tem médico tal e tal e a gente ta fazendo tal e tal exame. (Usuário 10).

[...] poderia dá um atendimento aqueles que chegam pelo menos com dor de dente pra extrair aquele dente, eu passei quinze dias com dor de dente aqui, mas não pude por quê? Porque eu tou na agenda de espera e não podia ser atendida. (Usuário 19).

[...] saber receber as pessoas, não querer humilhar as pessoas sabe. (Usuário 23).

[...] todos que tão ali nós somos todos iguais, não tem ninguém melhor do que ninguém, então o que eu quero é assim, é que melhore cada vez mais tanto o atendimento como nessas consultas como eu lhe falei, pra que elas venham ter um atendimento melhor pra gente. (Usuário 23).

[...] eu fazia uma reunião por mês pra botar a parte do que ta acontecendo, do que pode acontecer ta entendendo, todo dia que eu chegasse pra ocupar o meu cargo eu dizia: pessoal, porque lá tem uma televisão, tem umas cadeiras, pessoal se reúna aí e quem quiser se sentar se senta que eu falar hoje o que vai ter aqui no posto. (Usuário 28).

[...] marcasse um horário que não fosse tão cedo, porque a maioria do povo ali que marca ali mora tudo ali perto, então a prioridade é deles chegarem mais cedo que nós, já marcam pra outras, quer dizer, mora tudo ali perto da favela e num pulo eles tã lá marcando né e nós não, a gente tem que se deslocar e chegar até lá. (Usuário 39).

[...] cuide deles (nível médio), dê um aperfeiçoamento a eles ta entendendo, dê alguém pra instruir como é que se trata um paciente e não tem que botar pra fora, eu tou dizendo pra você né, não tem que botar pra fora e já como eu te falei que tem gente demais. (Usuário 40).

[...] eu tou vendo o que ta precisando ser corrigido ali no posto não é mais fazer cursos pras pessoas que são da área de saúde não “[...] e sim pra coordenação. (Usuário 40).

Outras sugestões se inscrevem como elementos organizacionais e estruturais do CSF. Concernentes aos elementos organizacionais e estruturais no CSF, as sugestões relacionaram-se a melhorias na comunicação e informação dos fluxos de atendimentos no CSF (aspecto já mencionado em seções anteriores), implantação de terceiro turno (serviço disponibilizado em alguns CSF do Município estudado), marcação de consultas e prevenção do câncer do colo uterino, fim da fila de espera, melhorias dos horários dos médicos (pontualidade), relação a mudanças de horários das marcações de consultas e atendimento às emergências:

Uma sugestão assim: que a gente chegasse lá e fosse bem atendido, se a gente procurasse uma informação, informasse a gente certo, o local certo pra gente não ta vai pra lá, vai pra cá, vai pra tal lado, não é aqui e tal, a gente nunca tem o lugar certo, então seria ótimo que eles informasse a gente bem e botassem a gente no lugar certo, isso que eu acho né. (Usuário 05).

[...] se expandisse mais o horário e se tivesse um horário a noite, umas três horas. (Usuário 07).

[...] era bom que melhorasse né, porque tem dia lá que, dia de sexta-feira sem o clínico aí fica difícil, todo mundo quer o clínico naquele dia né e podia ser pelo menos mais dias na semana, pelo menos umas duas vezes né. (Usuário 08).

[...] elas sempre diz assim “não, não tem hoje, você vem amanhã de manhã bem cedinho” e a gente vai de manhã cedinho e nunca tem, aí eu acho que tem que melhorar isso daí. (Usuário 11).

Eu acho que pra ser melhor só se tivesse assim uma emergência né, era tão bom que tivesse, porque às vez a gente não pode ir pra outro canto e

vai aí, aí vai e espera meu Deus e a gente vai com a necessidade de ser atendida naquele dia porque ta com uma dor ou com pouca disposição seja com que for, é com necessidade de ser atendida naquela hora né e aonde é mais perto a gente vai pra ali e nesse ponto a gente não acha o socorro pra socorrer a gente naquela hora né. (Usuário 16).

Se tirassem essa situação da fila de espera, se melhorassem, se botassem mais médico, mais pessoas pra atender em hospitais sei lá fizessem um jeito de facilitar a vida da gente na hora que a gente precisasse de uma consulta. (Usuário 26).

Acho que tinha que melhorar mais era os horários dos médicos né. (Usuário 33).

[...] pouco médico pra muita gente né e nunca chega no horário certo que é pra chegar, eu acho que deveria melhorar essa nisso aí. (Usuário 33).

Não seria possível o sistema de saúde botar um jeito da prevenção não ter limite, cada mulher que chegasse lá pra marcar prevenção marcar sem precisar ter que ou dormir ou ter um amigo lá dentro pra conseguir ou ter que passar o dia todinho sentada esperando e ainda não consegue. (Usuário 40)

É importante ressaltar, nesta seção, que outros pontos também foram vistos pelos usuários. Alguns sugerem mudanças nos horários de marcação das consultas, tendo como motivos a insegurança em ter que se deslocar de suas residências até o CSF muito cedo, em razão da ocorrência de caso de violência urbana (assaltos, homicídios) em algumas áreas do Município de Fortaleza.

Procuraria outro horário que não arriscasse a vida das pessoas pra chegar até lá e procuraria nem que fosse pra outra semana, mas deixasse marcado (refere-se a marcação de consultas no CSF). (Usuário 27).

Conforme visto em estudo que investigou avaliação da qualidade na Atenção Básica em duas UBS no Ceará (BARROSO et al., 2008), os aspectos relativos ao crescimento da oferta dos serviços, melhoria das relações humanas e ampliação da estrutura física foram também apontados como sugestões, dessa forma confluindo para o que este estudo descreve.

Da mesma forma, sugestões de elementos que se inscrevem na qualidade do atendimento humano e ênfase na necessidade da melhoria dos aspectos materiais, estruturais e organizacionais foram identificadas em estudo de Traverso-Yépez e Morais (2004), que objetivava investigar a forma como os usuários davam sentidos à sua situação de paciente no contexto de serviços públicos de Natal.

Sugestões relativas ao crescimento de profissionais médicos e cirurgiões-dentistas, acesso a medicamentos, tempo de espera para atendimentos, dentre outras sugestões, foram descritas, e, dessa forma, corroborando este estudo, na investigação conduzida por Ferri et al. (2007) em uma cidade localizada no noroeste do Estado de São Paulo.

Dos pressupostos e assertivas descritos até aqui, cabe-nos dar atenção às perspectivas dos usuários acerca da qualidade dos serviços, uma vez que é este elemento constituinte e um dos eixos norteadores para a satisfação e/ou insatisfação do usuário. Portanto, a próxima seção explora as concepções sobre qualidade dos serviços vista pelos usuários participantes deste estudo.

C) A qualidade dos serviços na óptica do usuário

Haja vista as várias acepções dadas pelos usuários acerca do termo “qualidade”, para fins de processamento deste material discursivo, assumiremos tal termo na sua *polissemia* e o seu *caráter multidimensional* (UCHIMURA; BOSI, 2004), como esmiuçado a seguir.

C.1) A qualidade dos serviços vista na sua objetividade

Demo (2005, p. 3) nos alerta no sentido de que a qualidade e a quantidade “tem sua razão própria de ser e age na realidade com uma unidade de contrários”. Dessa forma, seria um equívoco instituir entre qualidade e quantidade “uma polarização radical e estanque, como se um fosse a perversão da outra”.

É importante destacar nesta seção e, dessa forma, corroboramos a idéia de Serapioni (2006, p. 209), quando anota que “o conceito de qualidade não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente”. O que aqui descreveremos conflui para uma das diversas leituras inerentes ao termo “*qualidade*”, ou seja, aquela referente a aspectos objetiváveis.

Nessa pressuposição, para os usuários entrevistados, uma das acepções da qualidade nos serviços e na assistência prestada à população se relaciona com a

estrutura física do CSF e com a utilização de instrumentais dentro de padrões de biossegurança, como exposto nas falas que se seguem:

[...] agora melhorou porque a gente já tem uma sala lá pra sentar, tem um televisor pra assistir que não tinha antigamente. (Usuário 01).

Só tenho a dizer em relação ao posto, assim, que dentro do posto a gente fica esperando horas e horas pra ser atendida [...] devia ter assim, pelo menos, um banquinho pra sentar lá fora. (Usuária 02).

Rapaz eu acho que deve ter manutenção nos ventiladores que tão tudo lá é queimado. (Usuário 13).

[...] ainda não percebi nada de errado não, toda vida que eu vou tudo lá tão no seu devido lugar, as coisa lá tudo são esterilizada ou quando eu vou tomar aerosol eu tomo esterilizado, na farmácia também tem a ar condicionado, dentro são bem organizado as coisas de lá dentro. (Usuário 41).

Aqui a qualidade dos serviços é expressa em dois pólos distintos: um que reflete melhora no serviço e, portanto, o usuário se diz satisfeito e outro que ainda produz desconforto e insatisfação deste. Daí, essa informação destoa do que diz Novaes (2000), quando assinala que ao atribuir valor a alguma coisa, essa significa qualidade quando tal valor atribuído conjugar para positividade.

Vista sob a égide da objetividade, a qualidade é tomada, quando conjugada para avaliar programas e serviços de saúde, como “*avaliação da qualidade*”, diferentemente como uma “*avaliação qualitativa*”, como assinalam Bosi e Uchimura (2007).

Referidas autoras tomam tais termos como distintos, porém assumindo-os como complementares. Dessa forma, a *avaliação da qualidade* se refere aos elementos da qualidade que possam admitir mensurações objetiváveis e *avaliação qualitativa* propicia aproximações com base na produção subjetiva, ou seja, contemplando elementos inerentes ao plano da subjetividade (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Aspectos inerentes à estrutura física avaliados pelos usuários, como, por exemplo, recursos existentes no serviço e conforto na unidade, foram enquadrados como qualidade satisfatória em estudo realizado por Jorge et al. (2007).

Nesse sentido, no campo da saúde pública não podemos deixar de assinalar que a qualidade possui distintas concepções, e que estas variam de contexto a contexto, bem como reconhecer os elementos que lhe são inerentes para que dessa

forma possamos conduzir um processo avaliativo; ou seja, quando os usuários apontam aspectos relacionados à estrutura física do CSF, conforto, dentre outros (como visto anteriormente), apostamos que tal motivo se inscreve na necessidade e/ou desejo deste usuário em sentir-se bem no CSF.

Consoante Uchimura e Bosi (2004, p. 86), “a qualidade dos programas e serviços é tratada – quase que exclusivamente – de maneira objetiva, quantitativa” no campo da saúde pública. Esta assertiva, porém, se contrapõe ao que o usuário toma como expectativas em relação a esta materializada nos espaços de assistência nos CSF, como mostraremos na seção que se inicia.

C.2) Concepções acerca da qualidade dos serviços

Nesta seção, exploraremos as concepções dos usuários acerca do rótulo **atendimento de qualidade** dispensado pelos profissionais de saúde no CSF e que ainda comunga com a polissemia e a multidimensionalidade que o termo “*qualidade*” admite em seu escopo, bem como tomado nos seus aspectos que ora geram satisfação, ora insatisfação do usuário.

Cabe-nos ressaltar que a ‘*qualidade em saúde*’ é o resultado de uma conexão entre as diversas referências dadas ao termo, sejam elas: qualidade vista como eficácia técnica ou aquela que se preocupa tão-somente nos aspectos relativos a gastos públicos com saúde e, ainda àquelas que reduzem a avaliação da qualidade a uma mera sondagem de opiniões (SERAPIONI, 2006).

Dessa forma, o tão citado “atendimento de qualidade” conjuga acepções que vão desde aspectos inerentes à humanização e integralidade em saúde (necessidades de escuta, comunicação eficaz, ser atendido bem, por exemplo), até elementos estruturais e organizacionais dos CSF (falta de médicos, insumos, medicamentos, marcação de consultas, dentre outros).

Aos que se referem aos aspectos inerentes à humanização e integralidade em saúde, temos:

Um atendimento de qualidade é você chegar na unidade e eles observar quem é e dizer: *você vai pra que setor?*. (Usuário 10).

Eu acho que ser atendida bem lá quando a gente chega a pessoa, você vai fazer uma pergunta e a pessoa lhe responde bem, porque tem outras que

são ignorante, eu acho que é isso, atender bem, pra mim o atendimento tem que ser bem. (Usuário 11).

O atendimento de qualidade é aquele atendimento que você vai pro médico e o médico lhe dá atenção, lhe consulta, lhe examina direito. (Usuário 12).

Acho que qualidade é a gente chegar e ser atendido (risos) de boas maneiras né [...]. (Usuário 14).

Eu acho que fosse mais bem atendida e de qualidade eles dava bem atenção a gente e resolvia logo o problema da gente e passava os remédios certo que a gente precisava ou encaminhava pra algum canto que a gente tivesse precisando logo. (Usuário 16).

Você me receber bem. (Usuário 17).

[...] então eu queria chegar e olha, eu quero uma consulta pro clínico geral pra ele me dá um encaminhamento pra esse médico aqui e na mesma hora ou ela dizia olha eu vou marcar pra tal dia, era isso que eu queria. (Usuário 26).

Eu não sei nem lhe explicar né, porque é como eu acabo de dizer a você, eu vou pro médico e nenhum me recebe mal, tudo me recebe bem, eles procuram me endireitar, eles são um médico que não tem bondade com a gente, eles pegam no corpo da gente, eles pegam na mão da gente, pegam nos pés da gente. (Usuário 34).

A doutora Fulana que trabalhava lá também era uma médica boa também e ela não tinha negócio de pega luva não, ele entrava nos dedo da gente, pega nos pés, pegava no corpo da gente e olhava a gente todinha pra ver se tinha algum ferimento. (Usuário 34).

[...] o atendimento é esse, é olhar pra pessoa, conversar e até brincar né, até brincar com o paciente né que a gente sai bem de lá, sai bem. (Usuário 40).

Tidos como elementos que se deslocam para a qualidade dos serviços, a organização dos serviços, a informação disponível sobre o funcionamento, ou seja, a dimensão organizacional (JORGE et al., 2007) e propiciar respeito, compreensão, informação precisa e acolhimento (BARROSO et al., 2008) confluem para o que foi vocalizado pelos usuários participantes deste estudo.

Primeiro é encontrar facilidade pra marcar a consulta né, que eu marcando a consulta e eu sendo atendida pelo médico isso aí pra mim é o atendimento de boa qualidade. (Usuário 27).

De boa qualidade seria aí nas consultas, nas marcações das consultas. (Usuário 27).

Assim, porque às vezes eu já ouvi muitas pessoas e eu mesma e essa frase parece um pouco comigo de dizer assim: *às vezes a gente leva um não com educação que passa até a dor.* (Usuário 28).

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

Ao lado disso, estudo realizado por Gaioso (2007) acrescenta ainda como elementos que traduzem qualidade dos serviços: competência e qualidade técnica da equipe de saúde, frequência diária dos profissionais na unidade (hora de chegada na unidade), resolubilidade dos serviços, qualidade e quantidade de equipamentos, o tempo dentro do consultório, dentre outros.

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 pra nós pobre né, que a gente pobre não pode comprar todo medicamento né e não faltando e tendo sempre lá e sempre que a gente for ter pra pegar, se a gente precisar de um exame ter. (Usuário 14).

[...] receber os seus remédio e dizer o que sente e eles dá uma boa resposta a gente, a gente receber o remédio né e eu acho que é a melhor qualidade que tinha né. (Usuário 16).

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

Mais doutor, mais remédio, muitas qualidade de remédio, mais dentista até porque é pouco pra essa muita gente, mais segurança que o posto lá precisa né. (Usuário 30).

É sabido que se preconiza, no lugar de uma assistência voltada para aspectos somente biomédicos, a incorporação de uma assistência integral sendo balizada pelo SUS que visa a garantir saúde a todas as pessoas tomando o conceito de saúde de forma ampliada (REIS et al., 2007). Somada a isso, a qualidade dos serviços é expressa nesse arcabouço como sendo uma forma de garantir a efetividade das questões aqui levantadas na busca ou na evocação da satisfação e/ou insatisfação dos usuários.

Ponto importante percebido pelos usuários é que qualidade dos serviços e da assistência varia entre o serviço público e o serviço privado e, como os usuários são pessoas necessitadas e pobres, e ainda não pagam pelos serviços no ato da

consulta ou não possuem planos de saúde como os usuários do serviço privado, os serviços que lhes são dispensados não têm qualidade:

Na verdade é como dizem, como somos pobres, a gente não tem serviço de qualidade mesmo. Porque pra isso a gente vai ter que pagar. “[...] são várias pessoas necessitadas. Eu acho assim como eles acham que aquele serviço é público... aí eu acho que eles (as pessoas que vão atrás de atendimento) pensam que não tem boa qualidade entendeu? Mas geralmente... eles acham 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, por ser operado pelos governos, torna-se, *grosso modo*, marginalizado e tido como sem qualidade. O serviço privado de saúde, por ser operado por empresas privadas, garante qualidade nos seus serviços. 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 em vez de divulgarem também suas potencialidades, aumentando ainda mais essa realidade.

Nessa perspectiva, cabe lembrar que os direitos sociais foram reconhecidos legalmente com a Constituição de 1988, que desloca para o Estado a responsabilidade de atender os referidos direitos, dentre os quais os direitos à saúde, educação, desporto, turismo, lazer e trabalho. Na mesma linha, no mesmo contexto brasileiro, ocorre a reversão de prioridades do público para privado, tendo início no governo Collor. Anos depois, em 1994 e 1995, teve início a desestruturação das ações que vinham sendo empreendidas no tocante à ampliação da rede básica de saúde (AMADIGI et al., 2007).

Com o neoliberalismo, o bem-estar social torna-se fragilizado, uma vez que é transferida para o âmbito privado a responsabilidade de garanti-lo, em vez de ser assegurada pela esfera pública, como também todo o discurso produzido por ele anda em contramão com o produzido e construído pela Reforma Sanitária Brasileira (AMADIGI et al., 2007; ACIOLE, 2006). Desta forma, nessa reversão, o setor saúde é particularmente afetado na condução e formulações das suas políticas (SOUZA; BODSTEIN, 2002).

Corroboramos a ideia de Aciole (2006, p. 20), ao destacar a importância da antinomia “público e privado”, quando descreve que esta

“[...] é central para a compreensão da política, constituída no processo histórico das sociedades ocidentais, e é basilar para a compreensão das relações sistêmicas entre os agentes econômicos, públicos ou privados, na produção e oferta de bens e serviços”.

Daí, tais discursos expressos pelos usuários traz à colação a importância de problematizar tal antinomia nos espaços assistenciais na perspectiva de apontar os limites e potencialidades existentes nesta relação e suas influências no campo das práticas em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ANVERSO E REVERSO

"Procure ser um homem de valor em vez de procurar ser um homem de sucesso".

Albert Einstein

Ao escrevermos estas considerações finais, damos-nos conta de que a tessitura deste trabalho coloca em pauta questões de suma relevância para o fortalecimento da Atenção Básica no Município de Fortaleza/Ceará, bem como alguns elementos poderão ser utilizados e trabalhados em outros espaços institucionais de saúde, não somente àqueles localizados no interior do referido Município.

Cabe-nos lembrar que a saúde é um “bem de valor” de cada um de nós. Preservá-la por meio do cuidado e assistência é papel de todos: usuários, profissionais da saúde e gestores públicos.

Assim sendo, este estudo possibilitou conhecer alguns elementos importantes intrinsecamente relacionados à satisfação e/ou à insatisfação do usuário ante a assistência prestada no âmbito da Atenção Básica, especificamente em algumas áreas do Município de Fortaleza, a partir das suas experiências e vivências nos CSF inseridos nos territórios das SERs.

Como parte inerente e imprescindível para avaliação de programas e serviços de saúde, tendo como eixo estruturante a qualidade dos serviços, a satisfação do usuário permite retroalimentar os processos de organização dos serviços, planejamento em saúde, processos decisórios no nível da gestão municipal e capilarizadas para as coordenações *in loco*²¹, como também ressignificar as proposições de políticas públicas de saúde para os diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário.

²¹ Aqui utilizamos a expressão *in loco* para referir-nos às coordenações dos Centros de Saúde da Família que estão nos territórios das SERs.

Fica evidente que os usuários, participantes deste estudo, se acham satisfeitos em alguns momentos com a assistência que lhe é dispensada, muito embora tenham vivenciado experiências que se contrapõem a esta satisfação.

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 compõem os 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. Ressaltamos a necessidade de os usuários receberem uma escuta atenta e terem um espaço para o diálogo entre este e o profissional da saúde no momento da realização das consultas ou em outras situações que vão ao encontro da busca de informações.

Dessa forma, faz-se necessária nestes planos a problematização acerca de, por exemplo, o porquê de ir ao CSF tão cedo para se conseguir uma ficha para consulta, por que as pessoas pagam muitas vezes para terceiros consegui-las, por que a informação não é bem explicada e dita ao usuário, dentre outras inúmeras questões que podemos extrair das falas exploradas neste estudo.

Tais problematizações e supostas respostas não tivemos como explorar neste trabalho, mas é importante que sejam levantadas e elucidadas por outros estudos e avaliações, para que todos os sujeitos implicados no fazer saúde no CSF possam se envolver, questioná-las e propor encaminhamentos.

É reconhecido pelos usuários o fato de que os serviços ofertados em Fortaleza têm melhorado após a inserção de novas equipes da ESF, porém, relatam ainda algumas atitudes inadequadas de alguns profissionais de saúde no tocante à humanização na assistência, ou seja, no encontro *usuário e profissional da saúde*.

Em virtude da insatisfação dos usuários com o atendimento recebido, especialmente pelos profissionais de nível médio (recepcionistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, técnico de laboratório), quando se trata de acolhimento, escuta, diálogo e acesso à informação, sugerimos, com base na Política de Educação Permanente, oficinas com os referidos profissionais para que possam ser problematizado, no mínimo, os seguintes temas:

- 1) A ESF: modelo que orienta as práticas na Atenção Básica em Saúde;

- 2) Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS: sua interface com a proposta Fortaleza HumanizaSUS;
- 3) A Clínica Ampliada: o fazer do profissional que atua no SUS;
- 4) Organização, planejamento e avaliação em saúde: saberes e perspectivas para as práticas em saúde; e
- 5) A integralidade em saúde: os seus limites e potencialidades.

Em face da busca de informações, vimos fragilidades no tocante à comunicação interpessoal no CSF, sendo esta relacionada a orientações que confluem para a assistência, ou seja, por orientações do fluxo de atendimentos no CSF: marcação de consultas, atendimentos aos programas da ESF, fila de espera, realização de exames, marcação e consultas odontológicas, dentre outros.

Os usuários demonstraram demasiada insatisfação no que tange ao acesso a outros níveis de assistência, na busca por consultas e exames especializados impossibilitados de serem realizados no nível da Atenção Básica, sendo tal problema expresso em razão do ingresso destes usuários na tão referida *'fila de espera'*.

É importante assinalar o desconhecimento do que seja PSF e, ao mesmo tempo, a importância destacada pelos usuários ao ACS e à visita domiciliar. Este estudo pôde desvelar o não-conhecimento acerca do PSF, não obstante, os usuários destaquem as potencialidades de algumas atividades que lhes são próprias (visita domiciliar) e o forte significado dado ao ACS (um dos profissionais que integram o PSF).

As fragilidades e potencialidades evocadas nas falas dos usuários participantes deste estudo servirão de subsídios para o fortalecimento da Atenção Básica, para o planejamento da gestão municipal, (re) organização dos serviços e programas de saúde e criação de políticas públicas em saúde mais focalizadas nas necessidades e expectativas dos usuários.

Ainda como ensaio, ousamos demonstrar, na *figura 4* (apêndice D), um esquema-síntese de determinação da satisfação do usuário para objetos de pesquisa em saúde. Esse esquema-síntese mostra que, para que haja de fato *'satisfação do usuário'*, necessariamente esses pontos devem ser considerados.

Consequentemente, qualquer ação humana que se contraponha a um deles produz *'insatisfação nos usuários'*.

A ideia de propor tais formulações nasce da urgência de conceituar a satisfação do usuário nos estudos de avaliação de programas e serviços de saúde, problematizá-lo e situá-lo no campo científico. Tal síntese é a primeira aproximação desta conceituação, não tanto para a audiência acadêmica mas, sobretudo, para facilitar a apropriação pelo público interessado.

Em suma, este trabalho dissertativo revela e confirma que o caminho para se localizar diante do mundo real é representado nas relações estabelecidas entre as pessoas e estas com o meio em que convivem, numa ação dialética.

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, o quanto é profícuo para os projetos que visam a avaliar programas, políticas e serviços públicos, não somente na área da saúde, mas também nos diversos campos interdisciplinares, sob a óptica do usuário, tendo em vista o seu potencial e capacidade de vocalizar os limites e potencialidades que, sobremaneira, transversalizam tais programas, políticas e serviços públicos.

6 REESCRITA DO PASSADO E INDICAÇÃO DOS LIMITES

“O homem e o mundo: o homem vive no mundo e o mundo vive no homem; o homem transforma o mundo e o mundo recria o homem; o homem é o mundo e o mundo são os homens”.

Autor Desconhecido

Passaram-se dois anos de mais uma experiência exitosa de formação. Formação acadêmica, humana e profissional. Hoje podemos olhar o passado e ver o quanto foi importante cada segundo vivido no Curso de Mestrado em Saúde Pública do Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva no Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará.

Aproveitamos todas as oportunidades que nos foram dispensadas: ingresso em projetos de pesquisas locais, multicêntricas e internacionais; experiências como pesquisador de campo: realização de entrevistas em profundidade, facilitação e moderação de grupos focais, observações participantes; idas a congressos nacionais e internacionais; apresentação de trabalhos; estágio no curso de graduação em Medicina; dentre outras inúmeras atividades que contribuíram significativamente para a (re)construção da pessoa que na atualidade somos.

Mais do que uma exigência acadêmica, cremos que todos os elementos aprendidos nesses dois anos serão aproveitados por nós no percurso rumo aos ideais e horizontes que ainda tencionamos alcançar. Se pudéssemos dispor de mais tempo, expandiríamos tais elementos e, em certa medida, concretizaríamos tudo aquilo que planejamos para os dois anos e que não foi possível realizar no tempo que se passou.

Dito isso, devemos assumir alguns limites deixados por este estudo. Alguns deles poderão compor objetos futuros de investigação e outros ainda se materializarão em artigos a serem publicados.

Em suma, como dito anteriormente, esses limites são expressos como possibilidades de novos investimentos acadêmicos e científicos que, como fecho, indicaremos:

1. aprofundar as questões do *'porquê'*, na maioria dos discursos, a ênfase assistencial foi apontada para a prática do profissional médico: visão hospitalocêntrica do usuário? Omissão de cuidado dos demais profissionais de nível superior? Adequação ao modelo assistencial?
2. processos de trabalho nos Centros de Saúde da Família: aprofundar questões com o nível médio e como é para eles trabalhar em uma unidade que contenha a ESF junto com especialidades.
3. análise comparativa entre Secretarias Executivas Regionais.
4. análise comparativa entre usuários participantes de algum programa do PSF e usuários não-participantes de nenhum programa.
5. dadas a extensão e a profundidade do material empírico discursivo, alguns elementos emergidos não foram contemplados no capítulo de processamento desta dissertação: prioridades no SUS, barreiras no atendimento, informatização na saúde, dentre outros. Tais elementos figuram como questões em aberto, a serem aprofundadas, em um futuro, mais ou menos próximo, por pesquisadores e agentes que, como nós, se interessam em ver materializado um outro modelo assistencial, universal, integral, humanizado e comprometido com a equidade.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. An approach of the 'public x private' antinomy: revealing relationships for public health. **Interface - Comunicação, Saúde & Educação**, v.10, n.19, p.7-24, 2006.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde & Educação**, v.8, n.15, p.259-274, 2004.

AMADIGI, F. R.; ALBUQUERQUE, G. L. de.; GONÇALVES, E. R.; ERDMANN, A. L. A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 6, n. 4, p. 508-513, 2007.

AMATUZZI, M. M. O que é ouvir. **Est. Psicol.**, v. 7, n. 1, p. 86-97, 1990.

ARRUDA, C. A. M. **O trabalho do agente comunitário de saúde**: percepção dos usuários de uma equipe do programa saúde da família de Boa Viagem-Ceará. 2007. Monografia (Curso de Especialização em Pesquisa Científica) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

AZAMBUJA, E. P.; FERNANDES, G. F. M.; KERBER, N. P. C.; SILVEIRA, R. S.; SILVA, A. L.; CARTANA, M. H. F. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2007.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2007.

BACHILI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n. 1, p. 51-60, 2008.

BARROSO, L. M.; VÍCTOR, J. F.; MOURA, E. R. F.; GALVÃO, M. T. G. Avaliação da qualidade na atenção básica. **Enfermeria Global**, n. 12, p. 1-9, 2008. Disponível em: <<http://www.im.es/eglobal>>. Acesso em: 26 mar. 2009.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 83-94, 1994.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 355-361, 1998.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

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

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos**. Disponível em: <http://aval_ppa2000.planejamento.gov.br/content/aspectos_gerais/pesquisa_nacional.htm>. Acesso em: 28 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.phd>>. Acesso em: 27 jan. 2007.

_____. **SUS – Patrimônio Social Cultural Imaterial da Humanidade**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/websus/index.html>>. Acesso em: 21 abr. 2009.

_____. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2000a.

_____. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

_____. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004a.

_____. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Brasília, DF, 2004c.

_____. Informes técnicos institucionais: Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000b.

CAETANO, R.; DAIN, S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**, v. 12, n. 1, p. 11-21. 2002.

CAMARGO JR., K. R.; CAMPOS, E. M. S.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; MASCARENHAS, M. T. M.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B.; RIBEIRO, L. C.; ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. S58-S68, 2008.

CARBONE, M. H. Saúde da Família. In: COSTA, E. M. A. da; CARBONE, M. H. (Org.). **Saúde da família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CARVALHO, A. et al. **Aprendendo metodologia científica**. São Paulo: O Nome da Rosa, 2000.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CONIL, E. M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

COPQUE, H. L. F.; TRAD, L. A. B. Programa saúde da família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 14, n. 4, p. 223-233, 2005.

COSTA, E. M. A. Saúde da Família. In: COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. (Org.). **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COTTA, R. M. M.; MARQUES, E. S.; MAIA, T. M.; AZEREDO, C. M.; SCHOTT, M.; FRANCESCHINI, S. C.; PRIORE, S. E. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Sci. Med.**, v. 15, n. 4, p. 227-234, 2005.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

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

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 337-362.

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

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, supl., p. 303-312, 2005.

FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Qualidade na atenção à saúde: uma experiência de avaliação – à procura da satisfação do usuário. **Rev. IMIP**, v. 13, n. 2, p. 128-137, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

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

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTALEZA. Secretaria da Saúde. **Relatório de Gestão 2006**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2007.

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. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Módulo 1 – o SUS e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro, 2004.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

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

GAIOSO, V. P.; MISHINA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 617-625, 2007.

GELUDA, K.; BOSI, M. L. M.; TRAJMAN, A. “Quando um não quer, dois não brigam”: relações de gênero e uso de contraceptivo masculino em adolescentes no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 1671-1680, 2006.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, Supl. 2, p. 331-336, 2004.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx**. Barcelona: Ediciones Península, 1986.

JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; VIEIRA, L. B.; PAIVA, F. D. S. de; SILVA, D. R. e; PINTO, A. G. A. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação do usuário. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 256-266, 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P.; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cad. FUNDAP**, v. 19, p. 60-78, 1996.

KANDEL, L. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In: THOLLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário**. São Paulo: Ed. Polis, 1987.

LEITE, A. J. M.; SÁ, H. L. C.; BESSA, O. A. C. Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In: LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; FILHO, J. M. (Org.). **Habilidades de comunicação com paciente e famílias**. São Paulo: SARVIER, 2007.

LEITE, J. F. M.; JORDÃO, A. J. N. **Dicionário latino vernáculo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. LUX, 1956.

LEOPARDI, M. T. Necessidades de saúde e cidadania. **Texto Contexto Enferm.**, v. 1, n. 1, p. 54-79, 1992.

MACHADO, J. P. **Dicionário etiológico da língua portuguesa**. 2. ed. Lisboa: Ed. Confluência, 1967.

MANDÚ, E. N. T.; GAÍVA, M. A. M.; SILVA, M. da A.; SILVA, A. M. N. da. Visita domiciliária sob o olhar de usuário do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008.

MARTÍNEZ, G. L. La sistematización y el análisis de los datos cualitativos. In: ARAUZ, R. M.; SANDOVAL, S. A. (Coord.). **Tras las vetas de la investigación**

qualitativa: perspectivas y acercamientos desde la práctica. Guadalajara, México: ITESO, 1998.

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

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELOS, M. M.; VIANA, A. L. D. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. S4-S5, 2008.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. El proceso de análisis de los datos em uma investigación sociocultural em salud. In: MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; LÓPEZ, T. M. T. (Comp.). **Análisis cualitativo em salud:** teoría, método y práctica. : Guadalajara, México: Plaza y Valdes, 2000.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Avaliação não-tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde:** enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MEHRY, E. E. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário**. São Paulo: Ed. Polis, 1987.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MOLEN, H. T. V. D.; LANG, G. Habilidades da escuta na consulta médica. In: LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; FILHO, J. M. (Org.). **Habilidades de comunicação com paciente e famílias**. São Paulo: SARVIER, 2007.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2001.

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

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 8, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. J. Programa de saúde da família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p. 369-389, 2008.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.

OLIVEIRA, F. J. A. Por uma perspectiva dos usuários: avaliação de uma unidade de saúde comunitária. In: BORDIN, R.; FACHIN, R. C.; KLERING, L. R.; GOLDIM, J. R. (org.). **Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Regional sobre as novas orientações para a Atenção Primária em Saúde-APS**. Washington, 2005.

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

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. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESCUERJ, ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC\UERJ, ABRASCO, 2006.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.11, n. 23, p. 655-666, 2007.

REY, F. G. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A. C.; ROCHA, N. S. P. D.; SOUZA, E. C. F.; ROCHA, M. L.; PINHEIRO, T. X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Supl. 1, p. S69-S78, 2008.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; ROCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

ROESE, A.; LOPES, M. J. M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 98-111, 2004.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre visitas domiciliares. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.

SAMPAIO, J. J. C. **Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHLEIERMACHER, F. D. E. **Hermenêutica: arte e técnica da interpretação**. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2003.

SCHWANDT, T. A. **Dictionary of qualitative inquiry**. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

SILVA, A. A. M.; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R.; SILVA, R. A. Fatores associados à realização de consultas médicas de crianças menores de 5 anos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 2, n. 1/2, p. 60 – 72, 1999.

SILVA, M. G. C. Economia da saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. de A. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 2003.

SOMMERS, P. A. Participacion activa de los consumidores en el sistema de prestacion de servicios de salud: una evaluacion de La satisfaccion de los pacientes. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v. 94, n. 1, p. 54-75, 1983.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, R. G.; BODSTEIN, R. C. A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 481-492, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde**. Brasília: Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Estrutura da consulta. In: LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; FILHO, J. M. C. (Org.). **Habilidades de comunicação com paciente e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

TAHARA, A. T. S.; LUCENA, R. A. P. V.; OLIVEIRA, A. P. P.; SANTOS, G. R. Satisfação do paciente: refinamento de instrumentos de avaliação de serviços de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 50, n. 4, p. 497-506, 1997.

TOVAR, M. T. Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e da informação. In: BRASIL.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, DF, 2007.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M. S.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de saúde da família (PSF) na Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M., MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

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

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do centro de saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis**, v. 15, Supl., p. 225-264, 2005.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 3, p. 17-25, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneva, 1978.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

APÊNDICE A: Síntese da Revisão da Literatura Científica Nacional e Internacional

DESCRITORES	BASES			
	LILACS	MEDLINE	PUBMED	SCIELO
Satisfação do usuário (user satisfaction ²²)	182	5.530	1.648	07
Satisfação do usuário and pesquisa qualitativa (user satisfaction and qualitative research ¹)	06	51	107	00
Avaliação da qualidade dos cuidados em saúde (Evaluation of the quality of the care of health ¹)	421	23.228	28.145	03
Avaliação da qualidade dos cuidados em saúde and pesquisa qualitativa (Evaluation of the quality of the care of health and qualitative research ¹)	02	91	849	00
Avaliação da qualidade dos cuidados em saúde and satisfação do usuário (Evaluation of the quality of the care of health and user satisfaction ¹)	15	247	141	00
Avaliação da qualidade dos cuidados em saúde and satisfação do usuário and pesquisa qualitativa (Evaluation of the quality of the care of health and user satisfaction and qualitative research ¹)	00	04	20	00

Obs.: Pesquisas realizadas nos sítios: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> (SciELO), <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> (LILACS e MEDLINE), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (PUBMED) no dia 24 de fevereiro de 2009.

²² Termos utilizados na base de dados PUBMED.

APÊNDICE B: Instrumento qualitativo para obtenção do material discursivo

1. Caracterização dos (as) Informantes:

Nome: _____ Data: ____/____/____

Local de Residência: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Renda Mensal: _____ Nº. de filhos: _____ Nº. de netos: _____

Nº. de pessoas no domicílio: _____ Religião: _____

Tempo de moradia no bairro: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Tempo de utilização dos serviços de saúde: _____

Data da última vez que procurou o CSF: _____

Qual (is) o (s) problema (s) que lhe levam a procurar o CSF?

O (a) senhor (a) faz algum tratamento no CSF?

2. Pergunta norteadora:

“Gostaria que o (a) senhor (a) me falasse como vem sendo atendido na Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde/PSF)?”

- O que faz o (a) senhor (a) procurar o serviço de saúde?
- O que faz o (a) senhor (a) se sentir bem atendido (a) na Unidade de Saúde quando necessita de atendimento?
- E o que faz o (a) senhor (a) se sentir chateado, mal-humorado, quando não é bem atendido na Unidade?
- Que sugestões o (a) senhor (a) daria para os gestores e profissionais dos serviços de saúde para que pudessem atender melhor os usuários?

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: **Qualidade dos serviços e satisfação dos usuários (as): explorando experiências junto a usuários (as) no município de Fortaleza/Ceará.**

Com o mesmo pretendemos: Compreender a satisfação dos usuários (as) da rede pública do município de Fortaleza/CE acerca da qualidade da assistência à saúde relativa às dimensões integralidade e humanização na produção do cuidado.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, permitindo que nos forneça informações acerca de como o (a) senhor (a) vem sendo atendido na Unidade de Saúde, através de entrevista gravada, lembrando que essas informações serão mantidas no anonimato, ou seja, não utilizaremos nenhum dado que possa levar a sua identificação.

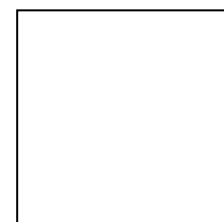
Informamos que a pesquisa não traz risco a sua saúde e que o (a) senhor (a) pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Se necessário, pode entrar em contato com o (a) coordenador (a) da pesquisa Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi ou Carlos André Moura Arruda, na Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, no endereço: rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE, fone: 85 3366 8045.

Tendo sido informado (a) sobre a pesquisa **Qualidade dos serviços e satisfação dos usuários (as): explorando experiências junto a usuários (as) no município de Fortaleza/Ceará,** concordo em participar da mesma.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____



Impressão Digital

APÊNDICE D: Esquema-síntese de determinação da satisfação do usuário



Figura 4 – Esquema-síntese de determinação da satisfação do usuário

Necessidades atendidas – ao procurar atendimento no serviço público de saúde, o objetivo do usuário é que a necessidade que ele traz seja respondida pelo serviço. ‘Ser respondida pelo serviço’ se coloca em dois planos distintos: o primeiro relaciona-se ao *plano assistencial* – que significa dispensar a atenção necessária para a dor e/sofrimento que acomete o usuário – e o outro no ‘*plano da organização dos serviços*’ – que se refere à busca de informações e orientações acerca do fluxo de atendimento no serviço público.

Atitudes relacionais e técnicas dos profissionais/trabalhadores de saúde – ao procurar atendimento no serviço público de saúde, o usuário busca que o referido atendimento seja dispensado de forma cordial, acolhedora e respeitosa. Que o profissional/trabalhador da saúde tenha, de acordo com sua prática profissional, sensibilidade de recebê-lo bem e disponibilize atenção, diálogo e escuta. Ainda, que possa manter uma relação horizontal e uma interação

interpessoal que privilegie a alteridade no encontro intersubjetivo. Optou-se por considerar '*profissionais/trabalhadores de saúde*' ao invés de 'profissionais de saúde' ou 'trabalhadores da saúde', para que fosse possível inserir não somente os profissionais que possuem formação superior, nível técnico e médio na área de saúde (enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliar e técnico em laboratório, atendente de consultório dentário, técnico em higiene dental, agentes comunitários de saúde, dentre outros), mas também os demais trabalhadores que prestam serviços nas instituições públicas de saúde (auxiliares de serviços gerais, recepcionistas, motoristas, seguranças, agentes administrativos, dentre outros).

Decisão política – a decisão pela implantação ou implementação de um programa, formulação de uma política pública de saúde, em investir em infraestrutura, insumos, recursos humanos para o SUS, depende da decisão do gestor do SUS para que de fato tais medidas e ações sejam efetivadas. Para tanto, tais medidas e ações influenciam e são determinantes para a satisfação do usuário que se utiliza do serviço público de saúde.

Assistência prestada pelo Centro de Saúde da Família – a capacidade de resolutividade, a capacidade técnica existente (tecnológica e humana), fluxos de atendimento, organização dos serviços de saúde, planejamento em saúde, disponibilizar materiais e insumos, estrutura física do Centro de Saúde da Família, são alguns elementos que determinam a satisfação do usuário com os serviços que lhes são dispensados.

ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

*Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade
Evangélica Beneficente de Curitiba*

*Rua: Padre Anchieta, 2770
80730-000 Curitiba - PR
Fone: 41 2405612
Fax: 41 2405517*

Curitiba, 17 de dezembro de 2004.

Ilma Sra.
Katia Yumi Uchimura

Prezada colega,

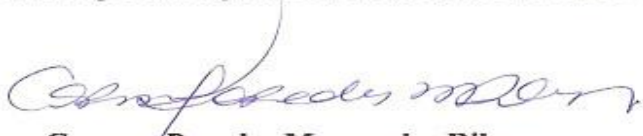
Através do presente, comunicamos a V. Sa que em reunião ordinária de 16 de dezembro de 2004, foi aprovado o projeto de pesquisa intitulado **INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE COMPARATIVA INTER-REGIONAL**”, protocolado neste comitê com o número 2771/2004.

Prevê a legislação que toda a documentação dos projetos poderá, a qualquer momento, ser solicitada para inspeção por parte dos órgãos federais; desta forma, manterá o Comitê arquivo detalhado de cada projeto, arquivando em pasta individual o projeto inicial e relatórios de acompanhamento, bem como cópias dos termos de consentimento livre e esclarecido dos entrevistados eventualmente envolvidos.

Para o projeto de V. Sa., solicitamos que dê ciência aos seus colaboradores da obrigação de, a cada seis meses a partir da data de hoje, encaminhar a este comitê relatório detalhado do andamento do projeto.

Relatório previsto para: **16.06.2005**

Sendo o que havia para o momento, subscrevemo-nos.


Dra. Carmen Paredes Marcondes Ribas
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba