

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RAQUEL BORBA ROSA

“A DOENÇA NÃO MARCA HORA, NÃO MARCA DIA”

Acolhimento e Resolutividade em uma Equipe de Saúde da Família

Porto Alegre

2006

RAQUEL BORBA ROSA

“A DOENÇA NÃO MARCA HORA, NÃO MARCA DIA”

Acolhimento e Resolutividade em uma Equipe de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

**Porto Alegre
2006**

R788d Rosa, Raquel Borba

“A doença não marca hora, não marca dia” : acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família / Raquel Borba Rosa; orient. Maria Alice Dias da Silva Lima. – Porto Alegre, 2006. 121 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2006.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Saúde pública. 2. Acolhimento. 3. Saúde da família. 4. Qualidade da assistência à saúde. 5. Satisfação do paciente. I. Lima, Maria Alice da Silva. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. Título. IV. *“La enfermedad no marca hora ni día”: acogida y resolubilidad en un equipo de salud de familia [resumen].* V. *“Disease does not set a time neither a date”: welcome and resolubility in a family health team [abstract].*

LHSN – 700

NLM – WA 900

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

Raquel Borba Rosa

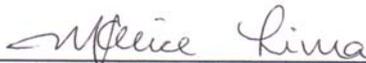
"A DOENÇA NÃO MARCA HORA, NÃO MARCA DIA"

Acolhimento e Resolutividade em uma Equipe de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em Porto Alegre, em 30 de agosto de 2006

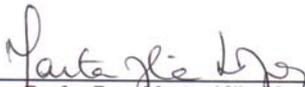
BANCA EXAMINADORA



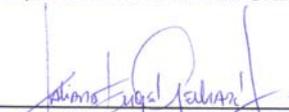
Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Presidente da Banca Examinadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Profa. Dra. Silvana Martins Mishima
Universidade de São Paulo – USP



Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

De acordo da Mestranda: Raquel Borba Rosa

*Dedico este trabalho a meu pai
Jórcem, que mesmo ausente se
faz presente em todos os dias da
minha vida, por meio do exemplo
que me deixou.*

AGRADECIMENTOS

A minha querida e amada Mãe, Nilda, por ser a grande incentivadora nos meus estudos e por ter proporcionado condições para que eu pudesse completar mais essa etapa. Obrigada também pelas orações!

Aos meus irmãos, Débi e Fáfa, pelos exemplos que representam e pelo apoio incondicional. Débi, obrigada pelo acolhimento! Fáfa, obrigada pelos sucessivos empréstimos do computador, para que eu usasse o SPSS.

Ao Guinho, meu “sobrinho preferido”, por dividir seu quarto e computador comigo, em todos os momentos que precisei.

Aos meus padrinhos, Ricardo e Zuleica, por estarem sempre presentes e pela ajuda no Excel!

Aos meus cunhados Rodrigo e Michele, por se juntarem a nossa família e à torcida pelo meu sucesso.

Aos meus demais familiares que torceram por mim, em especial a Tia Tê, também pelas orações!

À Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, não somente pela paciência, competência e dedicação na orientação deste trabalho, mas também por me apresentar ao mundo científico e me oportunizar a participação em pesquisas anteriores. Esses anos de convivência foram essenciais ao meu aprendizado, muito obrigada mesmo!

Aos sujeitos deste estudo, por abrirem as portas de suas casas, me acolhendo e consentindo participar com suas valiosas informações.

À Equipe de Saúde da Família da UBS cenário desta pesquisa, em especial às Agentes Comunitárias de Saúde, por encararem meu trabalho com grande seriedade e pelo auxílio “geográfico”, indispensável para a coleta dos dados.

À Gerência Distrital Leste/Nordeste de Porto Alegre, por acolher minha proposta de estudo e permitir minha entrada em campo.

Às professoras integrantes da banca do Exame de Qualificação, Dra. Marta Júlia Marques Lopes, Dra. Tatiana Engel Gerhardt e Dra. Silvana Martins Mishima, pela riqueza das contribuições ao projeto de dissertação.

Ao Núcleo de Assessoria Estatística do Instituto de Matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial à Professora Suzi Camey,

pela disponibilidade e pelo grande auxílio estatístico que prestou em minha estréia na pesquisa quantitativa, desde a construção do projeto desta pesquisa.

À Dona Helena, pela atenção dispensada na revisão da redação deste trabalho.

Às professoras do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelos ensinamentos e discussões em sala de aula.

À enfermeira e doutoranda Andréia Gustavo, pela grande ajuda na construção do anteprojeto de dissertação.

Ao Felipe, pelo auxílio na organização dos dados quantitativos, pelo apoio na etapa final, pelo consolo nos momentos de angústia e por compreender minhas faltas.

Às minhas queridas amigas e colegas Tais, Rosana, Aline, Adriana, Isabel, Daiane, Martiela, Livia, Ana Amélia, Darielli, Guísela, pelo aprendizado mútuo, pelo companheirismo e pelos momentos de descontração. Desejo muito sucesso a todas!

À Coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA de Torres, pelo incentivo ao término do curso de Mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo período de bolsa de Mestrado.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Escola de Enfermagem, pelo ensino gratuito e por me proporcionarem a participação na Iniciação Científica, contribuindo para a concretização de um projeto de vida.

Muito obrigada!

RESUMO

Com este estudo, tem-se, por objetivo, conhecer e analisar o acolhimento e a resolutividade da assistência de uma equipe de Saúde da Família de Porto Alegre, a partir das trajetórias terapêuticas e da visão de seus usuários. A Saúde da Família foi criada pelo Ministério da Saúde do Brasil, objetivando reorientar o modelo assistencial centrado no médico e na doença. Considera-se acolhimento e resolutividade como diretrizes que podem viabilizar essa reorientação. O desenho da investigação mesclou técnicas qualitativas e quantitativas. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos usuários. Os dados quantitativos foram obtidos por meio de um formulário com perguntas fechadas, aplicado a uma amostra de 93 sujeitos. Os qualitativos foram obtidos mediante entrevista semi-estruturada com 22 sujeitos, sendo esses uma sub-amostra dos 93. A análise quantitativa foi feita com estatística descritiva e a qualitativa, mediante análise temática. Os resultados foram apresentados e discutidos simultaneamente, havendo uma articulação dos dados quantitativos com os qualitativos. Foi feita uma caracterização socioeconômica, demográfica e sanitária do grupo pesquisado. A soma de percentuais dos usuários que consideraram que o serviço sempre resolvia ou resolvia na maioria das vezes seus problemas atingiu 61,3%, ao passo que 6,5% disseram que o serviço nunca apresentava resolutividade. Entretanto, as trajetórias terapêuticas relatadas demonstraram dificuldades na obtenção de resolutividade, especialmente no primeiro nível de atenção. Além disso, o serviço não tem produzido melhorias na saúde dos usuários. Muitos relacionaram a resolutividade com a obtenção de acesso a especialistas. O índice de satisfação geral com o serviço foi de 86% e 43% desses se disseram muito satisfeitos. Há relação entre encontrar resolutividade sempre ou na maioria das vezes e estar muito satisfeito. Evidenciou-se um descompasso entre as trajetórias terapêuticas e a visão dos usuários sobre o serviço. Sugere-se que as equipes de saúde criem espaços coletivos de discussão, em seus micro-espços de trabalho, oportunizando momentos de reflexão acerca do modo de acolher e de buscar respostas aos usuários dos Serviços Públicos de Saúde.

Descritores: acolhimento, saúde da família, qualidade da assistência à saúde, satisfação do paciente.

RESUMEN

El objetivo del estudio es conocer y analizar la acogida y la resolubilidad en la atención de un equipo de Salud de la Familia de Porto Alegre, a partir de las trayectorias terapéuticas y de la visión de sus usuarios. La Salud de la Familia fue creada por el Ministerio de la Salud de Brasil con el fin de reorientar el modelo asistencial centrado en el médico y en la enfermedad. Se considera acogida y resolubilidad directrices que puedan viabilizar esa reorientación. El diseño de la investigación mezcló técnicas de calidad y cantidad. La colecta de datos fue realizada en los domicilios de los usuarios. Los datos cuantitativos fueron obtenidos por medio de un formulario con preguntas cerradas, aplicado a una muestra de 93 sujetos. Los cualitativos se obtuvieron mediante entrevista semi-estructurada con 22 sujetos, siendo ellos un sub-muestreo de los 93. El análisis cuantitativo fue hecho por medio de la estadística descriptiva y de la cualitativa, mediante el análisis temático. Los resultados son presentados y discutidos simultáneamente, habiendo una articulación de los datos cuantitativos con los cualitativos. Fue hecha una caracterización socioeconómica, demográfica y sanitaria del grupo investigado. La suma de los porcentuales de los usuarios que consideran que el servicio siempre resuelve o resuelve, en la mayoría de las veces, a sus problemas llega a los 61,3%, mientras 6,5% dijeron que el servicio nunca presenta resolubilidad. No obstante, las trayectorias terapéuticas relacionadas demostraron dificultades en la obtención de resolubilidad, especialmente en el primer nivel de atención. Aún, el servicio no ha producido mejoras en la salud de los usuarios. Muchos de ellos relacionan la resolubilidad con la obtención de acceso a especialistas. El índice de satisfacción general con el servicio fue de 86% y 43% de estos sujetos se dicen muy satisfechos. Hay relación entre encontrar resolubilidad siempre o en la mayoría de las veces y estar muy satisfecho. Fue evidenciada una diferencia de paso entre las trayectorias terapéuticas y la visión de los usuarios sobre el servicio. Se sugiere que los equipos de salud creen espacios colectivos de discusión, en sus microespacios de trabajo, dando oportunidad a momentos de reflexión acerca del modo de acoger y de buscar respuestas a los usuarios de los Servicios Públicos de Salud.

Descriptor: Acogimiento, Salud de la Familia, Calidad de la Atención de Salud, Satisfacción del Paciente.

Título: *“La enfermedad no marca hora ni día”: acogida y resolubilidad en un equipo de salud de familia*

ABSTRACT

The study aims at learning and analyzing the welcome and the resolubility upon the care performed by a Family Health team in Porto Alegre, from the therapeutic trajectories and the vision of its users. The Family Health service has been designed by the Ministry of Health of Brazil with the purpose of re-orienting the assisting model centered in the physician and in the disease. Welcome and resolubility are considered guidelines that can render this re-orientation viable. The research plan mixed qualitative and quantitative techniques. The data collection happened at the users' domicile. The quantitative data have been collected by means of a form with closed questions applied to a sampling of 93 subjects. The qualitative data have been obtained through a semi-structured interview with 22 subjects, a sub-sampling out of the 93. The quantitative analysis has been made by means of a descriptive statistics while the qualitative one by means of a thematic analysis. The results are presented and discussed simultaneously with an articulation of quantitative data with the qualitative ones. A social, economic, demographic and sanitary outline of the studied group has been made. The addition of the percentages of users that consider that the service always solves or solves most of the times their problems reaches 61,3% while 6,5% said that the service never presents resolubility. However, the reported therapeutic trajectories demonstrate difficulties in obtaining resolubility, especially at the first level of attention. Yet, the service has not produced improvements in the health of the users. Many of them relate the resolubility with gaining access to specialists. The general satisfaction rate as to the service was of 86% and 43% out of them said to be very satisfied. There is relation between finding resolubility always or most of the times and being very satisfied. A different pace has been evidenced between the therapeutic trajectories and the users' view about the service. It is suggested that the health teams create collective discussion spaces, inside their micro spaces of work, thinking over their care mode and searching for answers for the users of the health state services.

Descriptors: *User Embracement, Family Health, Quality of Health Care, Patient Satisfaction.*

Title: *“Disease does not set a time neither a date”: welcome and resolubility in a family health team.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro – Categorias que constituíram os temas	58
Figura 1 – Distribuição dos entrevistados por sexo	50
Figura 2 – Frequência de entrevistados que possuíam ou não plano de saúde....	53
Figura 3 – Distribuição de usuários que disseram ser sempre ou nem sempre atendidos por alguém.....	63
Figura 4 – Representação da relação entre acolhimento, responsabilização, vínculo, resolutividade e autonomia	65
Figura 5 – Distribuição dos entrevistados satisfeitos ou não com o serviço	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados por ocupação. Porto Alegre, 2005.....	53
Tabela 2 – Distribuição dos problemas de saúde definidos pelos usuários. Porto Alegre, 2005	55
Tabela 3 – Distribuição de modalidades de serviços que os entrevistados mais utilizavam na UBS. Porto Alegre, 2005	56
Tabela 4 – Freqüência de usuários que consideraram ou não que os profissionais do serviço se empenhavam para resolver o problema. Porto Alegre, 2005	64
Tabela 5 – Freqüência de usuários que recebiam explicações referentes a sua saúde por parte dos profissionais e as entendiam. Porto Alegre, 2005	67
Tabela 6 – Freqüência dos entrevistados que se sentiam ou não amparados pelo serviço. Porto Alegre, 2005	68
Tabela 7 – Distribuição de freqüências absolutas e resíduos ajustados (RA) de acordo com a associação de empenho do profissional e sentimento de amparo no usuário. Porto Alegre, 2005	69
Tabela 8 – Freqüência dos minutos de espera pelo atendimento. Porto Alegre, 2005	73
Tabela 9 – Distribuição da relação entre tempo de espera pelo atendimento e opinião sobre o tempo. Porto Alegre, 2005	73
Tabela 10 – Freqüências dos motivos de os entrevistados gostarem ou não do horário de atendimento. Porto Alegre, 2005	75
Tabela 11 – Freqüência de encaminhamento do usuário a outro serviço de saúde e resolutividade do mesmo. Porto Alegre, 2005.....	86
Tabela 12 – Distribuição de usuários que consideraram ou não que o serviço tinha resolutividade sobre seus problemas de saúde. Porto Alegre, 2005	91
Tabela 13 – Distribuição de freqüências e resíduos ajustados (RA) de acordo com a associação entre resolutividade e satisfação. Porto Alegre, 2005 ..	95
Tabela 14 – Distribuição de freqüências e resíduos ajustados (RA) de acordo com a associação entre resolutividade e intensidade de satisfação.	

Porto Alegre, 2005	97
Tabela 15 – Distribuição de freqüências de acordo com a associação entre resolutividade e indicação do serviço para terceiros. Porto Alegre, 2005	98
Tabela 16 – Freqüências dos motivos de indicação ou não da UBS a terceiros. Porto Alegre, 2005	98

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 A Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde e seus pressupostos teóricos	23
2.2 Acolhimento e resolutividade como diretrizes operacionais da Saúde da Família	27
2.3 O projeto de qualificação do acolhimento na atenção à saúde na rede básica de Porto Alegre.....	31
2.4 As trajetórias terapêuticas e a visão dos usuários como recursos para análise do atendimento dos serviços de saúde	35
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 Objetivo geral	38
3.2 Objetivos específicos.....	38
4 METODOLOGIA	39
4.1 Caracterização do estudo.....	39
4.2 População e amostra	40
4.3 Contextualização do cenário em estudo	42
4.4 Coleta de dados.....	44
4.5 Considerações bioéticas	46
4.6 Análise de dados	47
5 APRESENTANDO OS USUÁRIOS SUJEITOS DO ESTUDO: caracterização socioeconômica, demográfica e sanitária	50
6 ACOLHIMENTO NA UBS: barreiras e facilidades	58
7 RESOLUTIVIDADE NA UBS: trajetórias terapêuticas <i>versus</i> visão dos usuários	82
7.1 O caminho em busca da resolução: o que demonstram as trajetórias terapêuticas dos usuários?.....	79
7.2 Esse serviço resolve seu problema? A resolutividade sob o olhar dos usuários	89
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	106

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados qualitativos.....	115
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados quantitativos	116
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
APÊNDICE D – Folha explicativa	120
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	121

1 INTRODUÇÃO

Propõe-se, com esta investigação, conhecer como se dão o acolhimento aos usuários e a resolutividade de seus problemas de saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipe de Saúde da Família de Porto Alegre, partindo das trajetórias terapêuticas e da visão dos usuários adscritos a esse serviço. Está vinculada à linha de pesquisa “Políticas e práticas em saúde e enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A Saúde da Família¹ foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil com o objetivo de reverter a forma de prestação da assistência à saúde, centrada na doença, a partir da reordenação da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial. É considerada a mais importante mudança estrutural já realizada na Saúde Pública do País, assumindo o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva, buscando a satisfação do usuário (BRASIL, 2000).

A motivação para desenvolver este estudo advém da participação em pesquisas referentes à organização do processo de trabalho em instituições de saúde, bem como à análise de alguns elementos da assistência nesses serviços, tais como acesso e acolhimento (NAUDERER *et al.*, 2005). Além disso, recentemente, como aluna de Graduação em Enfermagem, teve-se a oportunidade de desenvolver estágios em serviços com equipes de Saúde da Família, o que possibilitou uma reflexão sobre os referenciais até então trabalhados e originou algumas inquietações quanto ao modo como vem sendo prestado o atendimento em saúde aos usuários desses serviços.

¹ Existe uma discussão em torno da caracterização da prática de Saúde da Família, no que se refere ao fato de ser “programa” ou “estratégia”. Ribeiro (2005) refere que foi em 1997 que o Ministério da Saúde passou a definir a proposta como estratégia, sendo que essa discussão se estendeu ao longo da consolidação. Essa autora considera a Saúde da Família um programa que pretende ser uma estratégia, mas que para isso, é necessário haver autonomia no trabalho das equipes, para criarem seu projeto de transformação. Franco e Merhy (2003) se referem a programa, tendo em vista a normatividade de sua implementação. Já para Mendes (1999), tal prática é considerada uma estratégia. Contudo, este autor afirma que a sigla “PSF” constitui uma boa marca para a Saúde da Família, de forma que não é preciso descartar a expressão. Entretanto, neste trabalho, a referência ao serviço estudado será feita sob a denominação de Unidade Básica de Saúde (UBS), com equipe de Saúde da Família, a partir da maneira que a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre vem se referindo aos serviços, mesmo àqueles que adotam a perspectiva da Saúde da Família.

A partir dessas experiências, foi possível constatar alguns problemas na assistência oferecida aos usuários, como a permanência de filas com a lógica da ordem de chegada, que, para o MS (BRASIL, 2004, p. 7), constitui um funcionamento que “[...] demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano.” Tal funcionamento obriga os pacientes² a se dirigirem ao serviço de saúde em horários inadequados, ainda de madrugada. Assim, é de se questionar se o benefício de obterem acesso ao atendimento não é menor do que o risco que correm ao exporem sua saúde (ou, em alguns casos, sua doença) ao frio da noite, muitas vezes acompanhado de chuva. Além do clima, outra questão entendida como um problema é a segurança dos usuários, que fica prejudicada pelo fato de terem que sair de suas casas para ficar na fila, antes mesmo de amanhecer.

Outra situação que inquietava era que os usuários, cientes do número de “vagas” para serem atendidos, contavam quantas pessoas já estavam na fila e, caso constatassem que excedia o número previsto, voltavam para casa sem resolução de seu problema, conformados e preparados para virem no outro dia, porém mais cedo. Em alguns casos, saíam, por conta própria, à procura de um outro serviço que os acolhesse e resolvesse seus problemas.

Dessa forma, era notório que o acesso e o acolhimento aos usuários não vinham ocorrendo adequadamente. A análise realizada por Fracoli e Zoboli (2004, p. 143) em Unidades de Saúde da Família, em São Paulo, demonstrou evidências que corroboram essa constatação, principalmente no que diz respeito ao acolhimento. As autoras concluíram que o acolhimento nas Unidades estudadas estava focalizado na queixa pontual, tendo uma intervenção pouco resolutiva e não construtora de vínculo. Dessa forma, não vem se constituindo em uma prática capaz de instaurar um modelo de saúde de “porta aberta”, consoante com as diretrizes do SUS.

A resolutividade, sendo o objetivo de todos os serviços de saúde, bem como de seus usuários, só é possível se houver, de fato, acolhimento, no significado mais amplo do termo, que vai além da boa recepção nos serviços. Conforme Schimith e Lima (2004), o acolhimento visa a resolver o que é de competência da rede básica, independente da hora em que o usuário chega ao serviço.

² Neste estudo, os termos “usuário” e “paciente” serão utilizados como sinônimos.

Para o MS (BRASIL, 2004), o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, alterando os processos de trabalho em saúde visando a atender a todos que procuram os serviços, acolhendo, escutando e pactuando respostas adequadas aos usuários. Campos (1994) se refere à noção de acolhida julgando que deva dizer respeito, tanto à abertura dos serviços para a demanda, quanto à capacidade de responsabilização desse serviço pelos problemas de saúde da região. A partir daí, o serviço deveria agir com plasticidade, adaptando técnicas com criatividade, de forma a atingir uma resolução dos problemas dos usuários. No que se refere à resolutividade, Merhy (1994, p. 139) enfatiza que ter “ação resolutiva” é ir além da conduta, de forma que o trabalhador saiba utilizar toda a tecnologia disponível para chegar ao diagnóstico e tratamento adequado a cada caso, finalizando com uma alteração do quadro do usuário e com sua satisfação.

Progressivamente, estão sendo implantadas equipes de Saúde da Família em Municípios de todo o País. Ribeiro (2005) cita algumas circunstâncias que têm favorecido essa expansão, como a alocação de recursos financeiros repassados diretamente aos Municípios, a divulgação das propostas do Ministério da Saúde e a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, visando a atender aos requisitos dos perfis profissionais. Ainda nesse sentido, tem-se o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), criado pelo MS, com apoio do Banco Mundial (BIRD). Tal Projeto visa a fortalecer a Atenção Básica à Saúde no Brasil, por meio da consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com mais de 100 mil habitantes (BRASIL, 2003). Com isso, os meios de comunicação se referem ao aumento do número de equipes de Saúde da Família como sendo a solução para os problemas do setor Saúde, principalmente os relacionados a acesso, objetivando racionalizar a procura por serviços mais complexos (SILVA e GONZATTO, 2004). Entretanto, autores como Schimith e Lima (2004), Alves (2005) e Barboza e Fracolli (2005) consideram que somente a expansão do número de equipes de Saúde da Família não garante a construção de um novo modelo assistencial.

Nesse aspecto, Franco e Merhy (2003) afirmam que essa proposta de mudança do modelo assistencial requer remodelação do processo de trabalho. Concordando com os autores citados, pensa-se que não basta aumentar a cobertura de um serviço se o mesmo não oferecer qualidade na assistência, com um efetivo

acolhimento e resolutividade dos problemas e expectativas dos usuários. É preciso, além de aumentar a cobertura, modificar a organização do trabalho centrado no médico, a partir da formação de uma equipe multiprofissional, centrada no usuário. Essa reorganização do trabalho é essencial para que o mesmo seja resolutivo em sua finalidade, que no caso da saúde, é dar conta da variedade dos problemas apresentados pelos usuários dos serviços.

Considerando o objetivo maior da Saúde da Família – reorientar o modelo assistencial – entende-se que é oportuno analisar o acolhimento e a resolutividade da assistência à saúde em uma UBS com Saúde da Família, pois constituem diretrizes operacionais que podem viabilizar a reorganização do serviço de saúde. O município de Porto Alegre possui uma peculiaridade no que se refere a essas diretrizes, devido à existência de um Projeto de Qualificação do Acolhimento, proposto no período de 2001 a 2004 pela Secretaria Municipal de Saúde e implantado em alguns serviços, incluindo a UBS cenário desta pesquisa, situada na zona leste do município de Porto Alegre. O referido Projeto será detalhado mais adiante, no capítulo do Referencial Teórico.

Para realizar a análise das diretrizes citadas, o conhecimento das trajetórias terapêuticas dos usuários constitui um importante recurso. O caminho percorrido pelos usuários em busca da resolução de seus problemas de saúde revela os obstáculos que encontram, tanto no que se refere à maneira como são acolhidos nos momentos que buscam atendimento, quanto à própria obtenção de resolutividade. Neste estudo, a análise das trajetórias terapêuticas que os usuários percorrem também evidencia o que fazem quando não encontram solução para seu problema no serviço, seja por falta de acesso ou por incapacidade do mesmo em dar respostas satisfatórias aos usuários. Muitas vezes, essa aparente incapacidade do serviço pode estar vinculada à maneira como a equipe de saúde se organiza para atender à população, podendo limitar sua real capacidade resolutiva se fossem adequadamente utilizados os recursos de que o serviço dispõe.

Outro recurso considerado relevante para a análise proposta neste estudo é a visão dos usuários no que tange a aspectos referentes ao acolhimento e à resolutividade do serviço estudado. Essa visão abrange a opinião dos usuários sobre elementos da assistência, a satisfação (ou insatisfação) e as expectativas que possuem da assistência que recebem. Para Adami (2000), ouvir a opinião dos

usuários acerca dos serviços prestados em relação às suas necessidades e expectativas é uma das atividades que podem assegurar a qualidade dos serviços.

Considera-se que especialmente a Saúde da Família, por ser uma prática relativamente nova – completou uma década recentemente – e ainda se encontrar em construção, necessita de uma análise. O próprio MS, criador da proposta, reconhece, a partir de avaliações realizadas, que existem distorções e inadequações na implementação dos princípios e diretrizes da Saúde da Família, no Brasil. Afirma que iniciativas de avaliação devem ser estimuladas e divulgadas, pois contribuem para a orientação das ações (BRASIL, 2003). Gomes e Torres (2003) consideram que a Saúde da Família se insere em um arcabouço político e social, de forma que se faz importante uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde em relação aos resultados dessa recente proposta.

Lançar um olhar analítico sobre a assistência prestada propicia a visualização de possíveis falhas, possibilitando intervir e aperfeiçoar o modo de organização do serviço, contribuindo com uma assistência à saúde resolutiva e de qualidade. Particularmente no que se refere à enfermagem, Matumoto, Mishima e Pinto (2001) consideram-na capaz de interagir com agentes de outras disciplinas, buscando tecnologias necessárias à assistência e estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade.

Nemes *et al.* (2004) referem que para o trabalho em saúde ter qualidade, deve haver coerência entre a ação assistencial operada nos serviços e o plano propositivo do programa. Alguns estudos acerca do processo de trabalho desenvolvido em equipes de Saúde da Família têm demonstrado um descompasso entre o preconizado pela Saúde da Família e o que ocorre no cotidiano dos serviços. Schimith e Lima (2004) encontraram uma realidade na qual o atendimento é centrado no médico e mantém as filas em horários desumanos para garantir o acesso ao serviço. No que concerne especificamente ao acolhimento, Barboza e Fracolli (2005), ao analisarem a organização da assistência à saúde em equipes de Saúde da Família, concluíram que o mesmo estava vinculado a uma proposta de mudança do modelo, mas que, na prática, a ação de cada profissional vinha reiterando o modelo biologicista e médico-centrado.

Considerando essas evidências de que a realidade do trabalho das equipes tem se mostrado diversa em relação aos pressupostos da Saúde da Família, propõe-se a analisar o acolhimento e a resolutividade da assistência de uma

Unidade Básica de Saúde com equipe de Saúde da Família. A partir disso, poder-se-ão identificar aspectos que contribuam para reorientar as práticas de saúde, para que os serviços consigam conquistar a almejada qualidade da assistência, acolhendo a população e sendo, de fato, resolutivos.

Na seqüência deste trabalho, são apresentados o referencial teórico, os objetivos, a metodologia utilizada e os resultados, que estão divididos em três capítulos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No desenvolvimento deste capítulo, serão abordados os tópicos “A Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde e seus pressupostos teóricos”, “Acolhimento e resolutividade como diretrizes operacionais da Saúde da Família”, “O projeto de qualificação do acolhimento na atenção à saúde na rede básica de Porto Alegre” e “As trajetórias terapêuticas e a visão dos usuários como recursos para análise do atendimento dos serviços de saúde”, visando a problematizar o objeto de estudo.

2.1 A Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde e seus pressupostos teóricos

O cenário em que se inseria o Brasil, nas décadas de 70 e 80, caracterizava-se por doenças diversas, recursos financeiros escassos, cobertura assistencial insuficiente, baixa qualidade dos serviços de saúde e grande insatisfação da população. Diante disso, configurou-se o Movimento da Reforma Sanitária, que lutou por mudanças na política de saúde. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que representou o evento mais importante para a mudança do setor Saúde no País. Dois anos depois, a Assembléia Constituinte estabeleceu a Constituição de 1988, a qual representou um importante passo na redemocratização do Brasil. No que tange à saúde, baseando-se nas propostas da VIII Conferência, a nova Constituição Federal instituiu três aspectos principais: a incorporação de um conceito mais abrangente da saúde (considerando aspectos físicos, biológicos, socioeconômicos e culturais); o direito de todos às ações de saúde e o dever do governo em provê-las; o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

A implementação do SUS iniciou em 1990, com a criação da Lei 8.080, pela qual foi regulamentada a descentralização político-administrativa do SUS e esclarecidos os aspectos de gestão, financiamento e funcionamento. Também, em

1990, foi criada a Lei 8.142, em que foi enfatizada a participação social comunitária no SUS. O SUS tem “caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários” (BRASIL, 1990, p. 8). Seus princípios e diretrizes são: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação social e complementaridade do setor privado.

Autores como Chioro e Scaff (1999) afirmam que houve um crescente processo de universalização, mas que essa se deu de forma excludente e discriminatória, centrada no atendimento médico. Mesmo com a criação do SUS, o atendimento em saúde no Brasil não ocorre satisfatoriamente, de forma que os princípios e diretrizes desse Sistema não são amplamente respeitados, na prática. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou estratégias, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF)³, para reorientar o modelo assistencial, visando a aprimorar o atendimento em saúde.

O PACS foi lançado em 1991, com o objetivo de controlar os índices de mortalidade infantil e materna na região Nordeste do País, a partir de uma universalização desqualificada de atendimento. Representava o elo entre as famílias e a unidade básica de saúde, que, por sua vez, não contava com adequada estrutura para assistir a população, impossibilitando a criação de vínculos com a mesma. Dessa forma, tendo em vista a precariedade do Programa, sentiu-se a necessidade de investir na criação de uma espécie de retaguarda para o PACS.

Assim, em 1994, o Ministério da Saúde propôs o PSF como estratégia de substituição das práticas tradicionais da atenção básica, de forma que os serviços se tornassem acessíveis, oportunos, resolutivos e humanizados. Tal proposta se baseia nos princípios de territorialização e adscrição da clientela, vinculação com a população, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe e multidisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e estímulo à participação da comunidade (SOUZA, 2000).

³ A referência a “Programa” nessa ocasião é feita seguindo a nomenclatura da proposta original do Ministério da Saúde.

A proposta do PSF, segundo seus formuladores, se destina a reafirmar a original política do SUS, reorganizando a prática da atenção à saúde em novas bases e levando a saúde para mais perto da família, aumentando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, [2005]). Autores como Ribeiro, Pires e Blank (2004) consideram que a Saúde da Família se constitui em um importante desafio, justamente por se propor a romper com o modelo assistencial atual, a partir da construção de uma nova prática.

Para possibilitar tal reorganização da atenção à saúde, se fez necessário, também, a reordenação da composição das equipes. Dessa forma, essas são constituídas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A área de abrangência de cada unidade de saúde da família é composta, no máximo, por 1.000 famílias ou 4.500 pessoas, que residam ou trabalhem no território de responsabilidade da equipe (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde normatiza as atribuições de cada membro da equipe de saúde da família: o médico deve atender a todos os integrantes de cada família, além de desenvolver atividades preventivas e de promoção da qualidade de vida da população, juntamente aos demais integrantes da equipe; o enfermeiro supervisiona o trabalho dos ACS e dos auxiliares de enfermagem, realiza consultas no serviço de saúde e presta cuidados no domicílio, quando necessário; os auxiliares de enfermagem realizam procedimentos de enfermagem na Unidade de Saúde e no domicílio e executam ações de orientação sanitária; os ACS representam o elo entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada família ao menos uma vez por mês e também fazem o mapeamento de cada área, cadastram as famílias e são responsáveis por estimular a comunidade (BRASIL, [2005]).

Para Franco e Merhy (2003), a Saúde da Família constitui a principal resposta oferecida, no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial. Entretanto, esses autores se referem a alguns erros existentes, desde o planejamento, como o fato de não haver estratégia para lidar com a demanda espontânea e a questão da realização das visitas domiciliares serem pensadas de forma compulsória por profissionais de nível superior, que, na visão deles, são desnecessárias. No que se refere às visitas domiciliares, discorda-se dos autores, pois se entende que elas podem representar um bom meio de lidar

com a demanda, significando o novo no atendimento aos usuários, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade.

Conforme Mendes (1999), a Saúde da Família fundamenta-se no princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência. O autor menciona os três tipos de intervenção da vigilância da saúde: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa e reabilitadora. Como pilares desse modelo, o autor apresenta o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade. Nesse sentido, uma equipe de saúde da família, com território de abrangência definido, deveria desenvolver ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat, de forma contínua, personalizada, ativa, com ênfase relativa no promocional e no preventivo, sem descuidar do curativo, com alta resolubilidade e baixos custos econômicos ou sociais, articulando-se com outros setores que determinam a saúde (MENDES, 1999).

Entretanto, alguns autores, como Schimith (2002) e Franco e Merhy (2003), referem que, das propostas da vigilância da saúde, a Saúde da Família somente tem se ocupado da territorialização e da adscrição da clientela e que os princípios e diretrizes do SUS não estão sendo seguidos, de forma que essa proposta vem mantendo o modelo hegemônico médico-centrado e excludente, com atendimento por ordem de chegada, em vez de cumprir com seu objetivo de reorientar o modelo assistencial.

Pensa-se que essa dificuldade em reorientar o modelo, bem como os problemas existentes na implementação da proposta têm origem, entre outros aspectos, no fato de a Saúde da Família ter sido criada como uma espécie de “receita”, muito simplista e normativa diante do contexto histórico no qual se insere a saúde no Brasil. Sob uma análise mais crítica da prática, a Saúde da Família, antes de ser estratégia de reorientação do modelo, caracterizou-se como um meio de ampliar a cobertura dos serviços do SUS. E para que possa ir além, aproximando-se do seu real objetivo, é essencial que parta da reorganização do processo de trabalho em cada micro-espço, baseada nas diferentes realidades sanitárias, sociais e geográficas de cada comunidade e tomando como eixos norteadores acolhimento e resolutividade.

2.2 Acolhimento e resolutividade como diretrizes operacionais da Saúde da Família

Considerando a proposta de estudo, faz-se necessário abordar acolhimento e resolutividade como diretrizes que podem contribuir para a efetiva implementação das propostas da Saúde da Família.

O acolhimento faz parte, conforme denominação de Merhy⁴ (1997), das tecnologias leves, que são as tecnologias de relações, assim como o vínculo, a autonomização e a gestão. Reforçando essa concepção, Matumoto (2003) também considera o acolhimento como um processo de relações, produzido a partir da produção de subjetividades no encontro trabalhador-usuário. Para a autora, é no interior desse encontro que pode se dar a potencialidade do acolhimento, como elemento disparador de mudanças no modelo de atenção.

Autores como Franco, Bueno e Merhy (1999) consideram o acolhimento como uma das diretrizes que visam a inverter a lógica da organização e funcionamento dos serviços de saúde. Para tanto, parte de princípios como: garantia de acessibilidade universal, com resolubilidade; ênfase na equipe multidisciplinar (equipe de acolhimento), que se responsabilize pelo usuário e seu problema; qualificação da relação trabalhador-usuário, baseando-a em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Como uma outra dimensão da qual parte o acolhimento, acrescenta-se a integralidade, considerando, segundo Teixeira (2003), que seu foco está na integração da relação trabalhador-usuário, base para a reversão do modelo tecnoassistencial pretendida com o acolhimento.

No entender de Lopes e Silva (2004, p. 686) o acolhimento e a escuta devem estar “embasados nas concepções de que acolher não se resume a uma recepção cordial e a escuta é uma atitude ativa”. Contrapondo-se a essa questão, observa-se que alguns serviços entendem o acolhimento de forma restrita, considerando somente a dimensão do “tratar bem”, reduzindo-o ao atendimento no balcão da recepção. Inclusive, algumas equipes de saúde estabelecem um horário fixo para realizar acolhimento, como se fosse uma atividade estanque ou triagem,

⁴ Merhy (1997) classifica as tecnologias em leves, leve-duras e duras. As leves são as tecnologias de relações; as leve-duras são os saberes estruturados, como a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria; as duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

abandonando a perspectiva real dessa tecnologia, qual seja, a de transformar as relações trabalhador/usuário, em todos os momentos da assistência.

Esse raciocínio pode ser observado em Campos (1994), quando destaca que a partir do acolhimento é possível regular o acesso, por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. Entende-se que, para que o acolhimento possa viabilizar acessibilidade universal, as ações devem estar adequadas às necessidades do usuário. Nessa perspectiva, Cecílio (2001) aponta para a importância de os profissionais estarem aptos a escutar e atender a essas reais necessidades, as quais, muitas vezes, estão apresentadas em alguma demanda específica, que seria a necessidade do usuário modelada pela oferta do serviço. Entende-se, como o autor, que não é o usuário que tem de se adequar ao que o serviço tem para oferecer, mas, sim, o contrário.

Estudos que realizaram uma análise do acolhimento, como os de Ramos e Lima (2003), Silveira *et al.* (2004) e Fracolli e Zoboli (2004) o fizeram sob a perspectiva qualitativa, utilizando a entrevista semi-estruturada com profissionais e pacientes e/ou a observação do atendimento. Já Merhy (1994), ao falar em avaliação de acolhimento, sugere que sejam medidas questões como o tempo de atendimento, o grau de informação do usuário acerca de seu problema, o tempo de espera pela intervenção e, também, se o que foi feito resolveu alguma coisa em relação às expectativas do usuário. Considera-se que acolhimento, sendo uma tecnologia de relações, pode ser analisado a partir de indicadores, tais como: escuta ao usuário, se o acolhimento ocasiona acesso a todos que procuram o serviço, se há filas e distribuição de número determinado de fichas para acesso ao atendimento, se o acolhimento produz respostas positivas ao usuário, se existe responsabilização dos profissionais, se o usuário é encaminhado à autonomia para os cuidados com sua saúde, entre outros. Esses indicadores foram considerados neste estudo, tendo sido analisados tanto qualitativa como quantitativamente.

Ramos (2001) considera que para acolher, o trabalhador precisa se colocar no lugar do usuário e entender quais são suas necessidades, atendendo-as na medida do possível, direcionando o que for preciso. Refere que essa responsabilidade em acolher se estende a todos os profissionais do serviço, desde o vigilante aos profissionais de nível superior. No entanto, o que se observa em alguns serviços é que o pessoal técnico-administrativo, por exemplo, não se sente responsabilizado em acolher bem a comunidade, possivelmente por não serem

profissionais de saúde, tratando as pessoas sem atenção e com desinteresse por sua situação de saúde. Dessa forma, desde a entrada no serviço, o usuário não se sente acolhido. E mesmo os profissionais de saúde, poucas vezes se baseiam na empatia, tampouco se consideram responsáveis em efetivamente acolher o usuário e se responsabilizar por seus problemas.

Seguindo o mesmo raciocínio, Matumoto (1998, p.4) evidencia que “o acolhimento não se limita à recepção da população à porta dos serviços de saúde, mas estende-se até a resolução do problema apresentado”. Considera-se que acolhimento e resolutividade andam juntos, de forma que o segundo está condicionado ao primeiro, pois se não houver o acolhimento com escuta ativa e responsabilização, não há como ter uma resposta positiva ao usuário.

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

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

Analisando tal diretriz, entende-se que há uma má interpretação da forma de atuação da Saúde da Família por parte de alguns profissionais de saúde que trabalham nas equipes, pois são presenciadas situações em que dizem aos usuários que o serviço, por ser de Saúde da Família, não trabalha para resolver determinados problemas, como fazer um grande curativo, sendo sua proposta a prevenção. Nessas ocasiões, o serviço se nega a acolher o usuário e lhe dar o mínimo de resolução possível, até onde está apto a resolver, considerando, como já referido, que as equipes de Saúde da Família têm ênfase relativa no preventivo, não excluindo as ações curativas. Assim, corrobora-se as afirmações de Teixeira, Mishima e Pereira (2000) de que, em alguns momentos, os trabalhadores das equipes de Saúde da Família correm o risco de reduzir a proposta à prevenção, demonstrando uma perspectiva limitada do trabalho, por excluir as atividades necessárias à restauração do estado de saúde. Ainda, referem as autoras, tal perspectiva contradiz a noção de integralidade que se insere na prática de Saúde da Família, pois as ações voltadas ao tratamento e à reabilitação são tão importantes quanto as de prevenção.

Merhy (1994) salienta que mesmo em casos nos quais o paciente é referenciado para outro nível de atendimento, visando à resolução de seu problema, a responsabilidade por essa resolutividade permanece sendo do primeiro serviço que identificou o problema e referenciou o usuário. Entretanto, observa-se em alguns serviços a postura de profissionais que consideram casos referenciados como casos resolvidos, de forma que o usuário acaba perdido nesse fluxo ascendente-descendente, sem se sentir amparado e vinculado a algum serviço. Nesse sentido, Merhy (1994, p. 117) se refere à “desagradável sensação de insegurança” a que qualquer usuário do sistema de saúde está submetido, pois depende da atenção dos trabalhadores, no sentido de compreendê-lo e assimilar seu sofrimento, para, então, intervir, buscando solução e alteração do seu quadro.

Considera-se o acolhimento uma tecnologia essencial para o desenvolvimento da assistência, pois a partir dele se estabelecem condições para a efetivação das outras tecnologias de relação, como a criação de vínculo, propiciando que o usuário confie na equipe e a tenha como referência para a assistência à saúde. A partir disso, é possível também caminhar para a autonomização do usuário, que, segundo Campos (1994), é o objetivo maior de todo o trabalho terapêutico. Para a Organização Mundial de Saúde⁵ (apud Vaitsman e Andrade, 2005), autonomia significa ter informação sobre as alternativas de tratamento, podendo decidir o tipo deste depois de discutir com o profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar. Cecílio (2001) se refere à autonomia como a possibilidade de os sujeitos reconstruírem seu sentido de vida e seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades. Vindo ao encontro dessa questão, Matumoto (1998; 2003) também considera que o acolhimento favorece o desenvolvimento da autonomia e cidadania do usuário. Nessa perspectiva da autonomia, é importante que o profissional estimule a responsabilização do paciente com sua saúde, fornecendo-lhe as informações que desejar acerca de sua condição de saúde.

Evidencia-se, então, que o acolhimento ultrapassa a visão simplista de receber bem, assim como a noção de universalizar o acesso, a partir do acolhimento, vai além de realizar uma triagem em um horário determinado, para as pessoas que estão na fila no momento em que o serviço de saúde abre. Para os

⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report – Health systems: improving performance**, 2000.

serviços serem resolutivos, os diversos profissionais das equipes de saúde têm de articular seus processos de trabalho de uma forma que compreenda o acolhimento como um elemento intrínseco à prática. A partir do momento em que as equipes, coletivamente, se responsabilizarem em acolher em todos os momentos do atendimento, agindo com flexibilidade e criatividade para buscar a resolutividade para os usuários e estimulando a autonomia dos mesmos, a remodelação da assistência à saúde poderá se encontrar menos distante.

2.3 O projeto de Qualificação do Acolhimento na Atenção à Saúde, na rede básica de Porto Alegre

Para situar o contexto deste estudo, se faz necessária uma explanação do Projeto de Qualificação do Acolhimento, criado pela Gestão Municipal que governou Porto Alegre no período de 2001 a 2004, visando à melhoria da assistência na rede básica de saúde.

No ano de 2001, a SMS de Porto Alegre, a partir do Projeto “Redesenho de Processos na Rede de Atenção Primária e Especializada”, reafirmou o acolhimento como uma ação necessária para ampliar e qualificar o atendimento em saúde. Desde então, grupos de gestores e funcionários da SMS começaram a trabalhar no sentido de elaborar e coordenar o Projeto de Qualificação do Acolhimento na Atenção à Saúde. Tal projeto está baseado no conceito de acolhimento

[...] como um processo no qual os trabalhadores de saúde e a organização tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, presente no seu território de atuação. Com a identificação das principais necessidades sociais de saúde, busca-se a promoção da saúde através de uma relação humanizadora e acolhedora tanto a nível individual, quanto coletivo. Através de ações de governabilidade da equipe de saúde, da organização do setor saúde e de ações intersetoriais e interinstitucionais, objetiva-se a autonomia do usuário. (ORTIZ *et al.*, 2004, p.8)

Assim, confirma-se que a concepção teórica de acolhimento, em Porto Alegre, abrange uma gama de outros processos, como a humanização, a responsabilização e a autonomização do usuário, vindo ao encontro do que alguns

autores adotados neste estudo (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999; CAMPOS, 1994; MATUMOTO, 2003) consideram em relação ao acolhimento.

Ortiz *et al.* (2004) afirmam que o Projeto de Qualificação do Acolhimento está inserido na lógica de reconstituição das práticas de atenção à saúde, a partir da reorientação do processo de trabalho centrado nas necessidades sociais em saúde. Busca resgatar os princípios do SUS, garantindo acesso universal e uma efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde dos cidadãos. Antes de iniciar a implantação, foram desenvolvidas capacitações, visando a produzir e aprofundar os conhecimentos acerca da temática do acolhimento.

Conforme as autoras, o acolhimento é exercido a partir de pressupostos básicos, quais sejam: equipe acolhedora, território, reorganização do trabalho em relação à capacidade instalada, atendimento continuado e atendimento de casos agudos.

A equipe acolhedora trabalha com a escuta, o diálogo, o saber dos trabalhadores – respeitando o saber dos usuários – as relações com a comunidade e as dimensões terapêutica e relacional. A equipe se responsabiliza pela saúde dos usuários adscritos, constrói vínculos e utiliza todos os recursos disponíveis, visando a eliminar o sofrimento e as causas reais das necessidades sociais em saúde dos usuários, produzindo autonomia no cuidado com a saúde dos mesmos.

Sob o pressuposto de território, os trabalhadores das unidades de saúde devem seguir os seguintes preceitos em seu cotidiano de trabalho, segundo descrevem Ortiz *et al.* (2004)

- Construir o mapeamento do território adscrito, afixando o mesmo na recepção da unidade.
- Realizar a desvinculação gradativa do usuário que muda de território, simultaneamente à revinculação ao outro serviço de referência, para que exista a continuidade de atendimento.
- Participar da leitura social do território, que compreende o diagnóstico demográfico e a identificação do perfil socioeconômico da comunidade.
- Cadastrar as famílias, identificando situações de risco nas micro-áreas, planejando e avaliando ações de saúde, a partir do processo saúde-doença da comunidade, priorizando micro-áreas de risco.

- Correlacionar necessidades sociais em saúde do território com a capacidade instalada, estabelecendo metas coerentes e utilizando critério de vulnerabilidade social para a priorização da capacidade instalada, visando à equidade entre os grupos do território.

- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe.

- Estimular a criação do Conselho Local do território.

- Executar ações intersetoriais com a comunidade e movimentos sociais, organizando e integrando ações para a qualidade de vida da população.

- Estabelecer interfaces e participar das reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde, Rede, Orçamento Participativo, entre outras.

- Articular-se com os demais órgãos de governo e equipamentos públicos na região.

Para reorganizar o trabalho em relação à capacidade instalada, a equipe de saúde também deve basear-se nos seguintes princípios:

- Reorganizar o modo de atenção e o processo de trabalho, equacionando a capacidade instalada com as necessidades da população quanto a acesso, vínculo e resolutividade.

- Organizar o trabalho em equipe na abordagem de situações, objetivando a autonomia dos usuários e melhoria da sua situação de saúde.

- Reorganizar processos e métodos terapêuticos.

- Priorizar reuniões, oficinas e seminários entre a equipe para planejar, de forma conjunta, partindo das necessidades da população do território e da equipe.

- Estabelecer metas, planejando ações que dêem conta das necessidades em saúde da população e do papel de cada membro da equipe na busca do alcance das metas.

- Estabelecer formas de acompanhamento e avaliação do processo, a partir de indicadores.

- Articular-se intersetorialmente com outros órgãos e associações governamentais e não-governamentais, para dar conta das necessidades sociais em saúde.

- Garantir a corresponsabilidade do controle social na produção de saúde, articulando os recursos próprios da comunidade.

A avaliação do processo, na prática, foi proposta por meio do monitoramento mensal, seguindo alguns indicadores de avaliação. Nas equipes com acolhimento qualificado implantado, foram considerados como indicadores o sistema de escuta a 100% dos usuários, além da existência de agenda aberta, sem dias e horários fixos para agendamento. Já nas equipes com acolhimento em processo de implantação, os indicadores foram a discussão permanente sobre acolhimento nas equipes e nos colegiados, o atendimento a casos agudos e a revinculação gradativa do usuário ao serviço adequado quando o mesmo não pertencer à área.

O município de Porto Alegre é dividido em oito Gerências Distritais (GD), sendo que cada uma abrange diversos bairros próximos uns aos outros. Assim, cada Gerência tem seus limites geográficos, definidos por ruas. Cada GD é responsável por realizar a gestão dos serviços públicos municipais de saúde no âmbito do território de sua competência. Conforme a região que gerenciam, as Gerências são assim denominadas: GD Restinga/Extremo Sul, GD Centro, GD Glória/Cruzeiro/Cristal, GD Leste/Nordeste, GD Noroeste/Navegantes/Humaitá/Ilhas, GD Partenon/Lomba do Pinheiro, GD Norte/Eixo Baltazar, GD Sul/Centro Sul.

Até novembro de 2004, 80 serviços de saúde haviam aderido ao Projeto de Qualificação do Acolhimento na Atenção à Saúde, conforme Ortiz *et al.* (2004). Especificamente na Gerência Distrital Leste/Nordeste, região na qual se localiza o serviço estudado neste trabalho, onde há 17 equipes de Saúde da Família, 15 dessas também haviam aderido, incluindo o serviço deste estudo, conforme informações das respectivas Gerências. Dessa forma, entende-se que o cenário deste trabalho se propôs a desenvolver a qualificação do acolhimento sugerida pela SMS, devendo, portanto, considerar os pressupostos do Acolhimento, anteriormente descritos.

Na Gerência citada, o Projeto de Qualificação do Acolhimento iniciou em 2002, a partir de um seminário com consultores escolhidos nas gerências e facilitadores do nível central da SMS. Ocorreram outros seminários a fim de sensibilizar os trabalhadores da Gerência quanto ao Projeto.

Uma das dificuldades enfrentadas por alguns serviços foi a capacidade instalada *versus* a demanda. Entretanto, evidenciou-se a satisfação dos trabalhadores e usuários, a resolutividade, o atendimento das prioridades e o fim das

filas e da venda de fichas (GRUPO DE COORDENAÇÃO DO ACOLHIMENTO, 2004).

Cabe ressaltar que a origem do acolhimento como Projeto da SMS ocorreu na gestão política municipal anterior (2000 – 2004). Atualmente, não se têm referências da gestão vigente da SMS que mencione o acolhimento como um projeto, mas é possível encontrar no site da Instituição referências sobre o acolhimento como serviço, que está implantado na UBS estudada. Esse serviço de acolhimento é concebido como “atendimento individualizado a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, reduzindo filas e terminando com a distribuição de fichas diárias”. (PORTO ALEGRE, [2006]).

Assim, evidencia-se que, no cenário estudado, permanece a proposta de acolhimento como uma tecnologia capaz de universalizar o acesso, atendendo a todos os usuários que procurarem os serviços.

2.4 As trajetórias terapêuticas e a visão dos usuários como recursos para análise do atendimento dos serviços de saúde

As trajetórias terapêuticas e a visão dos usuários são utilizadas neste estudo como recursos que viabilizam a análise do acolhimento e da resolutividade em uma UBS. Possibilitam entender as experiências dos usuários no decorrer da trajetória em busca de cuidados profissionais de saúde e a visão que têm sobre o atendimento que recebem, além de contribuírem para a reflexão sobre o processo de trabalho.

Inicialmente, pretendia-se trabalhar somente com a satisfação dos usuários em relação ao acolhimento e à resolutividade da assistência que recebiam. Todavia, posteriormente foi possível visualizar que essa análise seria limitada, pois não permitiria identificar a realidade do cotidiano dos usuários no serviço de saúde. Assim, considerou-se que a análise das trajetórias terapêuticas, associada à da visão dos usuários, que compreende também a satisfação, possibilitaria encontrar resultados mais fidedignos.

Novakoski (1999, p.41) define trajetória terapêutica como “a seqüência de recursos de cuidados com a saúde, desde o aparecimento de um problema ou

doença até sua cura, estabilização ou morte”. No presente estudo, tal abordagem foi utilizada visando a investigar as trajetórias percorridas pelos usuários desde a procura pelo serviço de saúde até o desfecho da trajetória terapêutica, que pode ou não ter resultado em uma resposta positiva ao usuário. A partir do conhecimento dessas trajetórias, buscou-se analisar como os usuários vêm sendo acolhidos pelo serviço e se tem sido atingida a resolução de seus problemas de saúde.

Para contribuir na compreensão das trajetórias terapêuticas, toma-se por base que essas estão inseridas nos itinerários terapêuticos, que segundo Gerhardt (2006) se constituem em práticas em busca de cuidados terapêuticos para solucionar problemas de saúde. Conforme considera a autora, para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença torna-se necessário analisar seus itinerários terapêuticos a partir do contexto onde tomam forma, pois cada um possui especificidades. É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos econômicos, sociais e culturais que organizam a vida coletiva e enquadram a vida biológica. Além disso, é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social. Também é preciso considerar os indivíduos como atores sociais, definidos, simultaneamente, pelo cenário no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse cenário.

Os itinerários terapêuticos envolvem ações de distintas origens e finalidades e dependem de muitos fatores objetivos, mas também subjetivos, como natureza e percepção do problema de saúde por parte do sujeito (crônico, agudo, grave, etc), situação de vida e contexto no qual ele está inserido (idade, etnia, categoria social, sexo, educação, profissão, família, etc) e as variadas opções disponíveis (ou não) de cuidados em saúde, entre as alternativas popular, informal ou profissional (GERHARDT, 2006).

Ressalta-se que este estudo se detém nas características do sistema “formal” ou “profissional”, ou seja, a busca por respostas no sistema de saúde, que depende do acesso, da aceitabilidade, do vínculo, da qualidade, da comunicação, entre outros fatores. Dessa forma, exclui opções que os usuários possam ter feito pelo sistema “informal” ou “popular”, tais como automedicação, uso de chás, curandeiros, entre outras

Roese (2005) afirma que o conhecimento das trajetórias terapêuticas, bem como do fluxo de utilização dos serviços de saúde pelos usuários, em função de um

problema de saúde, enriquece a análise acerca do sistema de saúde, pois demonstra fragilidades existentes. Em seu estudo, a análise das trajetórias terapêuticas evidenciou que “os usuários percorreram vários serviços, em diferentes níveis, para obter a resolutividade” (ROESE, 2005, p. 160). Essa constatação permite supor que o caminho percorrido em busca de uma solução para o problema de saúde, muitas vezes, se torna longo e oneroso para o usuário. Entretanto, nos discursos dos participantes do estudo, a busca de solução para seus problemas parecia perfeita, sendo que a maioria referiu o serviço de saúde como sendo resolutivo para seu problema, independentemente de essa resolutividade ter sido encontrada na primeira ou última medida por eles tomada.

Em relação ao outro recurso de análise adotado nesta investigação, diversos estudos acerca da qualidade em serviços de saúde (RAMOS, 2001; GOMES e TORRES, 2003) apontam para a importância da visão dos usuários. Alguns se referem à satisfação de pacientes (TRAD, *et al.*, 2002; JESUS e CARVALHO, 2002; LEÓN, ARTEAGA e SCHIATTINO, 2003), considerando-a como um meio seguro de se avaliar os resultados de um serviço de saúde. Entretanto, considerando a abordagem deste estudo, que não se detém unicamente na satisfação dos usuários, mas busca o que os mesmos têm a dizer sobre o serviço, optou-se por adotar o termo “visão” dos usuários, o qual, entende-se, abrange também a sua satisfação ou insatisfação. Conforme Vaitsman e Andrade (2005), satisfação é um conceito operacional que incorpora a visão dos usuários.

Com base na problematização apresentada, considerando a importância de conhecer o acolhimento e a resolutividade da assistência do serviço, sendo esses elementos estratégias para concretizar a reorganização da assistência à saúde proposta pela Saúde da Família, são elaborados alguns questionamentos para nortear este estudo: quais são as trajetórias terapêuticas formais percorridas pelos usuários desde que procuram a UBS em estudo? De que forma são acolhidos durante essas trajetórias na busca da resolução de seus problemas de saúde? Esses problemas estão sendo resolvidos? Quais são as expectativas dos usuários com o serviço de saúde? Sentem-se amparados pelo serviço? Qual a visão que possuem da assistência que recebem?

Apoiando-se no embasamento teórico apresentado e nos questionamentos anteriores, a seguir são descritos os objetivos desta pesquisa.

3 OBJETIVOS

O desenvolvimento do presente estudo visa a atingir aos seguintes objetivos:

3.1 Geral

- Conhecer e analisar o acolhimento e a resolutividade da assistência de uma equipe de Saúde da Família, a partir das trajetórias terapêuticas formais e da visão de seus usuários.

3.2 Específicos

- Descrever a proposta do serviço no que se refere ao acolhimento;
- caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e sanitário dos usuários;
- analisar como se dá a implementação da proposta de acolhimento no atendimento à demanda;
- identificar a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários, a partir das trajetórias terapêuticas e da visão dos mesmos;
- conhecer as expectativas dos usuários em relação ao serviço;
- identificar a frequência com que os usuários utilizam o serviço.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo que tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos do atendimento à demanda de uma Unidade Básica de Saúde com equipe de Saúde da Família.

Utiliza-se a abordagem quanti-qualitativa, sendo que ambas constituem diferentes formas de comunicação, que visam, entretanto, a atingir o mesmo objetivo, qual seja, de se aproximar o máximo possível da realidade em estudo, conduzindo o investigador a alcançar suas respostas. Essa combinação é adequadamente utilizada para explicar e compreender “temas que ao mesmo tempo devem ser analisados em sua magnitude e em sua significância” (MINAYO e MINAYO-GÓMEZ, 2003 p. 137; MINAYO e SANCHES, 1993).

Considerando que este estudo aborda a visão de usuários, incluindo sua satisfação, apóia-se em Esperidião e Trad (2006), que, revisando a literatura sobre os estudos de satisfação de usuários com serviços de saúde, concluíram que a combinação de métodos é uma estratégia oportuna para avaliar satisfação, considerando sua complexidade. Além disso, afirmam, a combinação de métodos evita o reducionismo existente em cada método, em particular.

A combinação de métodos tem sido amplamente utilizada nos estudos avaliativos. Minayo (2005, p.28-29) adota a expressão “investigação avaliativa por triangulação de métodos” para se referir ao amplo conjunto de elementos propostos no estudo avaliativo, incluindo a presença do avaliador, as abordagens quantitativas e qualitativas, análise do contexto, da história, das relações, das representações e a participação. Segundo a autora, triangulação é um termo que vem do interacionismo simbólico, “...significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; (...) o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados (...).”

As etapas qualitativa e quantitativa foram realizadas simultaneamente, em um mesmo encontro com cada participante, baseando-se no modelo de execução paralela da investigação quantitativa e qualitativa proposto por Briceño-León (2003).

Esse modelo busca captar dimensões diferentes da realidade, permitindo obter duas visões sobre um fenômeno, mensurando as variáveis estudadas e ilustrando, descritiva e qualitativamente, o mesmo fenômeno que está sendo avaliado. Os dois tipos de investigação, ao serem aplicados ao mesmo tempo, existem com força e metas próprias, não sendo necessário estabelecer prioridades temporais ou conceituais entre um e outro.

4.2 População e amostra

A população desta pesquisa se constituiu de usuários adscritos à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde com equipe de Saúde da Família da Gerência Distrital Leste/Nordeste⁶. A seleção da unidade foi feita de forma intencional, partindo do pré-requisito de ter equipe de Saúde da Família e considerando a receptividade da gerência, bem como o aceite da chefia do serviço em participar da pesquisa. Além disso, buscou-se uma unidade que tivesse implantado alguma proposta de acolhimento, visando a caracterizá-la no desenvolvimento do estudo.

O cálculo populacional foi realizado com apoio do Núcleo de Assessoria Estatística (NAE) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), considerando o número total de famílias cadastradas no serviço, que eram 898, conforme informação obtida, em junho de 2005, por contato telefônico com a Coordenação de Rede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre. Para obter um número aproximado de usuários adscritos, considerou-se que cada família cadastrada tivesse quatro membros, totalizando, aproximadamente, 3.600 sujeitos. O arredondamento para quatro do número de pessoas por família (sendo que o MS recomenda 3,4) foi feito visando a diminuir a margem de erro do cálculo amostral.

Para compor a amostra, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 20 anos e já vir utilizando o serviço por no mínimo um ano, em vista da necessidade de o participante já ter vivenciado algumas situações no serviço. O

⁶ Conforme referido, existem oito Gerências Distritais no município de Porto Alegre, responsáveis pela gestão político-administrativa dos serviços.

critério de ter mais de 20 anos foi considerado devido à necessidade de os participantes serem adultos para que pudessem responder adequadamente às questões. Para calcular o tamanho da amostra, foi preciso estimar o número de adultos acima de 20 anos, utilizando os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001), que demonstram que 67,7% da população têm mais de 20 anos.

Dessa forma, estimou-se que a população deste estudo era composta por 2.439 usuários adultos, acima de 20 anos. Desses, 93 constituíram a amostra da etapa quantitativa da pesquisa, com base no cálculo realizado pelo NAE/UFRGS. Esse cálculo foi feito estimando-se 50% de usuários satisfeitos com o serviço, considerando uma margem de erro de 10% e intervalo de confiança de 95%. Havia uma previsão de ser necessário recalcular o tamanho da amostra, após a aplicação de cerca de 20 instrumentos, caso a estimativa de 50% se mostrasse incorreta. De fato, o que se encontrou foi 80% de usuários satisfeitos, dado que diminuiria o tamanho da amostra necessário para alcançar uma representatividade da população. Entretanto, a diminuição do tamanho da amostra não foi feita, de forma que foram entrevistados os 93 sujeitos, inicialmente calculados. Considerando as estimativas nos cálculos, optou-se por seguir o cálculo inicial para ter uma margem de segurança quanto ao tamanho da amostra necessário para obter representatividade.

A seleção dos sujeitos foi feita a partir dos prontuários de família cadastrados no serviço. Os prontuários foram escolhidos mediante amostra aleatória simples, com o auxílio do software *Statiscal Package for Social Science (SPSS)* na versão 10.0 for Windows. Foram definidos 120 números de prontuários, para que houvesse uma reserva.

Após os prontuários de família terem sido selecionados, foi escolhido um usuário de cada família, que atendesse aos critérios de inclusão já citados. Caso houvesse mais de um usuário com idade acima de 20 anos, selecionava-se aquele que vinha utilizando o serviço com mais frequência. Os sujeitos selecionados foram convidados a participar do estudo, sendo que nenhum dos contatados se recusou a responder às perguntas. O que aconteceu em algumas famílias foi não se encontrar o usuário escolhido, devido a horários de trabalho, por exemplo. Nessas situações, tentava-se agendar um horário no qual o sujeito pudesse ser encontrado e, se não fosse possível, selecionava-se outro usuário, a partir dos prontuários reserva.

Dentre os 93 sujeitos, previamente selecionados para a parte quantitativa, foram sorteados 30 usuários para participarem, também, da etapa qualitativa. O número de usuários definido para sorteio levou em consideração, conforme Ghiglione e Matalon, (2001) que ao utilizar inquéritos não estatísticos (por exemplo, o instrumento adotado nesta investigação) é inútil inquirir um grande número de pessoas, visto que a demora na análise dificulta explorar sistematicamente um grande número de entrevistas. Além disso, referem que é raro surgirem novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista não estatística. Assim, a amostra qualitativa deste estudo contou com 22 usuários, quando se verificou a saturação dos dados.

4.3 Contextualização do cenário em estudo

O município de Porto Alegre possui 85 bairros, que totalizam uma população de 1.360.590 pessoas, sendo 724.770 mulheres e 635.820 homens. A expectativa de vida masculina é de 71,4 anos e a feminina, 66,2 anos. O perfil sanitário se caracteriza por abastecimento de água em 99% da cidade, recolhimento de lixo em 100%, coleta de esgoto em 83% e esgoto tratado em 44% (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, 2005, dados de 2004). Há 117 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município, sendo 84 com Equipes de Saúde da Família (PORTO ALEGRE, [2006]).

A GD Leste/Nordeste conta com quatro Unidades de Saúde (US), 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Saúde da Família, um Centro de Saúde (CS), um Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente (NASCA) e uma equipe de saúde mental, que atende em uma das US. Além desses serviços, há outros de atenção básica que são administrados pela esfera Federal e pertencem ao Grupo Hospitalar Conceição: US Divina Providência, US Vila Sesc, Us Barão de Bagé, US Coinma. Há, ainda, a US Campus Aproximado da PUCRS (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul), que também assiste a população dessa Gerência. O CS atende a uma população de 14.006 pessoas (IBGE, 2000) e tem os serviços de Pronto Atendimento e ambulatório, com as seguintes

especialidades médicas: cardiologia, urologia, vascular, neurologia, proctologia, além de odontologia e fonoaudiologia. As US têm médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, nutricionista, odontólogos, auxiliar de consultório dentário e assistente administrativo. Já as UBS contam com equipes de Saúde da Família, formadas por, no mínimo, oito profissionais: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Uma UBS comporta até quatro equipes de Saúde da Família. Uma dessas equipes possui, além da equipe básica de Saúde da Família, um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

A população total da GD Leste/Nordeste é de 147.831 pessoas, sendo 117.981 indivíduos da região Leste e 29.850, da Nordeste (IBGE, 2000). O serviço deste estudo se localiza especificamente na região Leste dessa Gerência, que conta com duas US (das quatro totais da GD Leste/Nordeste), o CS (comum às duas regiões) e seis UBS com equipes de Saúde da Família, sendo que duas dessas possuem duas equipes, totalizando oito equipes de Saúde da Família.

Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de junho de 2006 referentes ao serviço em estudo demonstram que há 960 famílias cadastradas, resultando em, aproximadamente, 3.264 pessoas, seguindo a estimativa de 3,4 membros por família, recomendada pelo MS.

Epidemiologicamente, a GD Leste/Nordeste se caracteriza principalmente por doenças do aparelho circulatório, apresentando um coeficiente de ocorrência de 26,14 (n=386) em 10.000 no ano de 2000 e de 17,68 (n=269) em 2004 (PORTO ALEGRE, 2004). Na região Leste, a principal causa de morte nos anos de 2001 e 2002 foi infarto agudo do miocárdio no sexo feminino e disparo por outras armas de fogo no sexo masculino, seguido de infarto agudo do miocárdio.

A região adscrita à UBS em estudo é bastante variável em relação ao tipo de construções, pois a maioria das residências é de alvenaria, mas também há muitos domicílios em situações precárias, sem assoalho, cobertos com lonas, oferecendo riscos aos moradores. As ruas mais largas e de maior circulação são asfaltadas, mas há becos e áreas sem calçamento, que alagam em épocas de chuva. Mais para a periferia da região, há áreas com esgoto a céu aberto.

Assim se conforma o cenário desta pesquisa, bastante influente em relação às trajetórias terapêuticas e à visão dos sujeitos acerca do serviço.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio das técnicas de entrevista semi-estruturada e formulário estruturado.

Para coletar os dados qualitativos, utilizou-se a entrevista semi-estruturada com base em Triviños (1987) (APÊNDICE A). A escolha por tal técnica se justifica pelo fato de que possibilita aos sujeitos se expressarem de forma mais livre que no instrumento com perguntas fechadas. Assim, considerou-se a riqueza da contribuição que os usuários trouxeram com seus discursos. Sem desvalorizar a entrevista aberta, o autor privilegia a semi-estruturada por valorizar a presença do pesquisador, ao mesmo tempo em que oferece todas as perspectivas para que o informante tenha a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação.

Neto (1996) se refere à entrevista como um procedimento por meio do qual se obtêm dados objetivos e subjetivos. Esses últimos, que constituem o caso em questão, se relacionam às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados. A primeira questão solicitava que o respondente descrevesse a trajetória que percorreu nas últimas vezes que utilizou o serviço, incluindo os locais para onde foi encaminhado, sem, entretanto, relacioná-la a um problema de saúde específico. A partir de então, as questões se referiam à visão dos usuários sobre o serviço.

As entrevistas foram gravadas, mediante consentimento do informante e, posteriormente, transcritas na íntegra. Somente uma usuária solicitou que a entrevista não fosse gravada.

Os dados quantitativos foram colhidos a partir de formulário estruturado (APÊNDICE B), baseado no *satisfatômetro* proposto por Merhy (1994), que, segundo o autor, possibilita medir as impressões subjetivas do usuário. Adaptando o instrumento para o presente estudo, foram elaboradas questões estruturadas que buscaram avaliar aspectos referentes ao acolhimento e à resolutividade da assistência.

Para testar os instrumentos, foi realizado um teste piloto, sendo que na sexta aplicação foi possível adequar a estrutura de ambos os instrumentos. Na primeira versão do instrumento quantitativo, os usuários foram estimulados a dar uma nota

para cada item abordado, dentre quatro opções: 0-25; 26-50; 51-75; 76-100. Seguindo proposta do autor, quatro caixinhas do mesmo tamanho foram coladas, uma ao lado da outra, cada qual representando um grupo de notas, para facilitar a resposta do participante. Entretanto, essa técnica não se mostrou adequada neste estudo, pois os respondentes se mostraram confusos ao responder às questões. Assim, após o teste piloto, foi feita uma modificação: no lugar das notas, os usuários puderam escolher entre as seguintes opções: sempre, na maioria das vezes, às vezes ou nunca – em algumas perguntas, que se referiam a diversas situações da assistência – e ótimo, bom, regular ou ruim, nas perguntas que buscavam conhecer a qualidade de determinado aspecto do atendimento.

Para a caracterização do perfil dos usuários, também foram utilizadas questões estruturadas, aplicadas no mesmo instrumento quantitativo. Foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, ocupação, condições da moradia, se possuía plano de saúde privado, quais os principais problemas de saúde, há quanto tempo e com que frequência utilizavam o serviço.

A coleta de informações ocorreu no domicílio dos usuários, evitando interferir na rotina do serviço e de seus trabalhadores, além de não intimidar os usuários e não afetar suas respostas quanto ao serviço. Com o auxílio das ACS, por vezes agendava-se um horário com os sujeitos, mas outras vezes era possível encontrá-los em casa no momento da visita domiciliar. É necessário ressaltar que as ACS não presenciavam as entrevistas, apenas orientavam a pesquisadora quanto à localização de cada domicílio, pois nem sempre os números de endereçamento eram fiéis ao que constava nos prontuários das famílias. Esse auxílio das ACS foi indispensável para realização da coleta de dados.

Ao chegar aos domicílios, a pesquisadora se apresentava como enfermeira e pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, salientando que não possuía qualquer vínculo com a Unidade de Saúde, novamente para que os respondentes não se intimidassem ao expor sua visão e contar suas experiências no serviço.

4.5 Considerações bioéticas

O projeto obteve aprovação pelo parecer número 38/05 (ANEXO) do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, responsável por avaliar os projetos que são desenvolvidos nos serviços vinculados à SMS de Porto Alegre. A entrada em campo ocorreu somente após aprovação do referido Comitê. Também foi solicitada a licença do serviço selecionado para participar da pesquisa, o qual se mostrou receptivo e interessado no estudo.

O estudo foi desenvolvido com respeito às normas da resolução 196/96, que apresenta as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, buscando oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos aos participantes, usuários do serviço (BRASIL, 1996).

Os usuários não são identificados, de forma que são utilizados códigos (E, de entrevista, seguido do número cardinal da entrevista) na apresentação dos resultados. Além do anonimato, garantiu-se aos usuários a liberdade de desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que isso influenciasse no acesso ao serviço de saúde.

Para os sujeitos selecionados também para a etapa qualitativa, que responderam à entrevista semi-estruturada, forneceu-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), no qual constam todas as informações referentes ao estudo, assegurando as prerrogativas para pesquisa com seres humanos, com base na já referida resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo tem a assinatura da pesquisadora e do participante, tendo sido feito em duas vias, uma ficando com a pesquisadora e outra com o participante. Foi expressa aos participantes a possibilidade de terem acesso às entrevistas transcritas, assim como ao relatório final do estudo. Após o prazo de cinco anos, as fitas com as entrevistas serão desgravadas.

Para cada participante exclusivamente da etapa quantitativa, forneceu-se uma folha explicativa (APÊNDICE D), igualmente assegurando as já citadas prerrogativas do Conselho Nacional de Saúde. Nessa folha, não foi preciso que o participante assinasse seu nome, evitando que fosse, assim, identificado. As

informações concedidas correspondem ao consentimento do informante, que, nesse caso, obteve-se por meio da folha explicativa.

4.6 Análise de dados

Para a análise dos dados qualitativos seguiu-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, proposta por Minayo (1996). Para a autora, fazer uma análise temática é encontrar a presença de determinados temas ou valores de referência presentes na fala dos sujeitos. A análise temática constou das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise foi feita mediante a organização do material, a partir da transcrição das fitas e leitura flutuante das entrevistas, registrando impressões sobre os dados e identificando semelhanças, que vieram a configurar categorias. A exploração do material constituiu a fase mais longa, na qual foram realizadas diversas leituras do conteúdo, procedendo à codificação, a partir das categorias definidas anteriormente. Para o tratamento e interpretação dos resultados tentou-se identificar o conteúdo subjacente ao que estava explícito, colocando em relevo as informações obtidas. Do agrupamento das diversas categorias encontradas constituíram-se os grandes temas: acolhimento: barreiras e facilidades; resolutividade: trajetórias terapêuticas *versus* visão dos usuários. O quadro a seguir mostra as categorias que construíram os diferentes temas.

CATEGORIAS	TEMAS
Trajetórias terapêuticas	ACOLHIMENTO: barreiras e facilidades
Filas e número exato de fichas para atendimento	
Dificuldades para a plena resolatividade	
Demanda espontânea: falta de previsão do adoecer	
Acolhimento em diferentes dimensões: responsabilização, integralidade e autonomização	
Vínculo	
Problemas de acesso funcional: tempo de espera, estrutura	
Expectativas em relação ao serviço	
Do que mais gostam e o que mudariam no serviço	
Concepção de acolher dos usuários	
Trajetórias terapêuticas: resolatividade	RESOLUTIVIDADE: trajetórias terapêuticas <i>versus</i> visão dos usuários
Referência e contra-referência	
Resolatividade na visão dos usuários	
Impacto do serviço sobre a saúde dos usuários	
Satisfação x resolatividade	

QUADRO – Categorias que constituíram os temas.

Os dados gerados a partir do instrumento quantitativo foram tratados utilizando-se a estatística descritiva. As variáveis qualitativas de tal instrumento foram descritas com freqüências absoluta e relativa percentual e as quantitativas, com média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram testadas pelo Teste *Qui-quadrado*, que permite verificar se a freqüência absoluta observada de uma variável é significativamente diferente da distribuição de freqüência absoluta esperada (GOMES *et al.*, 2005). Assim, buscou-se conhecer se havia ou não relação estatisticamente significativa entre duas variáveis testadas na mesma amostra. Considerando que o teste *Qui-quadrado* só deve ser aplicado quando menos que 20% das observações são inferiores a cinco, alguns testes de associação entre variáveis foram interpretados a partir da análise do resíduo ajustado (RA) desse Teste (HABERMAN, 1973).

Ainda, foram utilizados outros testes para analisar os dados deste estudo: o Teste *t* e o Teste *Anova* (*análise de variância*), que verificam se existem diferenças estatisticamente significativas em variáveis quantitativas e qualitativas ordinais. O Teste *t* é utilizado para comparar duas médias amostrais, verificando se são estatisticamente diferentes (GOMES *et al.*, 2005). Por exemplo, neste estudo, aplicou-se esse Teste para analisar se a média de anos de estudo do grupo satisfeito com o serviço estudado era estatisticamente diferente da média de anos

de estudo do grupo não satisfeito com o serviço, visando relacionar as variáveis escolaridade e satisfação. O Teste *Anova* visa a verificar se existe diferença significativa entre as médias vindas de grupos diferentes (neste estudo, os grupos diferentes para essa análise foram os pouco satisfeitos e os regular ou muito satisfeitos com o serviço) e se há fatores que influenciam os resultados observados na variável dependente.

Utilizou-se o Software SPSS na versão 10.0 for Windows para dinamizar a organização dos dados e realizar os testes estatísticos necessários. Esses dados são apresentados em tabelas e gráficos, na discussão dos resultados.

Os resultados qualitativos e quantitativos são discutidos simultaneamente, de forma que se complementam. Apresenta-se a discussão nos próximos capítulos: Apresentando os usuários sujeitos do estudo: caracterização socioeconômica, demográfica e sanitária; O Acolhimento na UBS: barreiras e facilidades; A Resolutividade na UBS: trajetórias terapêuticas *versus* visão dos usuários.

5 APRESENTANDO OS USUÁRIOS SUJEITOS DO ESTUDO: caracterização socioeconômica, demográfica e sanitária

A caracterização socioeconômica e demográfica dos sujeitos do estudo foi elaborada a partir das variáveis de sexo, idade, escolaridade em anos de estudo, ocupação, se possuíam ou não plano de saúde, quantos cômodos havia em suas casas e de que material eram feitas. Já a caracterização sanitária foi construída a partir dos problemas de saúde dos usuários participantes do estudo e dos serviços que mais utilizavam na UBS, bem como havia quantos anos utilizavam o serviço de saúde e com que frequência.

Em relação à variável sexo, dos 93 entrevistados, 86% eram mulheres e somente 14%, homens (FIGURA 1).

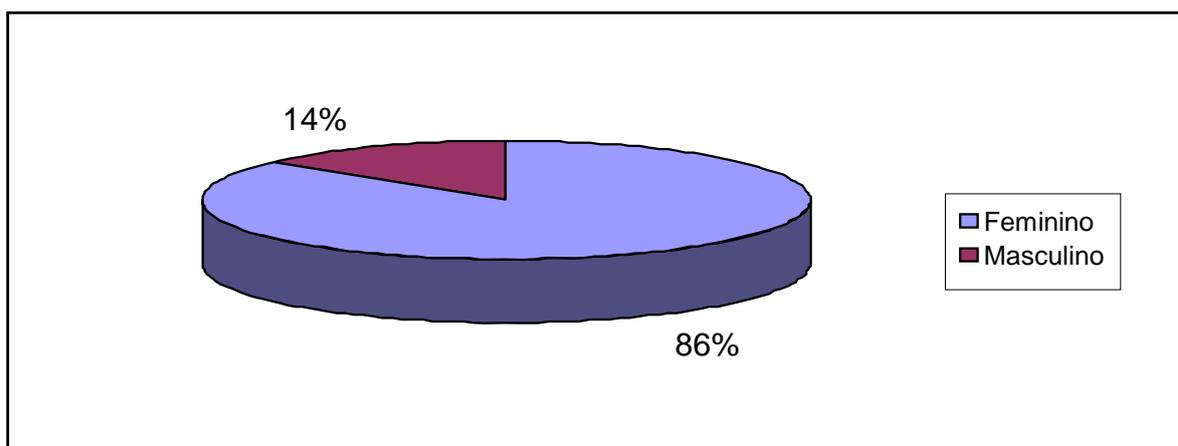


Figura 1 – Distribuição dos entrevistados por sexo.

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Esse dado reforça o encontrado no estudo de Andrade e Ferreira (2006), que observou mais mulheres (63,3%) do que homens, na realização da pesquisa. As autoras consideram que o fato de as entrevistas terem sido realizadas nos domicílios pode ter contribuído para a maioria feminina no estudo, pois é mais comum encontrar as mulheres do que os homens, em suas casas. No presente estudo, entretanto, a amostra de participantes foi definida previamente à chegada nos domicílios, a partir da análise dos prontuários de família. Dessa forma, esse fato não interferiu no achado de mais mulheres neste estudo.

Sob uma outra análise, Pinheiro *et al.* (2002) referem que, de um modo geral, as mulheres utilizam serviços de saúde mais frequentemente do que os homens. Estudos como os de Verbrugge (1989) e de Bird e Rieker (1999) demonstram que os homens apresentam mais doenças crônicas fatais. Já as mulheres possuem mais doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias e doenças crônicas não fatais. (BIRD e RIEKER, 1999). Essa constatação pode ser uma das explicações para o fato de as mulheres utilizarem serviços de saúde com maior frequência do que os homens, pois seus problemas de saúde, apesar de acarretarem baixa letalidade, produzem muitos sintomas e incapacidade, gerando grande demanda aos serviços de saúde. (PINHEIRO *et al.*, 2002). Outra questão apontada por Verbrugge (1989) para essa diferença entre homens e mulheres é a forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e tomam decisões quanto ao que fazer com respeito à saúde. O autor refere que as mulheres demonstram maior interesse por sua saúde em comparação com os homens.

A análise que Pinheiro *et al.* (2002) fizeram, a partir dos dados do suplemento sobre acesso e utilização dos serviços de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE, em 1998, demonstra que as mulheres fazem uma avaliação de seu estado de saúde mais negativa que os homens. Além disso, 62,3% de mulheres referiram ter passado por consultas médicas no período de um ano anterior à entrevista, ao passo que 46,7% dos homens referiram o mesmo. As mulheres procuraram serviços de saúde com maior frequência do que os homens nos 15 dias anteriores à entrevista (15,8% e 10,1%, respectivamente).

Ainda, ressalta-se que o perfil demográfico da GD Leste/Nordeste no ano de 2000 se caracterizou por mais mulheres (35.132) do que homens (31.986) na faixa etária dos 20 aos 49 anos (PORTO ALEGRE, 2004), dados que podem ter relevância ao se considerar os resultados encontrados no presente estudo, em relação à maioria feminina na amostra.

A média de idade dos entrevistados foi de 44,06, sendo a idade mínima 20 anos (a inclusão na amostra foi a partir dos 20 anos), a máxima, 86 e o desvio padrão de 15,93.

A média de anos de estudo ficou em 5,76 anos, sendo o mínimo nenhum ano de estudo, o máximo 13 e o desvio padrão 3,41. Constata-se, assim, que

nenhum dos entrevistados possuía curso superior, sendo que quem apresentou 13 anos de escolaridade estudou em cursos técnicos, em nível de ensino médio.

Foi feita, também, a distribuição da escolaridade dos entrevistados por faixas de anos de estudo: a maioria de 43,2% possuía de cinco a oito anos de estudo, 38,7% possuíam de zero a quatro anos de estudo e 17,4%, de nove a 13 anos de escolaridade.

Buscou-se conhecer a relação entre escolaridade e intensidade de satisfação dos participantes. Para essa análise, foi calculado o *Teste t*, tendo sido encontrado que a média de escolaridade dos que estavam satisfeitos era de 5,81 anos de estudo (desvio padrão=3,27 anos) e dos que não estavam satisfeitos era de 5,46 anos de estudo (desvio padrão=4,31 anos). Pôde-se evidenciar com maior clareza a diferença de escolaridade entre os satisfeitos, de acordo com a intensidade de satisfação. Pelo teste *Anova*, com intervalo de confiança de 95%, obteve-se que quem estava pouco satisfeito tinha média de anos de estudo de 8,67 (desvio padrão=2,83 anos) e quem estava regular ou muito satisfeito, tinha média de anos de estudo de 5,45 (desvio padrão=3,09 e 3,29 anos, respectivamente). Pode-se, assim, inferir que a escolaridade interfere na intensidade de satisfação dos usuários, sendo que os mais satisfeitos possuíam menos anos de estudo. Outra análise que pode ser feita é que quem se disse pouco satisfeito tinha no mínimo dois anos de estudo, ao passo que o ponto mínimo de escolaridade de quem se considerou muito satisfeito foi nenhum ano.

A tabela 1 mostra a distribuição dos entrevistados por ocupação. A maioria dos 93 sujeitos (45,2%) referiu ser dona de casa, sendo que isso representou 52,5% do total de mulheres participantes. A segunda ocupação mais referida foi de doméstica, atingindo um percentual de 12,9% do total de entrevistados e 1,5% do total de mulheres. As demais ocupações citadas foram: aposentado (10,8%), trabalho com vendas (9,7%) e “outras”, que constituíram 16,1% da amostra. Entre essas, estavam atividades de: cozinheira, recepcionista, pastor, técnico de enfermagem, mãe de santo, educador, afastado pelo INSS, atendente de creche, pintor e babá. Ainda, 5,4% referiram estar desempregados.

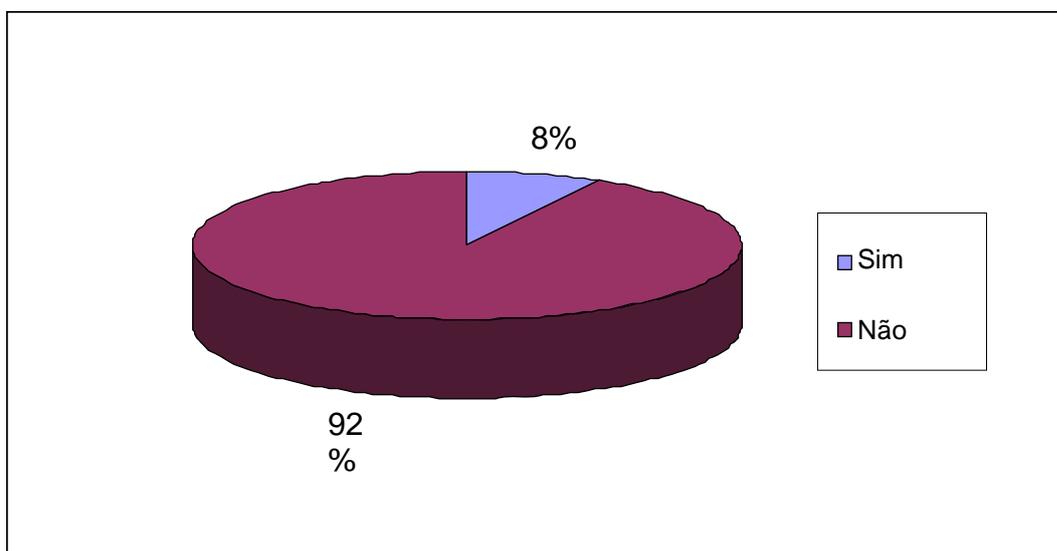
Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados por ocupação. Porto Alegre, 2005.

Ocupação	Freqüência	Percentual	Percentual cumulativo
Dona de casa	42	45,2	45,2
Doméstica/faxineira	12	12,9	58,1
Aposentado	10	10,8	68,8
Trabalha com vendas	9	9,7	78,5
Desempregado	5	5,4	83,9
Outras	15	16,1	100,0
TOTAL	93	100,0	-

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Para abordar a condição econômica dos entrevistados foram investigadas as seguintes variáveis: ter ou não plano de saúde, número de cômodos e materiais de que eram feitos os domicílios.

A figura 2 demonstra a freqüência de usuários entrevistados que referiram ter ou não plano de saúde privado. Como esperado, a maioria de 92,5% (n=86) não possuía plano de saúde, sendo que 7,5% (n=7) tinham.

**Figura 2** – Freqüência de entrevistados que possuíam ou não plano de saúde.

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

A média do número de cômodos das casas foi de 4,6, sendo o mínimo um, o máximo 12 cômodos e o desvio padrão 2,09. O número mais citado de cômodos foi de quatro, sendo em 22,6% (n=21) das casas, sendo que 12 cômodos foi o menos citado, em 1,1% (n=1) dos sujeitos, seguido de dois cômodos, com a freqüência de 2,2% (n=2). Quanto ao material do qual eram feitas as casas, 72%

(n=67) eram de alvenaria, 18,3% (n=17) de madeira e 9,7% (n=9) mistas (madeira e alvenaria).

Passando ao perfil sanitário, em relação ao tempo que usavam o serviço de saúde, a média foi 7,14 anos, o tempo mínimo foi de um ano, o máximo de oito e o desvio padrão de 1,77. Cabe ressaltar que 75,3% (n=70) dos participantes utilizavam o serviço havia oito anos e que o tempo mínimo de utilização para participar do estudo era de um ano, como já citado na Metodologia, entre os critérios de inclusão na amostra. Apenas 1,1% (n=1) utilizava o serviço havia um ano.

Quando questionados quanto à frequência com que utilizavam a UBS, 37,6% (n=35) responderam “quando precisa”, o que levou à construção dessa variável como uma das opções de resposta para a pergunta, para fins de análise. Pouco menos, 32,3% (n=30), usavam o serviço mensalmente; 6,5% (n=6), quinzenalmente; 4,3% (n=4), anualmente e semanalmente e 15,1% (n=14) citaram outras frequências: de dois em dois meses, duas vezes por semana, de três em três meses, de quatro em quatro meses, duas vezes por ano e diariamente.

Na questão acerca do problema de saúde, foram obtidas 117 respostas, considerando que alguns usuários referiram portar mais de um problema (TABELA 2). Visando a facilitar a análise, os dados foram agrupados em oito categorias: hipertensão arterial sistêmica (33,3% dos casos), problemas cardíacos (6,5%), problemas respiratórios (7,5%), diabetes melittus (9,7%), problemas ginecológicos (3,2%), problemas mentais (5,4%), outros (31,2%) e nenhum (29%). Compreendem a categoria “outros” os seguintes problemas de saúde: câncer, osteoporose, reumatismo, tendinite, problemas de nervo ciático, problemas de coluna, enxaqueca, colesterol elevado e problemas gástricos.

A categoria de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi considerada individualmente, separada da de problemas cardíacos, devido à alta frequência com que foi relatada. Schneider, Tatsch e Lopes (2004) também encontraram índices elevados de HAS, bem como de Diabetes Melitus, ao analisarem o perfil dos usuários e os atendimentos da atenção básica em um serviço com Saúde da Família, o que faz com que esses grupos procurem com frequência a atenção básica.

Tabela 2 – Frequência de problemas de saúde definidos pelos usuários. Porto Alegre, 2005.

Categorias de problemas de saúde	Frequência	Percentual das respostas	Percentual dos casos
HAS	31	26,5	33,3
Cardíacos	6	5,1	6,5
Respiratórios	7	6,0	7,5
Diabete Melitus	9	7,7	9,7
Ginecológicos	3	2,6	3,2
Mentais	5	4,3	5,4
Outros	29	24,8	31,2
Nenhum	27	23,1	29,0
TOTAL DE RESPOSTAS	117	100,0	125,8

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Em relação aos serviços que mais utilizavam na UBS, foram dadas 170 respostas, novamente devido ao fato de alguns respondentes escolherem mais de uma opção (TABELA 3). O serviço mais utilizado foi a consulta médica, citada por 72% (n=67) dos usuários e em 39,4% de todas as respostas. Em seu estudo, Marques (2004) afirma que muitos usuários vão aos serviços de saúde em busca do atendimento médico, pois a forma de organização da maioria dos processos de trabalho em saúde reforça, no ideário da população, que o médico é o único profissional capacitado para prestar cuidados ao sujeito doente, sendo que o discurso e as práticas dos demais trabalhadores reforçam essa questão.

Praticamente a metade dos sujeitos (49,5%, n=46) disseram ir ao serviço para retirar medicação; 29% (n=27) utilizavam consulta de enfermagem; 26,9% (n=25) iam para realizar procedimentos em geral; 3,2% (n=3) eram atendidos em visitas domiciliares e 2,2% (n=2) participavam dos grupos de educação em saúde.

O fato de os dois serviços mais utilizados serem a consulta médica e a retirada de medicação evidencia a medicalização da população estudada. Para Vieira (2002), a medicalização da sociedade constitui-se de um processo que articula Medicina e sociedade e produz a extensão dos cuidados médicos.

Tabela 3 – Modalidades de serviços que os entrevistados mais utilizavam na UBS. Porto Alegre, 2005.

Serviços	Frequência	Percentual das respostas	Percentual dos casos
Consulta médica	67	39,4	72,0
Consulta de enfermagem	27	15,9	29,0
Grupos	2	1,2	2,2
Procedimentos em geral	25	14,7	26,9
Retirar medicação	46	27,1	49,5
Visita domiciliar	3	1,8	3,2
TOTAL DE RESPOSTAS	170	100,0	182,8

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados através de questionário. Porto Alegre, 2005.

Chama a atenção o fato de as visitas domiciliares serem tão pouco referidas pelos usuários. Provavelmente, também são pouco oferecidas pela equipe multiprofissional, contrapondo-se a um dos aspectos que poderiam ser o diferencial da Saúde da Família. O baixo número de visitas domiciliares realizadas pelos demais profissionais, além dos ACS, pode estar relacionado à falta de perfil desses profissionais, que permanecem arraigados ao modelo curativo, embasado nas consultas médicas ou de enfermagem. No estudo de Conill (2002), realizado em equipes de Saúde da Família em Florianópolis/SC, também foi evidenciado que os profissionais de nível superior pouco se envolvem nas visitas aos domicílios, sendo que os médicos realizam mais essa atividade em comparação com as enfermeiras. Nessa perspectiva, Ciampone e Peduzzi (2000) reforçam a importância de se construir um novo pensar e fazer na prática da Saúde da Família, pois ao ampliar o objeto de ação do indivíduo para a família e do interior dos serviços para os domicílios, faz-se necessária uma ação multiprofissional, com o desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes por parte de toda a equipe.

Ainda partindo do que preconiza a Saúde da Família, também é de surpreender a pouca utilização dos grupos de educação em saúde, pois a Saúde da Família se propõe a desenvolver ações preventivas e, portanto, a equipe deveria oferecer e estimular a participação nos grupos, já que constituem uma importante ferramenta para se trabalhar a prevenção. Além disso, como evidenciado no estudo de Silveira *et al.* (2004), as ações educativas contribuem para que as pessoas conquistem autonomia e qualifiquem sua maneira de viver.

Considerando que este estudo aborda aspectos da visão de usuários sobre elementos da assistência e que a situação socioeconômica dos mesmos pode

interferir nessa visão, buscou-se analisar tal caracterização, nesta seção, partindo do entendimento de que deva ser integrada aos estudos de avaliação.

6 O ACOLHIMENTO NA UBS: barreiras e facilidades

Com base nas descrições das trajetórias terapêuticas que os usuários fizeram e das respostas às entrevistas, foi possível identificar como vem sendo desenvolvido o acolhimento na UBS, cenário deste estudo.

Ao contrário do exposto nos preceitos do Projeto de Qualificação do Acolhimento em Porto Alegre, a partir de um material bibliográfico confeccionado por funcionários da SMS (ORTIZ *et al.*, 2004), permanecem as filas de usuários no serviço, cedo, pela manhã, com número definido de fichas para atendimento. Oficialmente, não há um horário definido para acolher. Entretanto, a equipe possui uma programação de atendimento de forma que são distribuídas seis fichas diárias para consulta médica no mesmo dia em que o usuário procura o serviço, além de outras seis fichas disponibilizadas para agendamento na semana anterior. Como as fichas para atendimento médico no dia são distribuídas assim que serviço abre, após terminarem as fichas disponíveis, o acolhimento é feito pelos técnicos de enfermagem, no balcão de recepção.

A mudança de gestão político-administrativa pela qual passou o Município de Porto Alegre a partir do ano de 2005 talvez possa ser relevante quando é possível observar essa variação entre alguns dos preceitos do Projeto de Qualificação do Acolhimento na Gerência Leste/Nordeste e os resultados desta pesquisa. De qualquer forma, a SMS atual também preconiza que o acolhimento é um serviço que visa a reduzir filas e extinguir a distribuição de fichas diárias (PORTO ALEGRE, [2006]).

Foi muito enfatizada pelos usuários a dificuldade de receber assistência se não conseguirem uma ficha para atendimento médico:

P: E quando o senhor vai ali sem ter marcado uma consulta, acordou hoje precisando e vai ali, como é o atendimento?

U: Não tem! Tem que marcar uma consulta, só pro mês que vem ainda. Eu fico pensando, pra que isso aí? Se a pessoa está doente, está mal, tem que atender na hora, tu não acha? Examina, se não é pra ela, manda pra outro lugar. Eu acho, que isso pra mim aí não serve. (E7)

[...] eu cheguei com a minha filha ali com 30 e poucos de febre, eles não quiseram me atender porque a médica estava atendendo e aí eles não quiseram me atender. Peguei e fui num outro posto de

saúde, aí a minha filha ficou quase 24 horas baixada por motivo do mau atendimento neste posto [...] Mesmo que não tenha uma ficha disponível, mas eu acho que se uma criança chega com febre eles são obrigados a atender. (E48)

Na situação acima relatada por uma usuária, evidencia-se que não houve acolhimento por nenhum profissional da equipe, sequer a escuta inicial, tampouco a responsabilização por parte do serviço. A partir dessas situações, questiona-se qual o espaço da enfermeira nessa equipe, pois poderia estar realizando um acolhimento real, com escuta ativa a essas pessoas.

Isso pode estar ocorrendo pelo fato de a equipe estar centrada no trabalho médico. Não se nega a importância da consulta médica como parte do trabalho multiprofissional. Reconhece-se que, algumas vezes, a falta de acesso a essa modalidade de atendimento pode barrar a plena resolutividade de alguns problemas de saúde trazidos pelo usuário, como referiu a usuária E8:

[...] às vezes tem a médica, às vezes são as enfermeiras [...] daí às vezes ela não pode, ela manda pra outro lugar. Aí tu tens que se deslocar pra outro lugar, né. Coisas que eu acho que eles deviam resolver ali. (E8)

Isso ocorre porque a equipe de saúde deve atuar respeitando os núcleos de competência de cada categoria, como está previsto no Projeto Acolhimento (ORTIZ *et al.*, 2004). Além disso, a enfermeira deve respeitar a Lei do Exercício Profissional, que define os limites de sua atuação.

Entretanto, mesmo nos casos que ficam à margem da competência profissional da enfermeira em resolver por completo, essa profissional tem que prestar algum tipo de atendimento ao paciente, acolhendo e fornecendo uma resposta até onde lhe é permitido. Nesse sentido, Franco, Bueno e Merhy (1999) observaram um aumento de rendimento no trabalho da enfermeira em uma UBS, a partir da utilização de protocolos na assistência prestada por essa profissional. Esse aumento de rendimento, a partir da implantação da equipe de acolhimento, resultou em um significativo impacto no acesso dos usuários ao serviço. Ainda, esses autores afirmam que a utilização dos protocolos, juntamente com discussões acerca do acolhimento entre a equipe, capacitação e interação da equipe e funcionamento de grupos programáticos, contribui para a “resolubilidade”, usando o termo adotado por eles, da equipe de acolhimento. (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999, p. 349).

Evidencia-se, em alguns serviços com equipe de Saúde da Família, que nos dias nos quais o profissional médico não comparece, o movimento do serviço é quase nulo, o que demonstra que a ação resolutiva e o próprio acolhimento por parte dessa equipe estão condicionados à ação médica. Schimith (2002), analisando acolhimento e vínculo em uma equipe de Saúde da Família, observou casos que confirmam essa evidência quando uma auxiliar de enfermagem do serviço referiu que, quando o médico está ausente, há pouca movimentação na Unidade. Nessas situações a própria proposta da Saúde da Família de reorientar o modelo de assistência fica comprometida, pois demonstram que a equipe de saúde continua centrada no atendimento médico ao invés de constituir uma equipe com atuação multiprofissional.

O maior problema no que se refere ao acolhimento parece ser mesmo no atendimento à demanda espontânea, do dia, quando não há fichas ou não havia consulta agendada. O descontentamento com o atendimento, nesses casos, foi relatado por muitos entrevistados, evidenciando a fragilidade do serviço no acolhimento a essa demanda, indo ao encontro do que referem Franco e Merhy (2003) acerca de uma das fragilidades do Saúde da Família ser justamente o fato de não ter estratégia para lidar com a demanda espontânea. Matumoto (2003, p. 87) também considera que “as unidades de saúde estão pouco preparadas para enfrentar o inesperado, a imprevisibilidade”. E, quanto ao Acolhimento como Projeto, Ortiz *et al.* (2004) afirmam que o atendimento aos casos agudos deve ocorrer em tempo integral do funcionamento do serviço, de acordo com a capacidade instalada de recursos humanos e materiais. Os depoimentos abaixo ilustram essa situação.

[...] De repente eu to com uma gripe, ou outra coisa pior [...] pra tu marcar uma ficha pra outra semana. Quer dizer, de repente na outra semana, ou dali a dez dias quando eu for, eu já não to mais com a gripe. (E2)

[...] Em caso de emergência, eu não estou gostando, né, por causa que as emergências deles tu tens que marcar de manhã. E às vezes, no meu caso, eu tenho dois bebês, às vezes eles estão ruinzinhos, a partir de umas dez horas. O de um aninho, há um mês atrás, deu uma convulsão, aí eu levei no posto mais perto, né, daí fomos ali [UBS], mas não teve como atender ele, não tinha ficha. (E8)

E eu acho que deveria ter mais consulta do dia, tem muito pouca consulta do dia, é mais agendado, eu acho que se eu vou num posto de saúde e que eu tenho algum problema, eu tenho que ser

atendida na hora, eu não vou ali por brincadeira. [...] eu não sei se vai me dar uma dor de cabeça fortíssima semana que vem. A não ser que seja pra fazer um exame de rotina, aí é outro departamento. Agora, se eu tenho uma dor forte hoje, eu tenho que ser atendida hoje. (E48)

A doença não marca hora, não marca dia pra chegar. (E43)

Os relatos apresentados expressam o problema em relação ao agendamento de uma semana para a outra, pois não há como fazer uma previsão do adoecer. O sistema de agendamento é oportuno quando se trata de consultas eletivas, sem necessidade de intervenção imediata. Mas na situação relatada acima (E8) houve um problema agudo e importante (convulsão), para o qual não foi dada nenhuma resposta por não haver mais fichas para consulta médica. Algum tipo de atendimento poderia – e deveria – ter sido prestado, como medir a glicemia e temperatura axilar, considerando que se tratava de convulsão em um bebê. A partir da avaliação, poderia ter sido resolvido o problema ou encaminhado conforme a necessidade. Chama a atenção, na fala dessa usuária (E8), a reprodução do discurso que ela certamente ouviu muitas vezes, nos demais serviços de saúde em que busca atendimento: “procure o posto mais perto da sua casa”. Está certo, ela seguiu a orientação, mas não encontrou acolhimento e muito menos resolução do problema no “posto mais perto”. E esse é um discurso encontrado em muitos serviços públicos de saúde, especialmente os de pronto-atendimento ou hospitais, que, na tentativa de garantir a continuidade do tratamento, contra-referenciam os pacientes para o “posto mais perto de suas casas”, seguindo o fluxo do sistema de saúde conforme o modelo da pirâmide. O problema é que frente às dificuldades de acesso com que os usuários se deparam na Atenção Básica, esse discurso se torna extremamente simplista.

Alguns usuários também referiram que, para serem atendidos quando não têm ficha, é preciso estar com febre ou em um estado grave de saúde. Mas esse “estado grave” é definido pelos funcionários do serviço, de modo que nem sempre corresponde ao que o usuário considera como problema.

Olha, assim [sem ter consulta agendada ou ficha do dia] eu fui uma vez só ali, quando meu guri era pequeno, foi pra ele [...] Deu meio estresse que ela [funcionária] não queria atender ele porque ele não estava com febre [...] tinha que ter febre, tudo. E ele estava com muita falta de ar, que ele tinha, ele tem bronquite, né. Ele estava

com muita falta de ar, então eu me estressei com ela: “Pô, eu tenho que estar morrendo pra vocês atenderem?” (E9)

Ah, sem ter agendado, daí é difícil, é só se, no caso, a gente chega lá e está com muita febre, com muito vômito, alguma coisa, assim, que daí eles atendem, abrem uma brecha e atendem a gente. Mas se não estiver com muita febre, não estiver com vômito, alguma coisa muito séria, aí eles encaminham pro posto ali de cima, né, ou então, marcar no outro dia. (E53)

O estudo de Schimith e Lima (2004, p. 112) também constatou situações nas quais a auxiliar de enfermagem de uma equipe de Saúde da Família utilizava o critério de o paciente “não ter febre” para negar o acesso ao atendimento, ignorando qualquer outro motivo que o usuário viesse a ter – e com certeza, tinha – para procurar o serviço. Entende-se que a equipe de saúde, ao utilizar o critério de “ter febre” para que o usuário possa acessar atendimento, está estimulando situações como as levantadas pelo estudo de Trentini *et al.* (2003), que evidenciou a simulação de doença feita por alguns usuários, para obterem acesso à consulta médica. Como referem as autoras, o usuário, então, ratifica que o serviço valoriza mais situações de doença ou riscos do que a promoção e a prevenção da saúde, contrariando os pressupostos da Saúde da Família.

Mesmo nos casos considerados sem necessidade de receber assistência no dia, o acolhimento prevê que o usuário que procura o serviço deva ser ouvido, deva receber algum tipo de atendimento, não obrigatoriamente a consulta médica. Em determinados momentos, apesar dos problemas apresentados acima, a UBS parece seguir esse princípio, pois alguns usuários referiram receber algum tipo de atendimento, tendo sido ouvidos por alguém da equipe de saúde.

P: E como é o atendimento quando tu vais sem ter consulta agendada?

U: É, daí tem que levantar bem cedinho que é pra poder pegar ficha. No caso também que são poucas, são seis por dia, né.

P: E se acontece de não ter ficha?

U: Aí passa, assim, aí o [técnico de enfermagem] vai lá avaliar, se é um caso de muita emergência, aí se der, se o dia não for muito corrido até ele passa [pra médica]. Se não der ele manda a gente subir lá em cima [Centro de Saúde]. (E4)

O acolhimento não deveria estar condicionado à consulta médica, tampouco a resolutividade. Um serviço que tenha o processo de trabalho bem estruturado, com boa integração entre os diferentes profissionais, pode resolver problemas sem que o

usuário chegue até a consulta médica. Um obstáculo se impõe quando a equipe condiciona a resolução à ação médica. Nesse sentido, Franco, Bueno e Merhy (1999) consideram o acolhimento uma diretriz operacional que propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço, que deve ser usuário-centrado, ao invés de ser centrado no atendimento médico. Para tanto, referem os autores, faz-se necessário reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico e redirecionando-o para uma equipe multiprofissional, embasada na escuta do usuário, voltada para resolver seu problema de saúde.

Ainda sob a perspectiva do acolhimento independente da ação médica, os usuários foram questionados se eram sempre atendidos por alguém da equipe ou às vezes ninguém os atendia, por não terem ficha. Encontrou-se que 73,1% disseram ser sempre atendidos por alguém. (FIGURA 3)

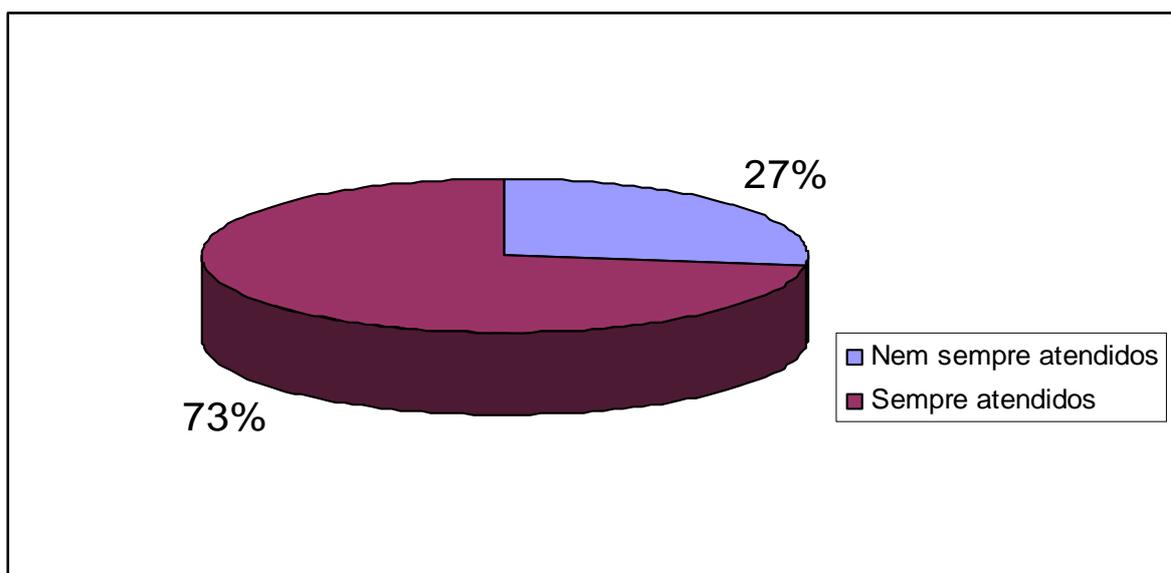


Figura 3 – Distribuição de usuários que disseram ser sempre ou nem sempre atendidos por alguém da equipe de saúde na UBS.

Fonte: Pesquisa direta: ROSA, RB. Dados coletados por questionário. Porto Alegre, 2005.

Há de se considerar que um índice de 26,9% responderem que às vezes não eram atendidos por ninguém reflete que, em alguns casos, a implementação da proposta do Acolhimento como Projeto não ocorria, pois deveriam ser ouvidos 100% dos usuários que procurassem o serviço (ORTIZ *et al.*, 2004). Autores como Carvalho e Campos (2000) corroboram esse princípio quando afirmam que o acolhimento visa a garantir acesso aos usuários, a partir da escuta inicial a todos eles. Assim, são definidos quais os problemas passíveis de solução no local e quais

os que necessitam de encaminhamento, que deve ser garantido pela equipe de saúde.

Como já referido, o acolhimento, sendo uma tecnologia utilizada para prestar assistência, abrange diferentes dimensões, entre elas, a responsabilização, a integralidade do atendimento e o estímulo à autonomização do usuário. Essas facetas são abordadas nessa discussão, partindo da conceituação de acolhimento do Projeto Acolhimento em Porto Alegre e dos demais referenciais nos quais está embasado este estudo.

No intuito de analisar o aspecto da responsabilização do profissional para com os problemas de saúde dos usuários, foi perguntado se esses consideravam que os profissionais se empenhavam para resolver seus problemas de saúde. Os dados encontrados apontam que quase a metade (46,2%) dos sujeitos do estudo considerava que os profissionais da UBS sempre se empenhavam para resolver seus problemas de saúde. A tabela 4 mostra a freqüência das respostas quanto ao empenho dos profissionais do serviço.

Tabela 4 – Freqüência de usuários que consideraram ou não que os profissionais do serviço se empenhavam para resolver o problema. Porto Alegre, 2005.

Empenho do profissional	Freqüência	Percentual	Percentual Cumulativo
Nunca	12	12,9	12,9
Às vezes	17	18,3	31,2
Na maioria das vezes	21	22,6	53,8
Sempre	43	46,2	100,0
TOTAL	93	100,0	-

Fonte: Pesquisa direta: ROSA, RB. Dados coletados por questionário. Porto Alegre, 2005.

A responsabilização do profissional para com os problemas de saúde dos pacientes gera certa confiança dos usuários na equipe de saúde do serviço. Esse aspecto também pode ser traduzido como uma das características de um acolhimento adequado, que estabelece vínculo com o serviço. Quando indagados se voltavam à UBS para trazer o retorno de exames ou consultas feitas em outros serviços, 86% dos sujeitos responderam que sim, demonstrando, aparentemente, um elevado nível de vinculação ao serviço ao qual pertencem. Entretanto, a produção de vínculo vai além do retorno ao serviço (contra-referência), item abordado neste estudo. Para Campos (1997), o vínculo entre usuários e serviço deve aumentar a eficácia das ações de saúde, favorecendo, também, a participação

do usuário. Corroborando, Schimith e Lima (2004) consideram que o verdadeiro vínculo é aquele que desenvolve autonomização no usuário e conta com sua participação na organização do serviço. Nessa direção, a equipe de um Centro de Saúde-Escola vem implementando junto a seus usuários uma avaliação contínua do processo de atendimento: semanalmente, perguntam aos pacientes do serviço de Triagem se preferem que o atendimento seja organizado por ordem de chegada ou por grupos de ciclos de vida, sendo unânime a escolha pelo segundo modo. Conforme Reis e Vianna (2004), autores do estudo realizado no citado serviço, esse sistema de consulta aos usuários tem contribuído para tornar as relações mais saudáveis e o acolhimento mais humanizado à população.

O acolhimento, que prevê a responsabilização do profissional, produz vínculo, que, por sua vez, aumenta a resolutividade do serviço e encaminha o usuário à autonomização. Esses elementos são interdependentes, constituindo uma relação representada na figura 4.

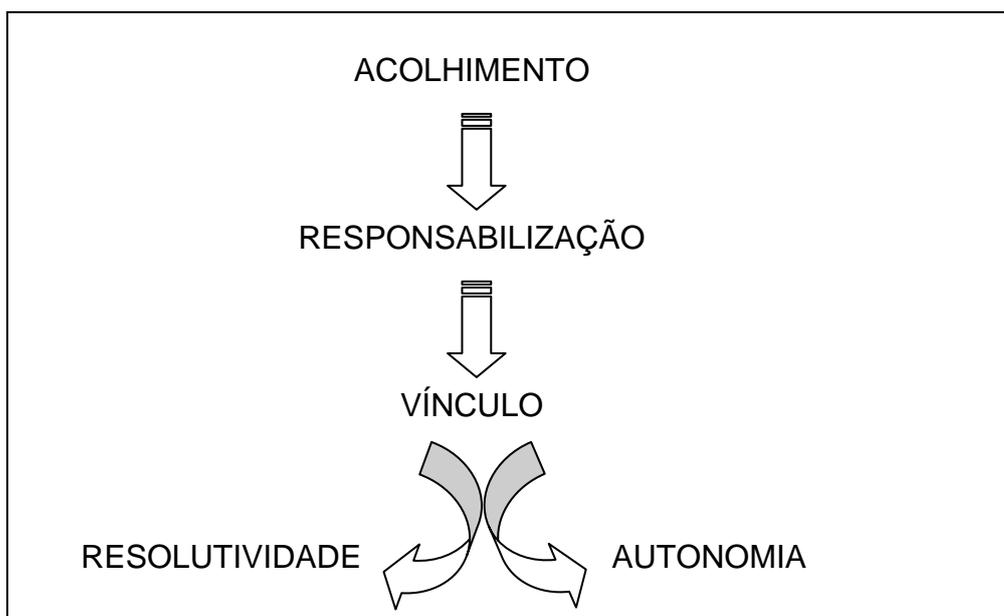


Figura 4 – Representação da relação entre acolhimento, responsabilização, vínculo, resolutividade e autonomia.

Foi perguntado aos usuários se eles se consideravam informados sobre sua própria saúde, para analisar se vinham recebendo estímulos à autonomia sobre sua saúde. A maioria dos entrevistados respondeu que sim, sendo que muitos atribuem o “ser informado” ao fato de a equipe do serviço prestar explicações e esclarecer dúvidas acerca do estado de saúde dos pacientes.

P: E tu te consideras informada sobre a tua saúde?

U: Sim, porque eles têm, a enfermeira, ela tem, assim, um cuidado de passar bem pra gente.

P: Explicar?

U: Isso, explicar bem, qualquer dúvida.

P: E tu entendes?

U: Sim, ela pergunta, se a gente não entendeu ela explica tudo de novo, sabe, ela tem uma paciência assim, pelo menos pra mim, assim, na minha área, na mulher, ela tem uma paciência bem legal.

(E4)

Por outro lado, também apareceu a falta de informação sobre a saúde devido ao desconhecimento do diagnóstico do problema por parte do usuário. Nesses casos, a “culpa” da desinformação é delegada ao serviço que, ou não atende adequadamente o usuário, ou não descobre a causa de seu problema, impedindo, assim, a resolução do mesmo, deixando-o insatisfeito.

P: Tu te consideras informado sobre tua saúde?

U: Não, não sei porque... agora mesmo, esse meu braço aqui, que eu fiz cirurgia, eu nem posso te dizer se é tendinite ou se é bursilite [bursite]. (E54)

U: Não, eu não sei o que é, porque eles não descobrem, não sabem o que eu tenho. (E51)

Essa falta de informação e indefinição do diagnóstico por vezes gera uma grande angústia nos pacientes, pois lhes tira qualquer grau de autonomia que poderiam ter sobre a própria saúde. Além disso, o desconhecimento acerca do diagnóstico faz com que retornem ao serviço inúmeras vezes, até que consigam descobrir o que têm e, a partir disso, encaminhar a resolução do seu problema.

Em relação ao fornecimento de explicação sobre o estado de saúde por parte dos profissionais da equipe de saúde, ato que pode ser considerado um estímulo à autonomização, 73,1% dos 93 entrevistados responderam que os profissionais sempre explicavam, 3,2% disseram que na maioria das vezes explicavam e 12,9%, que às vezes o faziam. Desse total de 89,2% que em algum momento ou sempre recebiam explicações, 59,1% referiram que sempre entendiam as explicações fornecidas, 8,6%, na maioria das vezes, 20,4%, às vezes e 1,1% referiu nunca entender as explicações. A pergunta sobre o entendimento das explicações fornecidas não foi aplicada aos usuários que referiram nunca receber

explicações (10,8%). A tabela 5 demonstra o cruzamento entre a explicação fornecida e o entendimento da mesma.

Tabela 5 – Frequência de usuários que recebiam explicações referentes a sua saúde por parte dos profissionais e as entendiam. Porto Alegre, 2005.

Explicação Fornecida	Entendimento					Total
	Nunca	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre	Não se aplica	
Nunca					10	10
Às vezes	1	9	1	1		12
Na maioria das vezes		2		1		3
Sempre		8	7	53		68
TOTAL	1	19	8	55	10	93

Fonte: Pesquisa direta: ROSA, RB. Dados coletados por questionário. Porto Alegre, 2005.

Dos 68 usuários que informaram sempre receber explicações acerca de sua saúde, 53 sempre as entendiam, sete entendiam na maioria das vezes e oito entendiam às vezes. Dos 12 usuários que referiram às vezes receber explicações, um nunca as entendia, nove entendiam às vezes, um entendia na maioria das vezes e outro usuário entendia sempre. Por fim, dos três que disseram ter explicações na maioria das vezes, um entendia sempre e dois, às vezes.

Ou seja, a frequência absoluta de 27 usuários que nem sempre entendiam as explicações, além do usuário que afirmou nunca entender o que lhe era explicado sobre sua saúde, demonstra que boa parte dos usuários que buscava informações acerca de sua saúde deixava o serviço sem entender aspectos referentes ao seu problema de saúde. Entende-se que essa falta de esclarecimento também interfere na autonomia do usuário em poder buscar a reabilitação da sua saúde, bem como no auto-cuidado. Fracoli e Zoboli (2004), analisando o acolhimento em 10 equipes de Saúde da Família, evidenciaram que, da forma como está implementado nos serviços estudados, o acolhimento não se constitui em instrumento capaz de autonomizar o usuário a enfrentar seu processo saúde-doença como protagonista.

Em uma pesquisa realizada no ano de 2002 em dez grandes centros urbanos acerca da implementação da Saúde da Família, foi evidenciado, em oito municípios estudados, que os profissionais que realizavam o atendimento forneciam informações sobre o estado de saúde do paciente, alcançando índice de 100% das respostas em Vitória da Conquista (BRASIL, 2002). Alguns participantes do estudo

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

Um outro ângulo da caracterização do acolhimento, neste estudo, foi investigado a partir do fato de o usuário se sentir ou não amparado pelo serviço, no sentido de ter mais segurança por ter a opção de utilizar o referido serviço. O sentimento de amparo ou desamparo pode interferir na importância que esse serviço tem na trajetória terapêutica do usuário, em relação às escolhas que faz na busca pela resolução de seus problemas. Neste estudo, 68,8% dos entrevistados disseram se sentir amparados pelo serviço, 9,7% se sentiam amparados com uma intensidade “regular”, 16,1% referiram ser o serviço indiferente e 5,4 disseram não se sentir amparados pelo serviço, como demonstra a tabela 6.

Tabela 6 – Frequência dos entrevistados que se sentiam ou não amparados pelo serviço de saúde. Porto Alegre, 2005.

Sentimento de amparo	Frequência	Percentual	Percentual Cumulativo
Não	5	5,4	5,4
Indiferente	15	16,1	21,5
Regular	6	9,7	31,2
Sim	64	68,8	100,0
TOTAL	93	100,0	-

Fonte: Pesquisa direta: ROSA, RB. Dados coletados por questionário. Porto Alegre, 2005.

Buscou-se também conhecer a relação entre o usuário considerar que os profissionais se empenhavam e se sentir amparado pela equipe de saúde. Os resultados são descritos na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição de freqüências absolutas e resíduos ajustados (RA) de acordo com a associação de empenho do profissional e sentimento de amparo no usuário. Porto Alegre, 2005.

Empenho	Amparo				Total
	Não	Indiferente	Regular	Sim	
Nunca	0 (RA: -0,9)	6 (RA: 3,4)	3 (RA: 1,9)	3 (RA: -3,5)	12
Às vezes	3 (RA: 2,5)	5 (RA: 1,6)	2 (RA: 0,3)	7 (RA: -2,7)	17
Na maioria das vezes	1 (RA: -0,1)	3 (RA: -0,3)	1 (RA: -0,9)	16 (RA: 0,8)	21
Sempre	1 (RA: -1,2)	1 (RA: -3,4)	3 (RA: -0,8)	38 (RA: 3,8)	43
TOTAL	5	15	9	64	93

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Nota: RA > 1,96 implica associação estatisticamente significativa.

Dos 12 usuários que referiram que o profissional nunca se empenhava para resolver seu problema, seis disseram que o serviço era indiferente para o sentimento de amparo no usuário. A análise do resíduo ajustado confirma, estatisticamente, essa associação. Da mesma forma, nunca haver empenho por parte do profissional não implica sentimento de amparo por parte dos usuários. Haver empenho “às vezes” (n=17) implica não se sentir amparado pelo serviço (n=3). Das 21 respostas de que havia empenho do profissional na maioria das vezes, 16 usuários disseram se sentir amparados, mas essa associação não possui significância estatística, conforme a análise do resíduo ajustado. Empenho do profissional “sempre” tem relação estatisticamente significativa com sentimento de amparo ao usuário, sendo que dos 43 que consideraram que os profissionais sempre se empenhavam, 38 afirmaram se sentir amparados.

Entende-se que essas questões também estão relacionadas com a integralidade do atendimento, tanto no sentido de considerar o usuário na sua totalidade, como no de produzir relações com o mesmo. Para Teixeira (2003), fazem parte do conceito de integração a construção de vínculo e a responsabilização, que, entende-se, geram claramente um sentimento de amparo e segurança naquele que busca uma resposta nos serviços de saúde. Mas o autor ainda refere que a integração extrapola essa noção de vínculo e responsabilização, atingindo a capacidade de mudar a relação de poder técnico-usuário, vindo ao encontro do que se tem ratificado neste estudo em relação ao acolhimento. E nessa direção, Pinheiro e Guizardi (2006) apontam o acolhimento como uma das atitudes que traduzem a

ação integral, acompanhado de outras ações, como o tratamento digno, respeitoso, com qualidade e vínculo. Gomes e Pinheiro (2005, p. 290) referem que a integralidade “existe em ato”, estando presente no encontro, na conversa com o cidadão acerca de sua saúde, buscando reconhecer as necessidades e demandas implícitas do mesmo.

Assim, buscando caracterizar um dos aspectos do atendimento com integralidade, perguntou-se ao usuário como ele se sentia tratado e recebido pela equipe do serviço. Mais da metade (53%) se referiu ao tratamento que recebiam no serviço como ótimo, sendo que nenhum usuário escolheu a variável ruim. Já em relação ao tratamento recebido especificamente no balcão de recepção, 47,3% se sentiam otimamente tratados, 33,3% consideravam bom o tratamento na recepção, 15,1% consideravam regular e 4,3%, ruim. O balcão da recepção é a “cara” do serviço, podendo ser influente na primeira impressão que o usuário venha a ter do mesmo. E essa impressão, por sua vez, poderá interferir, tanto na escolha que o usuário fará quando necessitar de atenção em saúde, quanto na credibilidade que ele depositará na equipe. Segundo Ramos e Lima (2003), a forma como o usuário é recebido nos serviços e a resolutividade desses constituem fatores determinantes na escolha do usuário. O estudo de Ribeiro (2005) evidenciou problemas referentes à recepção nas equipes de Saúde da Família que pesquisou, tais como frieza, indiferença, autoritarismo e falta de solidariedade da parte dos funcionários desse setor. Todos esses problemas se relacionam com a frágil integralidade nos serviços, na sua dimensão do “entre-relações” de pessoas, se apropriando do termo de Pinheiro e Guizardi (2006).

A não integração nas relações estabelecidas desde a recepção no serviço, traduzida aqui como uma das faces do acolhimento “ruim”, gera no usuário uma insatisfação que pode acabar sendo estendida para a atenção básica de um modo geral, fazendo com que o usuário prefira a atenção secundária mesmo nos casos desnecessários, contribuindo para a superlotação das emergências hospitalares, contrariando novamente a proposta da Saúde da Família de reorientar o modelo e desafogar os hospitais. O relato a seguir ilustra a avaliação que o usuário faz quando não se sente bem acolhido pela equipe de saúde.

[...] ela [a médica do posto] esteve aqui em casa e me mandaram que eu procurasse um posto de saúde depois que eu fiz cirurgia. Ta,

procurei, tudo. Daí, eu fui no posto de saúde e ela disse que não era pra eu falar alto, nem deixou eu dizer o que dóia, nem nada [...] porque médico pergunta: “onde que dói no senhor?” [...] no hospital me tratam bem, me tratam com carinho. (E7)

Esse usuário expressou a necessidade que tem e a importância que dá à atenção que o profissional o dedica e à maneira como o trata.

Quando a consulta estava previamente agendada, o acolhimento, em alguns casos, parecia ser mais integral e a atenção, mais qualificada, deixando muitos usuários satisfeitos, evidenciando a diferença do atendimento à demanda espontânea.

P: E quando a consulta está marcada, agendada já, como é o atendimento?

U: Ah, daí o atendimento é bom, né, te escutam. (E8)

[...] quando está agendada é bom porque daí ela demora mais tempo contigo, né. E quando não é, entra ali, que tu tem, aonde dói, tchau e deu. (E21)

Evidencia-se a importância que a usuária E21 deu ao tempo da consulta, associando o mesmo com a atenção disponibilizada pelo profissional. Merhy (1994) considera o tempo de atendimento dispensado ao paciente e o tempo de espera pela intervenção como componentes do acolhimento, reforçando a importância da associação feita pela usuária.

Apesar de muitos expressarem aspectos positivos sobre o atendimento previamente agendado, houve também quem citou alguns problemas, como pouco interesse por parte do profissional que presta a assistência, ou mesmo deficiências relativas à estrutura do serviço, as quais podem impedir que o problema seja resolvido por inteiro.

P: Como é o atendimento quando a consulta já estava agendada?

U: O atendimento é bom, mas muito precário. Falta remédio, falta tudo. (E10)

Olha, é aquele atendimento assim, não é assim, que eles te examinam bem, o máximo que eles botam é aquele aparelhinho assim [se refere ao estetoscópio], olham na cara e não é aquela coisa assim de pegar e ver, eles parece que tem medo de botar a mão na gente. É uma coisa assim. (E51)

Ah, tu senta ali na frente deles, eles te dão a receita e daí o posto não tem o remédio. Então que não dê o remédio, se não tem no posto, porque se não tem nesse posto, não vai ter em outro também. E nem posso pegar em outro porque eu sou desse posto aqui. (E54)

Essas deficiências do serviço fazem parte de aspectos relacionados ao acesso funcional, que abrange pontos referentes ao serviço, como infra-estrutura e o próprio funcionamento. Segundo Ramos e Lima (2003), o acesso funcional, além da entrada ao serviço do qual se necessita, abrange os tipos de serviços ofertados, os horários e a qualidade do atendimento. Mesmo em situações em que há um acolhimento inicial, caracterizada pela escuta dos problemas do usuário, podem aparecer obstáculos à obtenção plena de resolutividade, associados ao acesso funcional pouco satisfatório, que interfere negativamente no modo de acolher do serviço. Também foram identificados problemas ligados ao acesso econômico, referentes à falta de medicação no serviço, que impede o usuário de resolver parte de seu problema. Outros estudos, como os de Nauderer *et al.* (2005) e de Ramos e Lima (2003), realizados em Unidades de Saúde, e o de Paiva, Bersusa e Escuder (2006), realizado em um serviço com Saúde da Família, também encontraram dificuldades na obtenção de alguns medicamentos.

Além disso, conforme Ramos e Lima (2003), o tempo de espera pelo atendimento faz parte do acesso funcional. As autoras encontraram que o tempo de espera pelo atendimento na Unidade de Saúde estudada variou de 5 minutos a uma hora e 25 minutos. No presente estudo, a média do tempo de espera pelo atendimento na UBS foi 39,03 minutos e o desvio padrão, 40,62. O tempo mínimo de espera foi nenhum minuto (29% dos usuários) e o máximo, 180 minutos (2,2% dos usuários).

A análise acerca do tempo de espera também foi feita criando categorias de minutos de espera. A tabela 8 demonstra as freqüências dos tempos de espera, conforme citadas pelos usuários.

Tabela 8 – Freqüência dos minutos de espera pelo atendimento. Porto Alegre, 2005.

Minutos	Freqüência	Percentual	Percentual cumulativo
0	27	29,0	29,0
15	2	2,2	31,2
20	10	10,8	41,9
30	18	19,4	61,3
40	4	4,3	65,6
60	19	20,4	86,0
90	4	4,3	90,3
120	7	7,5	97,8
180	2	2,2	100,0
TOTAL	93	100,0	-

Fonte: Pesquisa direta: ROSA, RB. Dados coletados por questionário. Porto Alegre, 2005.

Buscou-se também avaliar a opinião em relação ao tempo de espera pelo atendimento: 33,3% consideraram o tempo de espera ótimo, 32,3%, bom, 28% responderam que o tempo de espera era ruim e 21,5%, que era regular.

A tabela 9 mostra a associação feita entre o tempo de espera e a opinião sobre esse tempo.

Tabela 9 – Distribuição da relação entre tempo de espera pelo atendimento e opinião do entrevistado sobre esse tempo. Porto Alegre, 2005.

Espera	Opinião sobre a espera				Total
	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
0		1	2	24	27
15		1	1		2
20	2	1	2	5	10
30	6	3	7	2	18
40	2	1	1		4
60	4	9	6		19
90	4				4
120	4	3			7
180	2				2
TOTAL	24	19	19	31	93

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

A maioria dos usuários (n=27) referiu não esperar para ser atendido, sendo que quase todos desses (n=24) consideraram esse fato ótimo, no que se refere à opinião sobre a espera. Mas um número também significativo (n=19) referiu esperar até 60 minutos para receber atendimento, sendo que cerca da metade (n=9) consideraram esse tempo regular, um terço (n=6) considerou bom e aproximadamente um quinto (n=4), apenas, considerou esse tempo de espera ruim.

Na etapa qualitativa, também se pôde evidenciar a espera pelo atendimento, pois alguns usuários falaram espontaneamente sobre a demora, mesmo sem ter sido feita uma pergunta especificamente sobre esse assunto.

U: E eu só achei, assim, muito demorado.

P: Demorou muito?

U: É, demorou um pouquinho, porque é muita gente e às vezes as pessoas [...] estavam conversando e pediam só cinco minutinhos aí eu olhei no relógio e aquilo passou quase, mais de dez minutos, uns doze, treze minutos, né. Coisas simples, às vezes, era só pra perguntar alguma coisa, aí diziam “Ah, tu tem que esperar a tua vez”. [...] E achei assim, achei um pouco só de demora pra atender e aquela coisa assim, que já tava dentro do horário e não gostei. (E2)

[...] eu acho, que um posto de saúde, ele demora muito pra atender o pessoal. Por exemplo, a gente que trabalha, tu não tens meio dia pra ficar num posto de saúde. Então no meu ver, acho que eles tinham que fazer um atendimento mais rápido, porque a gente percebe, assim, que às vezes é muita demora por parte do atendimento deles. Porque o público está ali esperando, pra que que ficam demorando, demorando? Então eu acho assim, quem trabalha, tu vais num posto pra ser atendida imediatamente. (E48)

Além do tempo de espera pelo atendimento, buscou-se avaliar, a partir da visão dos usuários, o horário de funcionamento da UBS, especialmente por essa ter equipe de Saúde da Família, que funciona das oito horas ao meio dia e das 13 às 17 horas, horário considerado restrito, neste estudo, ao pensar nas pessoas que trabalham fora e não chegam a tempo de encontrar a UBS aberta. Perguntou-se aos respondentes qual a opinião deles sobre o horário de funcionamento da UBS. Dos 93, 32,3% (n=30) referiram ser o horário bom, 28% (n=26) acharam ruim, 21,5% (n=20) consideraram-no regular e 18,3% (n=17), ótimo.

Foi perguntado também o motivo pelo qual gostavam ou não do horário, tendo sido obtidas diversas respostas para quem avaliou em bom ou ótimo e outras também variadas respostas para quem considerou ruim ou regular. Os motivos de quem avaliou positivamente (bom ou ótimo) o horário de funcionamento foram agrupados em cinco categorias: usuário pode ir a qualquer hora ao serviço, serviço atende manhã e tarde, objetivo do serviço não é atender durante 24 horas, funcionários do serviço precisam descansar e outros, sendo essa última os seguintes diferentes motivos: é realmente ótimo, abre cedo, usuário já conhece o horário, equipe atende até mesmo quando está fechando e equipe respeita o horário.

Na avaliação negativa (ruim ou regular) também houve cinco respostas diferentes, quais sejam: fecha cedo, abre tarde, fecha quinta-feira à tarde, abre tarde e fecha cedo e outros. A resposta “outros”, nesse caso, abrange três diferentes motivos: o serviço devia funcionar 24 horas, não abre em fins-de-semana e fecha ao meio dia. A tabela 10 demonstra as freqüências absolutas dos diferentes motivos da opinião quanto ao horário de atendimento e as freqüências relativas (%) do percentual de respostas totais e dos percentuais de casos, que são 93.

Tabela 10 – Freqüências dos motivos de os entrevistados gostarem ou não do horário de atendimento. Porto Alegre, 2005.

Motivos	Freqüência	Percentual das respostas	Percentual dos casos
Usuário pode ir a qualquer hora ao serviço	23	22,8	24,7
Serviço atende manhã e tarde	10	9,9	10,8
Objetivo do serviço não é atender durante 24 horas	6	5,9	6,5
Funcionários precisam descansar	2	2,0	2,2
Outros	5	5,0	5,4
Fecha cedo	21	20,8	22,6
Abre tarde	12	11,9	12,9
Fecha quinta-feira à tarde	10	9,9	10,8
Abre tarde e fecha cedo	3	3,0	3,2
Outros (ruim)	9	8,9	9,7
TOTAL	101	100,0	108,6

Fonte: Pesquisa direta, Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Ao analisar a tabela 10, evidencia-se que 22,8% das 101 respostas totais e 24,7% dos 93 casos indicam que o usuário pode ir a qualquer hora ao serviço, sendo essa categoria a majoritária das respostas consideradas positivas. Na verdade, esse não seria um motivo adequado para o usuário considerar o horário bom ou ótimo, pois representa que ele está se adequando ao que o serviço tem para oferecer.

Já das avaliações consideradas negativas, o motivo mais citado pelos usuários foi o de que o serviço fecha cedo, com 20,8% das respostas totais e 22,6% dos 93 casos. Realmente, se for considerado o horário de trabalho de muitos usuários, possivelmente se verá que a maioria não pode freqüentar a unidade, por não chegar antes do horário de fechar.

Uma usuária, na entrevista qualitativa, expressou a insatisfação com o horário de funcionamento da UBS: “É bom, só a judiaria é que tem horário que fecha, às cinco horas não tem mais.” (E4). A mesma usuária, no questionário quantitativo, respondeu que acha o horário de funcionamento do serviço regular, justamente por fechar cedo.

Além desses aspectos voltados ao acesso funcional, que interferem no acolhimento do serviço, este estudo buscou conhecer as expectativas dos usuários da UBS, para analisar se o serviço tem conseguido supri-las. Para o MS (BRASIL, 2004), acolher implica o profissional escutar as queixas, os medos e as expectativas dos usuários.

As expectativas dos participantes deste estudo diferiram basicamente entre dois aspectos: a expectativa de quem achou que o atendimento estava bom e só tem a melhorar e a expectativa dos que acharam que havia, realmente, o que melhorar, partindo de alguma deficiência do serviço: “Que, pelo menos, dêem mais remédios” (E22); “Eu espero que melhore [...] Então eu acho que está faltando muita coisa, de repente pessoal, de repente mais peças” (E48). Esses usuários referiram estar regular e pouco satisfeitos com o serviço, respectivamente.

Entre os que referiram esperar melhorias, foram bastante enfatizadas questões referentes ao acesso ao atendimento médico, inclusive a necessidade que sentem de ser atendidos por especialistas:

É que eles coloquem mais médico ali, entendeu, coloquem pediatra, coloquem um clínico, coloquem de repente um ginecologista. O que a gente espera do posto é que venha mais gente pra trabalhar aqui. Ou então que eles consigam fazer um convênio com algum lugar e a gente ser remetida pra aquele lugar. (E53)

A análise desse depoimento revela e confirma os problemas existentes no referenciamento para especialistas, pois o usuário espera algo que já existe no atendimento, mas que provavelmente não esteja sendo resolutivo ou suficiente para ele. Conforme Merhy (1994), a esperança do usuário é de que seja acolhido a partir da relação com o trabalhador de saúde, para que exista uma resposta resolutiva ao seu problema, que as ações sejam efetivas e o satisfaçam. Assim, como não encontram respostas a partir da oferta do serviço, reivindicam aumento nessa oferta, mas, na realidade, sua expectativa era encontrar solução para seus problemas.

Ainda no que diz respeito ao acesso à consulta médica, outros usuários referiram como expectativas: “Eu quero melhora, né. Ter mais médico pra atender” (E49); “Ah, a gente espera que amplie mais, que tenha, assim, maiores números de consultas” (E10); “Olha, eu espero que tenham, digamos, mais horários pra pegar uma ficha” (E2).

Todas essas expectativas acerca da necessidade de aumentar o acesso à consulta médica, seja contratando mais profissionais ou distribuindo mais fichas poderiam ser supridas se o trabalho da equipe e o acolhimento aos usuários estivessem organizados de uma outra forma, não centrados no atendimento médico. É essa (des)organização que alimenta o ideário da população de que somente o médico é capaz de resolver seus problemas e, como não tem obtido respostas, entende que mais médicos ou mais fichas seria a solução. Quanto ao aspecto da medicalização, Trentini *et al.* (2003) entendem que o pensamento dos usuários de que a obtenção da saúde se dá pela busca da cura de doenças é responsabilidade do sistema de saúde, pois os profissionais seguem orientando os usuários quanto à importância da medicalização.

Ratificando essa questão, quando indagados sobre o que poderia ser melhorado no serviço, muitos usuários reforçaram a necessidade que sentiam de ter mais médicos ou mais fichas: “[...] deveria crescer mais, ter mais médicos, mais consultas.” (E10); “Ah, eu traria mais médicos.” (E8); “Ah, acho que eu mudaria assim, dar mais fichas pras pessoas.” (E50). A análise feita por Conill (2002) em cinco equipes de Saúde da Família em Florianópolis (SC) também indicou que os usuários, quando questionados sobre o que mudariam no serviço, referiram ações concentradas na contratação de profissionais, evidenciando as dificuldades de acesso.

Sabe-se do dimensionamento inadequado entre número de famílias por equipe de Saúde da Família, que acaba gerando uma demanda demasiada grande por profissional na equipe. Entretanto, considera-se que, assim como somente aumentar o número de equipes não basta para redefinir o modelo de atenção na saúde, apenas aumentar o número de profissionais contratados também não resolveria os problemas de acesso. A atenção básica urge pela modificação do processo de trabalho no interior das equipes, principalmente no que diz respeito à organização em torno do trabalho médico. Nesse sentido, Nascimento e

Nascimento (2005, p. 335) chamam a atenção para o papel da enfermeira nessa reorganização necessária no interior dos serviços, afirmando que

a prática da enfermeira deverá intervir através da organização do processo de trabalho, com uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde a fim de que cada sujeito possa desempenhar seu trabalho como agente de transformação.

As autoras concluem que é preciso que as enfermeiras repensem a sua prática a partir dos princípios do SUS, para que sejam viáveis as transformações necessárias.

Ainda no que se refere às melhorias no serviço, uma usuária respondeu que além de mais fichas para atendimento médico, também deveria haver dentista na UBS. Essa solicitação já foi evidenciada em outros estudos, como os de Nauderer *et al.* (2005), Ramos e Lima (2003) e Conill (2002).

Outros usuários, por sua vez, consideraram que não havia o que melhorar no serviço, relacionando, inclusive, a melhora de seu estado de saúde com a qualidade do atendimento: “[...] pra mim tá tudo bem, porque a minha doença tá melhorando.” (E5). Dessa forma, vislumbra-se a importância dos fatores subjetivos nas concepções acerca do serviço de saúde.

Sob outra perspectiva, uma usuária que se disse não satisfeita com o serviço, referiu que não tem expectativas em relação ao mesmo, evidenciando que não faz diferença para ela: “Do posto eu não espero nada, o atendimento deles é precário, sabe” (E54). Ao analisar a relação entre as diversas respostas dessa pessoa, evidencia-se uma consonância de sua (má) visão sobre o serviço, pois ela referiu que nunca encontra resolutividade para seus problemas, que não o indicaria para outra pessoa e que não se sentia amparada ou segura por ter esse serviço perto de sua casa. Além disso, considerava que a UBS trouxera mudanças negativas na sua saúde.

Por outro lado, houve usuários que não referiram deficiências no serviço, mostrando que o mesmo respondia as suas expectativas: “Espero ser bem atendida e sempre sou” (E52); “Eu espero que esse aqui até melhore ainda mais, né” (E3); “Eu espero boa coisa, eles tão atendendo bem” (E5). Esses depoimentos são de usuários que responderam estar muito satisfeitos com o serviço.

Em relação ao que mais gostavam no serviço, dois respondentes referiram que não gostavam de nada: “Eu não posso dizer que eu gosto de alguma coisa do posto. Por que eu gostaria do quê?” (E54); “Eu acho que não tem nada que eu goste ali.” (E57). Ambos os usuários não se consideravam satisfeitos com o atendimento da UBS.

Entre as demais respostas sobre o que mais gostavam no serviço, a ênfase estava no bom atendimento prestado pela equipe: “O que eu mais gosto? Ah, eu gosto que me atendem bem, são todos legais, conversam com a gente.” (E52); “Eu gosto da maneira que eles tratam as pessoas, com calma, com responsabilidade, com jeito.” (E54); “Eu sempre fui bem atendida ali, não tem queixas.” (E49)

Tendo em vista que o usuário deva ser o centro do acolhimento e que este estudo realiza uma análise dessa tecnologia a partir de sua visão, considerou-se relevante analisar o conhecimento dele em torno do tão citado “acolhimento”. Após responderem a todas as questões da entrevista semi-estruturada, os usuários foram questionados sobre o significado da palavra “acolher”. Das 22 pessoas entrevistadas, sete disseram não saber o que significava a palavra e duas respostas foram anuladas por não expressarem uma concepção.

Das 13 respostas dadas, todas foram relacionadas a coisas positivas: “Ah, acolher é coisa boa, tudo bom.” (E5); “Acho que ser bem atendida, eu acho que é isso aí. Porque se tu vais num lugar e é mal atendida, não volta mais naquele lugar”. (E22)

Evidencia-se que esses participantes tinham um correto entendimento do que é acolher, se comparadas as suas concepções com o descrito no Dicionário da Língua Portuguesa, que conceitua acolher como “dar acolhida a; receber, dar ouvidos a; tomar em consideração; atender a.” Acolhimento é definido como “ato ou efeito de acolher; recepção; refúgio, abrigo, agasalho” (ACOLHER, ACOLHIMENTO, 1988, p. 27). Entretanto, entende-se que o acolhimento nos serviços de saúde, como tecnologia disparadora de melhorias na atenção à saúde, vai além do conceito encontrado nos dicionários, pois pressupõe responsabilização, humanização das relações e estímulo à autonomização. Sob esse prisma, a concepção dos usuários acerca do significado de acolher mostra-se reduzida, restrita ao bom atendimento, ao bom tratamento. Nenhum usuário referiu o aspecto da resolutividade como parte do que pretende o acolhimento.

Ainda, se considera pouco o número de usuários que expressou uma concepção, pois estando o acolhimento em voga, atualmente, na Saúde, seria de se esperar que fosse mais conhecido da população usuária dos serviços. Isso pode demonstrar uma das fragilidades dessa política de acolhimento: apesar de se dizer centrada no usuário, não considera a idéia que a população interessada tem acerca dessa tecnologia.

Entre os que conseguiram responder, alguns foram além do significado em suas respostas, revelando sentir-se ou não acolhidos pelo serviço:

U: Acolher? Eu acho que é quando a gente precisa de alguma coisa, tem sempre uma pessoa pra dar uma força, né, uma palavra amiga. E eles fazem isso.

P: Tu te sente acolhida?

U: Eu me sinto acolhida ali dentro, porque às vezes a gente chegava ali, [...] com meus problemas pessoais que eu tinha, eu chegava e eles sempre davam aqueles minutinhos, entendeu, entre uma consulta e outra, eles sempre dão, então a gente se sente acolhida ali dentro. Mas é, eu acho bom, é muito acolhedor ali o posto. (E53)

Houve também quem expressou uma concepção positiva quanto ao termo “acolher”, mas se referiu ao acolhimento do serviço como ruim, principalmente quando o usuário desconhece seus direitos como cidadão:

U: É receber, receber bem. O posto não acolhe as pessoas bem. Há um acolhimento diferenciado se tu sabe o que tu quer, aí é bom. Mas se desconhece os direitos é complicado. (E10)

Nesse sentido de os usuários conhecerem ou não seus direitos, faz parte do papel dos profissionais de saúde, dentro do aspecto da autonomização, estimulá-los a exigirem que sejam respeitados na busca por atendimento.

Retomando o título deste capítulo, entre as facilidades no acolhimento pode-se citar a escuta dispensada ao usuário – em poucos momentos, mas eles existem! – mesmo quando não têm ficha. O mínimo que se pode esperar é que se dê atenção a quem procura um serviço de saúde, pois algum motivo para essa procura, com certeza, há. Outra questão considerada positiva na análise do acolhimento dessa equipe é que os usuários se sentem, na grande maioria, bem tratados por ela.

Já entre as barreiras existentes no desenvolvimento do acolhimento na UBS estão a permanência das filas, a distribuição de fichas pela manhã, a dificuldade de

ser atendido se não tiver uma ficha ou uma consulta pré-agendada, entre outras. Mas antes dessas barreiras, existe uma outra, a principal, que acaba por gerar outros problemas: a organização do trabalho da equipe em torno do atendimento médico. Para ultrapassar aquelas barreiras, é preciso vencer essa, reorganizando o trabalho, direcionando-o para o usuário e tornando-o multiprofissional, explorando o potencial de cada trabalhador, para que não todas as demandas dependam da consulta médica.

7 A RESOLUTIVIDADE NA UBS: trajetórias terapêuticas *versus* visão dos usuários

Este capítulo está subdividido em duas seções: “O caminho em busca da resolução: o que demonstram as trajetórias terapêuticas dos usuários?”, que faz uma análise da resolutividade a partir dessas trajetórias, e “Esse serviço resolve seus problemas?: a resolutividade sob o olhar dos usuários”, que trata da visão dos usuários acerca da resolutividade e de outros aspectos do serviços relacionados à resolutividade, como mudanças na saúde a partir do uso do serviço e satisfação com o mesmo.

7.1 O caminho em busca da resolução: o que demonstram as trajetórias terapêuticas dos usuários?

Para poder identificar, no cotidiano das vivências dos usuários, se os seus problemas de saúde eram realmente resolvidos e se nessa busca pela resolução havia um efetivo acolhimento, partiu-se das trajetórias terapêuticas percorridas por eles, desde a procura inicial pelo serviço em um dado momento até o desfecho, que em muitos casos ainda não havia sido atingido, de forma que o usuário se encontrava no aguardo do mesmo, ou seja, no aguardo da resolução de seu problema. Os entrevistados eram estimulados a relatar e descrever todos os fatos que ocorriam, desde a entrada no serviço, nas últimas vezes que procuraram atendimento. Aponta-se, nesse aspecto, uma limitação deste estudo, pois grande parte dos participantes não relatou a trajetória, mas apenas referiu se o atendimento foi bom ou ruim, ou se teve ou não resolutividade. Um dos fatores que pode ter contribuído para isso é não ter sido feita uma relação da trajetória percorrida com um problema de saúde específico, ao solicitar que o respondente descrevesse sua trajetória.

Buscou-se analisar as trajetórias terapêuticas também nos casos em que o usuário foi referenciado ou mesmo procurou outro serviço por sua conta, porque não

obteve resolutividade de seu problema. Em algumas situações, o serviço para o qual o usuário foi referenciado apresentou resolutividade, como no relato a seguir.

U: Tá resolvendo, por causa que a doutora já me mandou lá pra PUC. Acho que faz uns três anos que eu me trato lá pra coluna e agora me ataquei de bronquite asmática, eu mesma pedi um papelzinho pra ir ali em cima, no médico da asma mesmo [Centro de Saúde] e bah, me senti bem.

P: Foi o posto aqui que encaminhou a senhora?

U: Foi, foi a doutora e o [técnico de enfermagem] que fizeram o encaminhamento. (E5)

Em outras situações, no entanto, o caminho que o usuário percorria em busca da resolução de seus problemas se tornava bastante longo.

U: Ah, eu fui, era pra consulta do bebê, eu fui bem atendida [...] Eu cheguei, aí fiquei esperando ali [...] depois elas me chamaram, fui atendida pela enfermeira. Aí nesse dia ele estava meio ruinzinho, aí ela pediu pra eu levar nesse 24 horas [Centro de Saúde], que lá tem pediatra, daí eu levei.

P: E aí, resolveu o problema?

U: Ah, ainda não ficou resolvido, continua...

P: Mas te atenderam?

U: Me atenderam, mas ele está meio doentinho.

P: Mas lá te deram algum encaminhamento, pra fazer algum exame, ou uma medicação?

U: Ah, lá sim. Daí eles encaminharam pra um hospital, que lá é muito pequeno né. Aí eu fui lá pro Conceição [...] fui pulando de galho em galho. (E8)

Se o sistema de saúde permitisse, a usuária, nessa situação, poderia ter ido direto ao hospital, já que o desfecho da trajetória terapêutica foi esse, tendo sido a usuária encaminhada para o hospital pelo próprio serviço da atenção básica. Ou seja, a trajetória percorrida em busca da resolução poderia ter sido simplificada.

Por outro lado, são feitos os seguintes questionamentos: os usuários têm condições, nas diversas situações de doença que vivenciam, de decidirem sozinhos qual o melhor local para acessarem o sistema de saúde? Ou, se fosse concedido a eles a possibilidade de decidirem a porta de entrada, optariam sempre pelos serviços de pronto-atendimento ou de atenção terciária, mesmo em situações nas quais não fosse necessário esse nível de assistência, contribuindo para o congestionamento dos serviços de pronto-atendimento e/ou das emergências hospitalares? Isso poderia ocorrer devido ao fato, conforme evidenciado no estudo

de Marques (2004), que o serviço de pronto-atendimento tem sido resolutivo para as necessidades agudas e graves apresentadas pela população, que não encontra resposta rápida nos demais serviços ambulatoriais. Essa autora considera que a capacidade resolutive dos serviços de atenção básica está comprometida pela falta de estrutura dos mesmos.

Nesse contexto, Degani (2002) também refere que a procura por atendimento hospitalar se dá pela falta de resolutividade dos problemas de saúde na atenção básica. Afirma, ainda, que pouca tecnologia foi introduzida na rede básica de saúde, ultimamente, o que torna esse nível de atendimento distante dos secundário e terciário no que tange ao avanço científico e tecnológico. Esse fato, na sua visão, contribui para a redução da resolutividade prevista para a atenção básica.

Apesar de encontrar em Ortiz *et al.* (2004, p. 17) que “[...] existe a cultura da população que busca atendimento tendo como referência um modelo assistencial médico-centrado e a busca de respostas imediatas”, ressalta-se que os questionamentos acima não ousam julgar os usuários como “deseducados”, usando o termo adotado por Cecílio (1997, p.472). O fato é, como afirma esse autor, que a população acessa o sistema de saúde por onde é mais fácil ou possível e, muitas vezes, o acesso pelo sistema da pirâmide, com a atenção básica sendo a porta de entrada, não se mostra a opção mais fácil, nem mesmo a mais resolutive, fazendo com que o usuário “burle” a regra de acessar o sistema de saúde pela atenção básica.

Assim, Cecílio (1997) sugere a conformação do sistema de saúde a partir de um círculo, com múltiplas portas de entrada, todas qualificadas como espaços privilegiados de acolhimento. Dessa forma, se garantiria o acesso de cada usuário ao atendimento mais adequado ao seu caso, às necessidades, em um dado momento, sem que o usuário precisasse seguir uma hierarquia desnecessária, determinada por outros fatores que não sua necessidade (CECÍLIO, 2001).

Algumas vezes, a referência feita pelo serviço não resolve o problema do usuário. A descrição abaixo demonstra a longa trajetória percorrida por uma usuária, que procurou outro serviço por sua conta, em busca de resolução:

[...] eu disse pra ela [médica da UBS]: “olha, eu não posso caminhar”, [...] Aí ela mandou eu lá pro Belém Velho, todo mundo disse: “mas porque ela te mandou pra cá, porque nessa distância, a senhora sem poder caminhar”, eu ia de arrasto.

P: [...] ela mandou pra lá pra quê?

U: Pra fazer uns exames. Ta, daí fui fazer os tais dos exames. [...] não tá adiantando de nada, se eu não fizer alguma coisa, se eles não me disserem o que é, se não me encaminharem pra algum lugar, que eles façam alguma coisa pra aliviar a dor da minha perna [...] Tem que ter alguma coisa a mais que eu possa fazer. [...] Até hoje eu estou esperando. [...] a minha filha mora lá embaixo, perto desse outro posto que é do campo da PUC, lá que eu consegui fazer alguns exames mais, que a doutora lá se interessou mesmo, ela disse: “eu vou fazer porque eu estou vendo o teu estado [...] mas tu não pertence a esse posto aqui, mas como a tua filha mora aqui, então tu vais fazer essas consultas como se tu estivesse morando com ela. É essa doutora lá que me encaminhou, que me fez os exames mais profundos que eu fiz, que me encaminhou pra especialista [...] então agora ela mandou eu dizer pra essa aqui, pra ela me encaminhar e fazer outros exames, então agora que eu estou fazendo [...] dois anos. E sempre na espera.

P: E esse serviço de saúde daqui, resolve seus problemas ou não?

U: Não. Agora que me deram aqui [na UBS] essa última [referência], que eu fui lá no hospital, que fica ali perto do colégio Rosário. [...] que agora eu vou conseguir uma consulta, mas porque veio lá de baixo [do outro serviço] que era pra eles me encaminharem pra um especialista.

P: Então foi esse posto aqui [UBS] que o encaminhou?

U: Sim, agora foi ele que encaminhou, a pedido deles lá [serviço perto da PUC]. Que eles mandaram um encaminhamento dizendo que aqui procurassem alguma coisa pra fazer por mim. Aí foi agora que eles me encaminharam lá pra esse hospital e hoje de noite, às nove horas eu tenho uma consulta marcada.

A referência inicial, feita pela UBS em estudo, não obteve resolutividade para a usuária, pois não foi dado o diagnóstico – e tampouco o tratamento – sobre o problema em sua perna, de modo que ela continuou sentindo dores intensas. Além disso, a referência para um serviço tão distante criou-lhe dificuldades, justamente pelo problema da perna. Foi preciso a paciente ir, por sua conta, em busca de outro serviço – um terceiro – para conseguir algum encaminhamento mais responsivo ao seu problema. Marques (2004, p. 113) também evidenciou que o usuário percorre sozinho, “a seu critério e risco”, os diferentes serviços, na busca da integralidade do cuidado e da resolutividade.

Esse aspecto da resolutividade do encaminhamento também foi analisado quantitativamente. Primeiramente, foi perguntado aos participantes se quando a UBS não resolvia plenamente o problema deles, eles procuravam por sua conta outro serviço, ou a própria UBS os encaminhava. Em 81,7% dos casos, os usuários afirmaram que a UBS encaminhava, sendo que para esses usuários foi questionado também se o serviço referendado resolvia os problemas (TABELA 11).

Tabela 11 – Freqüência de encaminhamento do usuário a outro serviço de saúde e resolutividade do mesmo. Porto Alegre, 2005.

Resolve	Encaminhamento		Total
	Usuário procura por sua conta	UBS encaminha	
Nunca		1	1
Às vezes		11	11
Na maioria das vezes		17	17
Sempre		47	47
Não se aplica	17		17
TOTAL	17	76	93

Fonte: Pesquisa direta: ROSA, RB. Dados coletados por questionário. Porto Alegre, 2005.

A análise da tabela 11 mostra que dos 76 usuários (81,7%) que referiram que o posto encaminhava, 47 (50,5%) disseram que o problema sempre era resolvido pelo serviço referendado. No entanto, 17 (18,3%) usuários responderam que o serviço para o qual eram encaminhados resolvia os problemas na maioria das vezes, 11 (11,8%) às vezes e 1 (1,1%) disse que o serviço nunca resolvia. Para os 18,3% dos usuários que disseram que procuravam outro serviço por sua conta, não foi perguntado se o serviço escolhido resolvia ou não o problema, pois não competia a este estudo.

É, geralmente é isso aí, tem que marcar [...] tem que ir pra tirar consulta. Aí a gente vai lá cedo, bem cedo, como já houve ocasião de eu estar lá na fila e eu ficar ali dura de frio, uma friagem, né, e aí chega na hora e pegar uma ficha pra consultar dali a uma semana... tem coisas que a gente não pode esperar. E daí, se não dá ali, vai no outro posto, mas não resolve ir em outro posto porque eles “ah, onde é que tu mora”, “eu moro lá”, “então é lá que tu tem que ir”. Aí tu vai, de repente até consulta no clínico geral, mas aí tu fica quatro horas, cinco horas nesse posto [Centro de Saúde] pra consultar. Outra vez me deu um troço, era um sábado de noite, eu senti um calorão no rosto. Fui no espelho e me apavorei, com o rosto assim, todo vermelho, pescoço, tudo e me sentindo, assim, um pouquinho de falta de ar, um mal-estar, né. Aí tive que esperar ônibus, de noite. Aí cheguei lá [Centro de Saúde]: [...] “ah, só lá pela meia-noite tu vai ser atendida”, daí eu fiquei até às nove lá e eu digo “não, eu vou-me embora”, porque eu tava sozinha, como é que eu vou vir de lá tarde da noite, se passa da meia-noite e não tem ônibus? Entendeu? E eu vim embora. (E2)

Nesse relato, ficam evidentes algumas das dificuldades que o usuário enfrenta na busca pela resolução de seu problema: a necessidade de ir ao serviço antes de o mesmo abrir, ficando exposto a baixas temperaturas e, ainda assim, não conseguir ser atendido, além de não adiantar ir a outro serviço por já estar adscrito a

uma UBS, independente de esta prestar-lhe ou não atendimento. Nesse caso, considerando ser um sábado, dia em que a UBS não atende, a usuária recorreu a um Pronto-Atendimento, mas acabou indo embora sem ter resolvido seu problema, pois mora longe do serviço e não tinha condições de voltar para casa tarde da noite.

Outro ponto levantado pelos usuários foi a demora para conhecer o diagnóstico e, conseqüentemente, para atingir a resolutividade, sendo esse um aspecto que envolve o sistema de referência e contra-referência na trajetória terapêutica que o usuário percorre. Também o estudo de Degani (2002) encontrou que a falta de agilidade e as dificuldades de encaminhamentos complementares para o diagnóstico dificultam a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários da atenção básica. A descrição, a seguir, da trajetória que o usuário tem que percorrer até descobrir o diagnóstico ilustra o problema evidenciado:

Assim, tu tens que fazer um exame, né. Igual, tu tens que tirar ficha, passar pela médica e depois a médica te libera pra tu fazeres exame. E pra olhar o exame da criança, tem que marcar horário, o dia pra ir lá e ela ler o exame pra dizer o que tem ainda, daí leva mais 15 dias ainda [...] Vem sete horas pra fila, tira a ficha pra outra semana. Daí depois tira outra ficha pro médico abrir teu exame, ver se tem alguma coisa, se não tem, isso que eu acho errado. (E21)

Quando, em busca da resolução do problema, o usuário depende de encaminhamento para médicos especialistas, a espera por vezes se torna mais demorada. Isso também acaba fazendo com que o usuário vá em busca de outros serviços, na tentativa de resolver ou amenizar seu problema.

U: Essa semana estive lá no Santo Antônio

P: O que tu tiveste essa semana?

U: Muita dor no ombro, eu tenho tendinite, então atinge todo o braço. E aí eu fui lá [Hospital Santo Antônio] e aí o médico pediu uma ecografia. Se eu for ali [UBS] deixar com eles, não vão marcar pra mim. [...] faz quase um ano que eu estou sem INPS e esperando eles marcarem ortopedista. [...] eu pedi pra eles me darem uma liberação, não precisava me encaminhar, porque demoram pra encaminhar, mas era só uma liberação pro posto da João Pessoa, [...] se eles me liberassem por aqui [...] eles me marcariam a consulta lá. Mas [...] ela disse pra esperar que iam marcar, que ia pra central [de marcação]. [...] eu fui ali [um Centro de Saúde] e disseram que não podiam me dar o encaminhamento, disseram pra eu ir lá pro meu posto. Mas eu estou esperando. Lá eles me enfaixaram, me deram uma injeção pra aliviar a dor. Mas disseram: “vai pro teu posto.” [...] Então eu estou assim, esperando [pela consulta com ortopedista]. (E54)

Na descrição acima, além da dificuldade em conseguir marcar especialista, evidencia-se outro problema na trajetória do usuário: mesmo quando vai em busca de outro serviço, por iniciativa própria e forçado por uma dor intensa, encontra uma barreira no atendimento, por pertencer à área de uma UBS específica.

Entretanto, apesar das dificuldades apresentadas acima, que foram evidenciadas a partir das trajetórias terapêuticas dos usuários, houve alguns casos nos quais o serviço conseguiu resolver o problema sem precisar referenciar o usuário para outro nível de atenção. São situações que demonstram a capacidade da UBS em resolver determinados problemas com o uso de sua tecnologia, seja sob o prisma da prevenção, seja sob o da cura.

A última vez que eu fui ali eu fui tomar a vacina [...] do tétano. Eu fui bem atendida, cheguei ali, mostrei minha carteirinha, daí tinha que aguardar. Daí eu fiquei na fila, esperando, tinha mais gente na frente, mas fui bem atendida [...] Fiz a vacina. (E9)

[...] eu levei o meu marido, que deu problema de gripe nele, muito forte. Chegamos lá, cheguei acho que eram umas sete e pouco da manhã. Oito horas abriu o posto, foi muito bem atendido, principalmente pela enfermeira [...]. A gente foi pra pegar a ficha do dia [...]. A gente foi cedo. Eu fui eram umas sete horas da manhã, mais ou menos. E conseguimos a ficha, ele consultou, a doutora mandou tomar uns remédios. Mas fomos bem atendidos, sim. (E53)

Esses casos exemplificam o papel da rede básica e especificamente da Saúde da Família em controlar casos antes que precisem de uma intervenção tecnológica de mais alta densidade. Mas neste estudo, julga-se que a Saúde da Família tem condições de resolver por si só problemas mais elaborados dos acima apresentados, pois autores como Brasil [2005] e Souza (2000) consideram que a equipe de Saúde da Família, a partir de uma visão ampliada dos profissionais, deva ser capaz de resolver até 80 a 85% dos problemas de saúde da população.

Ainda no que se refere ao encaminhamento, evidenciou-se a importância de ser feito de uma maneira formal, utilizando documentos, para garantir o acolhimento do usuário pelo serviço de referência, significando uma verdadeira responsabilização da equipe que encaminhou.

U: É, encaminham, mas aí no caso tinha que encaminhar um papel, por exemplo, né. Quando eu ganhei esse último agora [filho], eu fui no Clínicas, cheguei lá eles não me aceitaram porque eu tinha que

ter um encaminhamento, eu não tinha, o postinho que tinha que ter me dado.

P: Mas aí tu ganhaste onde?

U: No Presidente Vargas. (E8)

O mero encaminhamento verbal acaba por ser mais um conselho ao usuário do que propriamente um encaminhamento, pois não dá a garantia de ser atendido. É como transferir o problema, deixando-o totalmente a cargo do próprio usuário, sem cumprir o papel da atenção básica, nesse caso, de mediar a ação necessária ao usuário.

Assim, ratifica-se a articulação existente entre acolhimento e resolutividade, pois o verdadeiro acolhimento prevê a responsabilização da equipe, indispensável quando se encaminha o usuário, buscando a resolutividade.

7.2 Esse serviço resolve seus problemas? : a resolutividade sob o olhar dos usuários

Além de analisar as trajetórias terapêuticas para identificar a capacidade resolutiva do serviço estudado, este estudo buscou saber se os usuários consideravam que a UBS resolvia seus problemas.

Foi bastante evidenciada a associação feita pelos usuários da resolutividade do serviço com encaminhamento feito para especialistas. Tal associação é feita, no entanto, nos casos em que o usuário já conseguiu a consulta no serviço de referência.

P: Esse serviço resolve seus problemas?

U: Resolve, na medida do possível eles resolvem [...] não tenho queixa, já consegui neurologista pra esse meu guri, já consegui psicólogo pra ele, através tudo do posto. Só que é demorado, né, tem vezes que vem ligeiro, tem vezes que demora mais. (E53)

U: Quando eu vou, assim, que eu tenho que levar uma criança minha, eu conseguia resolver. Ela [a filha] consultou com um neuro, pelo posto. (E55)

U: Os meus [problemas] todos foram resolvidos. Aconteceu assim, de eu ter sido encaminhada pra ela [filha] pra um especialista, foi encaminhada [...]. O meu também, já aconteceu de eu precisar ir pra outro lugar, pro hospital também, foi assim uma coisa, bem.

Essa associação feita pelos usuários torna a resolutividade quase um sinônimo do encaminhamento para especialistas. Esse fato dá indícios de que o Saúde da Família está funcionando quase exclusivamente como uma porta de entrada para o restante do sistema de saúde, ao invés de se constituir em um serviço com capacidade própria de resolver os problemas de saúde da comunidade sob sua responsabilidade. Essa suposição é pertinente, pois o acolhimento visa a encaminhar o usuário para a resolução de seu problema, sendo preferível que esse problema possa ser resolvido no primeiro nível de atenção. No caso de Betim (MG), Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 349) encontraram que a implantação do acolhimento aumentou a “resolubilidade”, considerando essa como “a solução encontrada pela equipe de acolhimento para as queixas, sem outro tipo de encaminhamento”.

Todavia, no que se refere à resolutividade no próprio serviço, alguns usuários afirmaram que conseguiram resolver seus problemas, mostrando satisfação com o serviço, como ilustram as falas abaixo.

P: E ali resolvem teus problemas quando tu vais procurar?

U: Resolve, todo o mês eu levo o guri no pediatra, eles atendem bem. (E23)

U: Sim, sempre. (E6)

U: Sim, quando eu preciso, resolve. (E9)

U: Sim, sim. Resolveu... Eu acho que tem resolvido. Porque eu quero ir ali, tirar, medir a pressão, vou me pesar, essas coisinhas assim, então o que é básico tá bom. (E2)

Com base nesses depoimentos, se apreende que a concepção de resolutividade em alguns casos parte do atendimento pelos programas desenvolvidos no serviço de saúde, como a puericultura. A última fala se refere ao “básico”, no sentido da prevenção (medir pressão arterial, verificar o peso), sendo essa uma das ênfases da Saúde da Família.

Outros usuários, no entanto, consideram que o serviço nem sempre tem sido efetivo em fornecer respostas positivas aos seus problemas.

Que resolve meus problemas de saúde que nada, só dão paracetamol, remedinho pra gripe [...] esses troços assim... (E7)

É, tem uns casos que eles resolvem, mas outros casos que fica difícil. (E8)

Às vezes, não é sempre. Ali no posto não tem uma médica, assim, especialista. (E22)

Na realidade, o papel dos serviços inseridos na Atenção Básica é prestar o atendimento básico em busca da qualidade de vida de suas comunidades, promovendo a saúde por meio de ações destinadas a problemas pouco estruturados. Aqueles problemas que sobressaem a sua capacidade de “Atenção Básica” devem, sim, ser acolhidos pela equipe básica, por meio de escuta e encaminhamentos para os demais níveis de atenção. Os obstáculos que se criarem, a partir daí, estarão também sob responsabilidade do serviço primário, mas não dependem apenas dele.

Estatisticamente, encontrou-se que a maioria dos usuários (34,4%, n=32) participantes deste estudo considerava que o serviço sempre resolvia seus problemas. A ra12 demonstra as respostas dos usuários quanto à resolutividade da UBS.

Tabela 12 – Distribuição de usuários que consideram ou não que o serviço tinha resolutividade sobre seus problemas de saúde. Porto Alegre, 2005.

Resolutividade	Freqüência	Percentual	Percentual cumulativo
Nunca	6	6,5	6,5
Às vezes	30	32,3	38,7
Na maioria das vezes	25	26,9	65,6
Sempre	32	34,4	100,0
TOTAL	93	100,0	-

Fonte: Pesquisa direta: ROSA, RB. Dados coletados por questionário. Porto Alegre, 2005.

Entretanto, na análise da tabela acima fica evidenciado que há pouca diferença entre quem considera que o serviço sempre resolve o problema e quem considera que às vezes resolve.

Mesmo assim, a soma de percentuais de quem considera que o serviço sempre resolve ou resolve na maioria das vezes atinge 61,3%, o que pode ser considerado contraditório ao se considerarem as trajetórias terapêuticas relatadas neste estudo, que demonstraram dificuldades na obtenção de resolutividade, especialmente no primeiro nível de atenção. Além disso, partindo de Degani (2002), quando refere que a resolutividade deve ser capaz de melhorar a situação de saúde

do indivíduo, pode-se afirmar que os usuários participantes deste estudo não têm obtido melhoras na sua situação de saúde, com base na análise de suas trajetórias terapêuticas. Alguns usuários confirmam essa afirmação, ao assegurar que o serviço não produziu mudanças em sua saúde:

P: E desde que há esse serviço aqui, mudou alguma coisa na sua saúde?

U: Não, não teve mudança nenhuma. (E57)

U: Ah, não fez diferença, porque quando eu não consigo ser atendida ali, eu procuro outros médicos. (E48)

U: Teve mudança, pra pior.

P: Para pior?

U: Piorou, pra mim, piorou. (E54)

U: O posto não fez muita diferença, não. (E10)

Quem considerava que o serviço trouxera melhorias se referiu, na maioria dos casos, à proximidade da UBS em relação ao seu domicílio:

Sim, eu acho assim, é bom, né, porque tá ali o posto. Antigamente a gente tinha que ir mais longe pra consultar. Mas aqui tá bom o posto, aqui pertinho. (E2)

Ficou bem pertinho, né. Qualquer coisa eu vou ali e tá pronto. (E5)

Mudou bastante [...] Por causa que não precisa ir longe. (E1)

Houve uma usuária apenas que referiu uma mudança concreta no seu estado de saúde:

U: Sim, sim.

P: Foi uma mudança positiva ou negativa?

U: Sim, positiva, porque eu tinha um problema de ovários, né, uma infecção nos ovários e através do tratamento que eu fiz no posto graças a Deus eliminou, não tenho mais. (E53)

Mesmo com a evidência de poucas melhorias na sua condição de saúde, a maioria dos usuários referiu que o serviço tinha resolutividade sobre seus problemas. No estudo de Paiva, Bersusa e Escuder (2006), acerca da opinião dos pacientes com diabetes e/ou hipertensão sobre a assistência prestada pela equipe

de Saúde da Família do município de Francisco Morato (São Paulo, Brasil), foram encontrados índices de resolutividade de 65,6%, semelhantes ao do presente estudo. Degani (2002), analisando a opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde sobre a resolutividade dos problemas de saúde em Porto Alegre/RS, identificou que os usuários participantes de sua pesquisa referiram condições propícias à obtenção de resolutividade, mas também foi evidente a existência de restrições a essa obtenção, como a dificuldade em conseguir a integralização do atendimento, pois os sujeitos referiram demora na realização de exames de que necessitavam. Também foram citadas, como condições restritivas à resolutividade, a falta de acesso aos medicamentos prescritos pelo médico e a insuficiência de consultas médicas.

Neste estudo, apesar de a maioria considerar que a UBS resolve seus problemas, alguns usuários também apontaram problemas, como a demora na obtenção de consultas com médicos especialistas:

Numa maneira ele resolve, só a demora. Por exemplo, eu fui marcar um médico pra mim, um especialista, ele demorou seis meses pra me dar a consulta. Então, se eu tivesse com dor, se eu tivesse que esperar aquele médico ali, como é que eu ia ficar seis meses esperando uma consulta? (E48)

Sim, resolve, só que faz sete meses que eu estou pedindo pra fazer um óculos, que eu tenho que usar e ainda não, faz desde março que eu estou esperando. (E49)

É possível observar que, para os usuários, a resolutividade ou a falta de resolutividade está relacionada à obtenção ou não de consultas com especialistas. Sob uma análise mais subjetiva, considera-se que essa concepção pode ter origem na dificuldade que a UBS em estudo, como atenção primária, tem apresentado para resolver os problemas de sua comunidade. Em conseqüência, os usuários a ela adscritos passam a entender que só conseguirão resolução se encaminhados a outros serviços.

Outros estudos em equipes de Saúde da Família também encontraram dificuldades em assegurar o acesso dos usuários aos serviços de mais alta complexidade, como o de Nascimento e Nascimento (2005) e Conill (2005). Essas autoras consideram que a dificuldade no referenciamento para a atenção secundária e terciária acaba por comprometer a integralidade no atendimento. Para Gomes e

Pinheiro (2005, p. 290), a integralidade ganha visibilidade a partir da “resolubilidade” da equipe e dos serviços, tendo significativo papel na busca de respostas para os problemas.

Um estudo realizado em dez grandes centros urbanos sobre a implementação da Saúde da Família indicou que mais da metade das famílias considerou que o profissional que atendeu tinha conhecimentos suficientes para resolver o problema de saúde apresentado pelo usuário. Entretanto, também ficou evidente que em alguns casos os profissionais não resolviam totalmente os problemas, sendo que houve usuários reclamando que o serviço devia “resolver realmente o problema” (BRASIL, 2002,p. 208).

Apesar da evidência de que o serviço não tem acarretado melhoria na situação de saúde dos usuários, a grande maioria (86%, n=80) deles se considerava satisfeita com o serviço, como demonstra a figura 5.

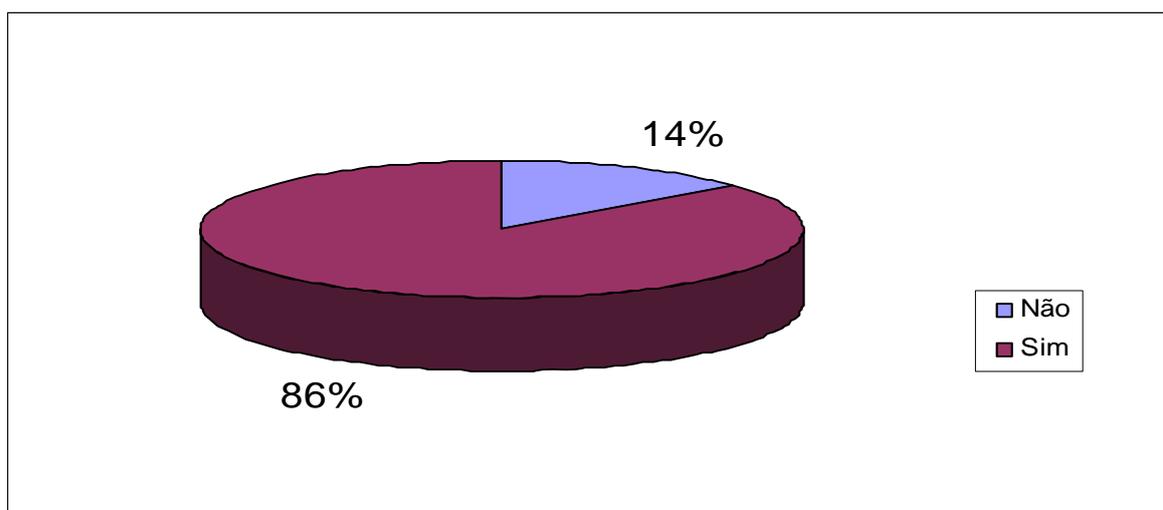


Figura 5 – Distribuição dos entrevistados satisfeitos ou não com o serviço.

Fonte: Pesquisa direta. Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Esse elevado índice de satisfação já era, de uma certa forma, esperado neste estudo, com base em pesquisas anteriores, como o de Nauderer *et al.* (2005), que evidenciou que os usuários minimizam os problemas dos serviços de saúde. Foi identificado que geralmente os usuários apontam como problemas nos serviços questões associadas à infra-estrutura ou higiene do local, demonstrando desatenção com problemas maiores, como mau acolhimento e pouca resolutividade. Isso não significa que as questões por eles apontadas não sejam importantes, pois fazem

parte do acesso funcional, mas é de admirar que sejam as principais, e, às vezes, únicas, reivindicações.

Para analisar se a resolutividade interfere na satisfação dos usuários do serviço estudado, foi feita a associação entre resolutividade e satisfação, que está demonstrada na tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição de freqüências e resíduos ajustados (RA) de acordo com a associação entre resolutividade e satisfação. Porto Alegre, 2005.

Resolutividade	Satisfação		Total
	Sim	Não	
Nunca	4 (RA= -1,4)	2 (RA= 1,4)	6
Às vezes	21 (RA= -3,1)	9 (RA= 3,1)	30
Na maioria das vezes	24 (RA= 1,7)	1 (RA= -1,7)	25
Sempre	31 (RA= 2,2)	1 (RA= -2,2)	32
TOTAL	80	13	93

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Nota: RA > 1,96 implica associação estatisticamente significativa.

Analisando a tabela 13, pelos valores do RA, é possível afirmar que ter resolutividade “às vezes” está associado em não estar satisfeito, pois apesar de que 21 dos 30 usuários que disseram ter resolutividade “às vezes” se consideraram satisfeitos, tem-se que nove do total de 13 insatisfeitos afirmaram ter resolutividade “às vezes”. Ter resolutividade “sempre” tem relação significativa com estar satisfeito, sendo que 31 dos 32 que responderam que o serviço “sempre” resolvia seus problemas se consideravam satisfeitos. Dos seis usuários que disseram que o serviço “nunca” resolvia seus problemas, quatro se consideravam satisfeitos, apesar de que não há relação estatisticamente significativa entre nunca ter resolutividade e estar satisfeito.

Nesse sentido, Gomes e Torres (2003) encontraram a contradição de um alto grau de satisfação dos usuários (51,4% qualificaram o serviço como bom e 17,6%, como ótimo) mediante a baixa melhoria da situação de saúde dos mesmos, pois o serviço não tem conseguido resolver os problemas de saúde da comunidade e apresenta, ainda, dificuldades no sistema de referência aos outros níveis de atenção. No estudo de Levy, Matos e Tomita (2004), acerca da percepção de

usuários e trabalhadores de saúde sobre o PACS, foi constatada a satisfação das famílias com o trabalho dos agentes comunitários. Entretanto, nas falas dos usuários entrevistados, é possível evidenciar a falta de conhecimento sobre seus direitos como cidadãos, pois referem que em muitos lugares são maltratados, mas que com os agentes é diferente, de forma que se sentem na obrigação de retribuir o “favor” de alguma maneira. Ou seja, consideram que obter assistência ou ser bem tratado é uma novidade ou um diferencial do serviço, não uma obrigação do sistema, assegurada por lei. Ainda, no estudo de Jesus e Carvalho (2002), a maioria dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família avaliou o serviço positivamente, apesar de serem evidenciadas as limitações do mesmo.

As altas taxas de satisfação com os serviços de Saúde da Família são encontradas em muitos estudos, como o de Paiva, Bersusa e Escuder (2006), que evidenciou o índice de 68,8% de usuários satisfeitos em uma equipe de Saúde da Família do estado de São Paulo. Trad *et al.* (2002) constataram um elevado grau de satisfação de usuários de serviços com Saúde da Família na Bahia, mas também houve queixas quanto à resolutividade. Ambos os estudos concluíram que os serviços de Saúde da Família pesquisados ampliaram o acesso aos cuidados de saúde, o que pode estar relacionado com os elevados graus de satisfação.

Contradições desse tipo encontradas nos estudos, bem como os altos índices de satisfação, também podem ter origem no fato de que os usuários dos Serviços Públicos de Saúde, no País, não possuem alternativa a não ser se submeter a alguns percalços existentes para obterem atendimento, de forma que se satisfazem com o mínimo que possuem. Autoras como Vaitsman e Andrade (2005, p. 606) referem que em contextos muito desiguais, para alguns segmentos da população, “o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação”. Isso se deve ao fato de essas pessoas terem baixas expectativas em relação aos Serviços Públicos, como consequência da dificuldade de acesso.

Outro aspecto que tem sido considerado como responsável pela alta satisfação dos usuários, especialmente dos Serviços Públicos de Saúde dos países em desenvolvimento, é o viés de gratidão, ou *gratitude bias*, que estaria relacionado com a relutância em expressar opiniões negativas, tanto pelo medo de perder o acesso ao atendimento, quanto pela relação de dependência aos profissionais (BERNHART *et al.*, 1999 e ESPERIDIÃO e TRAD, 2006). Dessa forma, antes de concluir pelo alto nível de satisfação nos estudos, deve ser levada em conta a

possibilidade de alguns usuários se dizerem satisfeitos sem realmente estarem, devido aos motivos citados.

Quanto à intensidade de satisfação, quase a metade (43%) dos 80 usuários satisfeitos se considerava muito satisfeita. A tabela 14 demonstra a associação entre resolutividade e intensidade de satisfação.

Tabela 14 – Distribuição de freqüências e resíduos ajustados (RA) de acordo com a associação entre resolutividade e intensidade de satisfação. Porto Alegre, 2005.

Resolutividade	Intensidade de satisfação			Total
	Pouco	Regular	Muito	
Nunca	1 (RA= 0,9)	3 (RA= 1,5)	0 (RA= -2,1)	4
Às vezes	5 (RA= 2,1)	14 (RA= 3,1)	2 (RA= -4,3)	21
Na maioria das vezes	2 (RA= -0,5)	6 (RA= -1,7)	16 (RA= 2,0)	24
Sempre	1 (RA= -1,8)	8 (RA= -1,9)	22 (RA= 3,0)	31
TOTAL	9	31	40	80

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Nota: RA > 1,96 implica associação estatisticamente significativa.

A análise da tabela 14 permite inferir que existe associação estatisticamente significativa entre ter resolutividade “às vezes” e estar com “pouca” ou “regular” satisfação. Ter resolutividade “na maioria das vezes” ou “sempre” está estatisticamente associado com estar “muito” satisfeito. Dos usuários que “nunca” têm resolutividade, quatro estão satisfeitos, sendo um “pouco” e três “regular”, mas não há relação significativa estatisticamente entre nunca ter resolutividade e estar pouco ou regular satisfeito.

Foi perguntado aos participantes se indicariam a UBS para alguém. A maioria de 74,2% (n=69) respondeu que sim. A partir daí, buscou-se conhecer se havia associação estatisticamente significativa entre resolutividade e indicação do serviço. A tabela 15 demonstra a associação feita.

Tabela 15 – Distribuição de freqüências de acordo com a associação entre resolutividade e indicação do serviço para terceiros. Porto Alegre, 2005.

Indicação do serviço	Resolutividade				Total
	Nunca	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre	
Sim	1	17	22	29	69
Não	5	13	3	3	24
TOTAL	6	30	25	32	93

Fonte: Pesquisa direta: Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

Nota: Teste estatístico: qui-quadrado=22,18; $p < 0,001$.

O teste estatístico realizado demonstra que existe relação estatisticamente significativa entre ter resolutividade e indicar o serviço para alguém. Das seis pessoas que disseram “nunca” ter resolutividade, cinco não indicariam a UBS para alguém. Já dos 32 que referiram “sempre” ter resolutividade, 29 indicariam o serviço para outras pessoas.

Foram obtidas cinco respostas diferentes para explicar os motivos pelos quais indicariam o serviço e três outras respostas para explicar porque não indicariam, sendo que a pergunta era aberta e alguns usuários referiram mais de um motivo. Os motivos pelos quais indicariam ou não a UBS estão demonstrados na tabela 16

Tabela 16 – Freqüências de motivos de indicação ou não da UBS a terceiros. Porto Alegre, 2005.

Motivos de indicar ou não a UBS a terceiros	Indicação		Total
	Sim	Não	
Serviço é bom	31		31
Perto de casa	18		18
Resolve os problemas	5		5
Funcionários são atenciosos	12		12
Outros sim	16		16
Tem que ser da área		7	7
Não resolve os problemas		7	7
Outros não		13	13
TOTAL	82	27	109

Fonte: Pesquisa direta. Rosa, R. B. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2005.

O motivo mais citado pelo qual indicariam a UBS foi que o serviço era bom. O segundo motivo mais referido foi que o serviço era perto de suas casas,

demonstrando a importância que davam à questão do acesso geográfico, mas, ao mesmo tempo, ignorando outros motivos mais importantes que poderiam ser considerados para indicar um serviço de saúde para alguém. A categoria de “outros” motivos para indicar o serviço foi a terceira mais freqüente e abordava os seguintes: é o único que tem; verificam pressão arterial; não há do que reclamar; fornecem medicamentos; encaminham; atendem; não precisa dormir na fila e nunca foram estúpidos. Considera-se que alguns desses motivos refletem as baixas expectativas que alguns usuários tinham em relação ao serviço, pois não constituem qualidades diferenciadas do atendimento, além de representarem ações fundamentais de uma UBS, como verificar pressão arterial e atender, simplesmente. Ainda, apesar da significância estatística entre resolutividade e indicação do serviço, ressalta-se que apenas cinco usuários indicariam a UBS porque essa resolvia seus problemas, sendo esse o motivo menos citado. O fato de que os funcionários da UBS eram atenciosos foi citado por 12 usuários como motivo para indicar o serviço, reforçando a importância que os pacientes davam ao sentido humano, de ser bem atendido, com atenção, sendo essa uma das facetas do acolhimento.

Já para não indicar o serviço, o motivo mais citado foi “outros”, que se constitui de diversos motivos diferentes, entre eles: ter que madrugar na fila; serviço é precário; às vezes está fechado; não tem critérios para distribuir medicamentos; atendimento é frio e demorado; às vezes não tem médico e há outros serviços melhores. Evidencia-se que para esses usuários também importava o aspecto de ser bem atendido, sem frieza, com atenção. Sete usuários dos 24 que não indicariam o serviço não o fariam porque não resolvia os problemas de saúde e também sete citaram o fato de que não adiantava indicar porque era necessário pertencer à área para receber atendimento. A resposta desses sete últimos participantes não tem relevância, pois a pergunta se referia a indicar o serviço para outra pessoa sem considerar o fato de haver área fechada, visando apenas a saber se consideravam a UBS boa o suficiente para ser indicada. Talvez isso expresse uma inadequação da forma como a pergunta foi feita aos sujeitos, que a interpretaram de um modo não esperado pela pesquisadora, nem evidenciado no estudo piloto.

Nesta seção, ficou clara a importância que a resolutividade tem para a satisfação dos usuários, assim como a relação existente entre haver resolutividade e indicar o serviço para outra pessoa. Entretanto, também foram evidenciadas

algumas contradições, não só mediante comparação com as trajetórias terapêuticas anteriormente apresentadas, mas nos próprios depoimentos dos usuários. Apesar de a maioria afirmar que o serviço resolvia seus problemas, de uma maneira geral não houve mudanças positivas na sua saúde com o uso do serviço. Muitos problemas portados pelos usuários são crônicos e graves, pouco passíveis de atingirem significativa melhora. Mesmo assim, poderiam ter sido citadas melhorias ou facilidades quanto à utilização dos serviços de saúde, mas praticamente só a proximidade geográfica foi referida como melhoria, desde que existe a UBS na região. Isso pode, então, indicar que o serviço não tem conseguido intervir significativamente na população adscrita de uma forma significativa, conforme o esperado pelos formuladores da Saúde da Família. Em contraposição, o estudo conduzido por Facchini et al. (2006) nas regiões sul e nordeste do Brasil evidenciou que o desempenho do PSF em ambas as regiões foi regularmente melhor do que o dos serviços tradicionais. Tal constatação faz sugerir que sejam desenvolvidos estudos mais aprofundados sobre o impacto da Saúde da Família no cenário desta pesquisa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação permitiu conhecer e analisar o acolhimento e a resolutividade da assistência de uma UBS com equipe de Saúde da Família de Porto Alegre. A utilização das trajetórias terapêuticas percorridas pelos usuários, desde a entrada na UBS até a resolução (ou não) do problema apresentado, associada com a visão dos mesmos sobre o serviço mostrou-se apropriada para realização da análise pretendida, possibilitando comparar a realidade das experiências dos usuários na utilização do serviço com a visão que demonstraram ter do mesmo. Entretanto, este estudo possui como limitação o fato de não ter acompanhado os usuários em suas trajetórias terapêuticas, já que o simples relato das mesmas por eles parece ser incompleto, talvez pela dificuldade em lembrar os caminhos percorridos. Também, acrescenta-se como limite do estudo o não estabelecimento de relação entre a trajetória terapêutica e o problema específico vivenciado. Assim, os usuários acabaram se detendo mais em dizer se o atendimento havia sido bom ou não, de forma que foi preciso insistir na pergunta acerca da descrição das trajetórias percorridas por eles.

No que tange à visão dos usuários, conclui-se que é pouco adequado utilizá-la isoladamente para analisar aspectos inerentes à qualidade da assistência. Isso se deve ao fato de que, neste estudo, a visão dos participantes sobre alguns elementos da assistência se mostrou contraditória diante do evidenciado em suas trajetórias terapêuticas, como a obtenção de resolutividade e o acolhimento, independente de possuir ou não ficha para consulta médica, por exemplo.

É importante apontar algumas considerações acerca do perfil socioeconômico, demográfico e sanitário levantado neste estudo. A grande maioria de participantes eram mulheres, reforçando resultados de outros estudos, citados nesta investigação. A associação de escolaridade com nível de satisfação demonstra que os usuários que tinham mais anos de estudo se encontravam menos satisfeitos em comparação com os de menos escolaridade. Quanto ao perfil sanitário, a maioria utilizava a UBS havia oito anos, com uma frequência que depende da necessidade. O problema de saúde mais freqüente entre os entrevistados foi hipertensão arterial sistêmica. Nesse aspecto, aponta-se a necessidade de a equipe de saúde atender a essa demanda com mais atenção, por

meio, por exemplo, dos grupos de educação em saúde, que podem contribuir para reduzir o número de hipertensos, ou mesmo evitar maiores complicações nesses pacientes.

Entre os serviços oferecidos pela UBS, o mais utilizado foi a consulta médica, seguida da retirada de medicamentos, o que pode ser uma das evidências da medicalização da comunidade em estudo. Outra questão relevante na distribuição de frequências dos serviços utilizados foi a pouca referência feita pelos respondentes à visita domiciliar, assim como aos grupos de educação em saúde. Supõe-se que isso tenha origem na forma como a equipe de saúde organiza o seu trabalho e define prioridades, evidenciando que entre essas não está a promoção da saúde e as ações preventivas, preconizadas pela Saúde da Família, mas pouco implementadas por essa equipe.

A proposta de acolhimento do serviço cenário desta pesquisa está inserida na concepção que a SMS de Porto Alegre [2006] tem sobre o acolhimento como serviço, que visa a atender a todos que procurarem os serviços de saúde, reduzindo as filas e terminando com a distribuição de fichas diárias. Entretanto, a implementação dessa proposta de acolhimento não ocorreu por completo na UBS estudada, pois foram evidenciadas situações nas quais os usuários iam embora sem receber nenhum tipo de atendimento. Além disso, permanece a distribuição de número determinado de fichas para consulta médica, somente logo que a UBS abre, de forma que os usuários se viam obrigados a formar fila antes de o serviço abrir para conseguir ficha e, assim, atendimento.

Um dos maiores problemas encontrados no que se refere à forma de acolher da equipe está na dificuldade em lidar com a demanda espontânea. Corrobora-se o princípio da Saúde da Família de trabalhar com enfoque nas ações preventivas, mas isso não significa negar ou tomar como menos importante as demandas curativas, de doenças, as quais normalmente caracterizam a demanda espontânea, pois essas não “marcam hora, não marcam dia para chegar”. Os profissionais que decidem o modo de oferecer o trabalho aos usuários têm de refletir sobre essa impossibilidade de prever o adoecimento, antes de definirem que a metade dos atendimentos médicos tem de ser agendada com uma semana de antecedência.

É preciso lembrar, também, que substituir o modelo biomédico não quer dizer não tratar. O centro do trabalho em saúde é o usuário, que constitui um sujeito

social e não passível de divisão, de forma que o atendimento em saúde destinado a ele também não deve seguir uma fragmentação, a partir da qual existam locais que só tratam, ou só previnam. Se as equipes de Saúde da Família constituem a primeira referência para os usuários, devem estar preparadas para acolhê-los em qualquer situação, ao menos inicialmente, até que se tenham condições de encaminhar o usuário para o nível de atenção mais adequado. Esse funcionamento estaria mais consonante com o princípio de integralidade da assistência.

A análise do acolhimento desenvolvido nessa equipe de Saúde da Família permite afirmar que os profissionais atuam centrados no trabalho médico, pois muitos usuários referiram dificuldade em receber assistência se não possuísem uma ficha para atendimento médico. Por outro lado, muitos entrevistados (73%) referiram que sempre foram atendidos por alguém quando procuraram a UBS, mesmo não tendo ficha. Houve também, nas trajetórias terapêuticas, situações que confirmam essa constatação, evidenciando que em alguns momentos os usuários são, ao menos, ouvidos por alguém da equipe, mas poucas vezes essa escuta ocasiona solução para o usuário.

Foram pesquisadas diferentes dimensões do acolhimento. No que tange ao aspecto da responsabilização do profissional para com os problemas de saúde dos usuários, quase a metade deles considerou que os profissionais se empenhavam na resolução de seus problemas, mas também foram evidenciados momentos em que não demonstraram tanta responsabilização, principalmente ao encaminharem os pacientes para outros serviços. O empenho dos profissionais “sempre” implica, estatisticamente, sentimento de amparo por parte dos usuários.

Quanto ao estímulo à autonomização, a maioria referiu sempre receber informações acerca do seu estado de saúde pelos profissionais que prestavam o atendimento, sendo que também a maioria disse entender essas explicações. Alguns, entretanto, perdiam a autonomia diante da dificuldade que encontravam na obtenção do diagnóstico do problema que portavam, seja por demora no encaminhamento para exames ou por descaso dos profissionais.

No que concerne à integralidade, o atendimento pareceu ser mais coerente quando a consulta estava previamente agendada. E fora dos consultórios, a metade dos usuários considerou ótimo o tratamento recebido pela equipe.

Outros problemas encontrados que esbarram no acolhimento e na resolutividade se referiram ao acesso funcional, relativos a questões de estrutura material ou organizacional, como o horário de atendimento e a demora pelo mesmo.

As expectativas dos usuários ficaram restritas a ter mais médicos para atender, ou mais fichas. Isso ocorre, provavelmente, pela falta de resolutividade da UBS, que faz com que os usuários acreditem que mais médicos seria a solução. Da mesma forma, a concepção de acolher dos participantes se mostrou restrita à boa recepção, mas a maioria referiu que o serviço os acolhia bem.

Obteve-se um alto índice de usuários que consideram que a UBS tem resolutividade sobre seus problemas, apesar de que a análise das trajetórias terapêuticas demonstrou barreiras na obtenção de respostas positivas para os pacientes. Entre essas barreiras estão a dificuldade de acessar especialistas, que reflete na integralização do atendimento e acarreta demora em conhecer o diagnóstico, interferindo, também, na obtenção de resolutividade. Outro problema evidenciado foi a longa trajetória que alguns usuários relataram percorrer em busca de uma solução para seu sofrimento, sendo que muitas vezes essa trajetória era desenhada por eles próprios, que decidiam ir, sozinhos, em busca de algo que resolvesse ou amenizasse seu problema de saúde. Na análise das trajetórias percorridas pelos usuários, foram poucos os momentos em que se evidenciou resolutividade no próprio serviço. Sob avaliação dos usuários, a resolutividade está associada a conseguir ou não consulta com especialistas, o que ratifica a falta de resolutividade no primeiro nível de atendimento.

Apesar do alto número de usuários que disseram que sempre encontram resolutividade para seus problemas na UBS, ficou claro que o atendimento dessa equipe de Saúde da Família não tem produzido mudanças na saúde da maioria dos entrevistados. Mesmo assim, também um alto percentual de participantes se considerava satisfeito com o serviço, havendo associação entre ter resolutividade sempre e na maioria das vezes e estar muito satisfeito. A maioria indicaria a UBS para outras pessoas, principalmente porque consideram que o serviço é bom, além de ser perto de casa. Existe relação estatisticamente significativa entre o serviço ter resolutividade e ser indicado.

Enfim, reforça-se que os resultados indicam um descompasso entre as trajetórias terapêuticas percorridas pelos usuários e a visão que expressaram sobre o serviço. Pode-se afirmar que a análise do acolhimento e da resolutividade, a partir

das trajetórias, demonstrou mais deficiências do que sucesso, ao passo que sob a visão da maioria dos usuários, o serviço os acolhe e resolve seus problemas de saúde. Entretanto, esse achado pode ser relativizado, novamente devido à análise das trajetórias terapêuticas ter sido feita, na maioria dos casos, não aliada a um problema de saúde específico dos usuários. Dessa forma, estudos futuros poderão contemplar essas questões, bem como acompanhar os usuários em suas trajetórias na busca pela resolutividade, a fim de realizar uma análise mais aprofundada do que os sujeitos vivenciam no decorrer dessas trajetórias.

Com base nas constatações feitas, mesmo que relativizadas, sugere-se que as equipes de saúde, em seus micro-espços de trabalho, oportunizem espaços coletivos de discussão sobre suas práticas de saúde, especialmente sobre seu modo de acolher e de, verdadeiramente, se responsabilizar em buscar uma resposta positiva ao usuário. As mudanças são necessárias e um passo inicial pode ser dado a partir de esforços coletivos, no interior dos serviços de saúde. Diante da magnitude da problemática inserida no cenário do sistema de saúde brasileiro, e da diversidade e complexidade dos problemas de saúde das populações, essa é uma forma que se vê de este estudo poder contribuir para a transformação do modo de assistir os usuários dos Serviços Públicos de Saúde.

REFERÊNCIAS

ACOLHER, ACOLHIMENTO. In: FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1988.

ADAMI, P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista Enferm**, São Paulo, v. 13, n. especial, p. 190 – 196, 2000.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.

BARBOZA, T.A.V.; FRACOLLI, L.A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, jul-ago, 2005.

BERNHART, M.H. *et al.* Patient satisfaction in developing countries. **Social Science and Medicine**, v. 48, p. 989-996, 1999.

BIRD, C.E.; RIEKER, P.P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. **Social Science and Medicine**, v. 48, p. 745-755, 1999.

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

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316 – 319, jun. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Brasília, DF, jun.2003. Disponível em: www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/index.htm Acesso em: 05/12/2006.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação normativa da Estratégia de Saúde da Família no Brasil – 2001/2002. **Informe da Atenção Básica**. Brasília, DF, v.IV, n.18, set./out. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>> Acesso em: 03/03/2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS – Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004, 48f. Disponível em : <dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/05_0050_FL.pdf> Acesso em: 04/05/2005.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. [2005]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>> Acesso em: 04/03/2005.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília, DF, 2002, 228f. Disponível em : <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/estudos.htm>> Acesso em 05/05/2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, DF, [1996].

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.; GOMES, M.H.A. (Org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.157-183, 2003.

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

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a mudança das pessoas. O caso da saúde. In:CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 29 – 87.

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

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **Saúde e cidadania: a implantação do SUS**. 1999. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br>> Acesso em 12/04/2005.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v.53, n.especial, p.143-147, dez. 2000.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 191-202, 2002.

DEGANI, V.C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde**. 2002. 197f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2002.

ESPERIDIÃO, M; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, sup., p. 303-312, 2006.

FACCHINI, L.A.; *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 669-681, 2006.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.38, n.2, p. 143-151, 2004.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E.E; *et al.* (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2003.

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**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr-jun, 1999.

GERHARDT, T.E.. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p.109-118, nov., 2006.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O Inquérito**. Teoria e prática. 3 ed. Paris: Celta, 2001.

GOMES, A.C.C.N.; TORRES, G.V. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de saúde da família do distrito oeste de Natal. **Texto Contexto Enferm**, v.12, n.4, p.495 – 503, Out-Dez 2003.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

GOMES, R.; *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 185-221, 2005.

GRUPO DE COORDENAÇÃO DO ACOLHIMENTO. Cartografia do acolhimento: a diversidade dos processos regionais. In: ORTIZ, J. N. *et al.* **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2004, p. 23 a 46.

HABERMAN, S.J. **The Analysis of Residuals in Cross-Classified Tables**. *Biometrics*, v. 29, n. 1, p. 205-220, mar., 1973.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades @**. 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em 10/06/2005.

JESUS, P.B.R.; CARVALHO, D.V. Percepção de usuários de unidade de saúde da família sobre a assistência à saúde – uma contribuição da enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, v.6, n.1/2, p. 48-56, jan-dez, 2002.

LEÓN, O.; ARTEAGA, O; SCHIATTINO, I. Medición del nivel de satisfacción de usuarios que asisten al Centro de Salud de Acatenango, Guatemala. **Rev Chil Salud Pública**, v.7, n.2, p.80-87, 2003.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203, jan-fev, 2004.

LOPES, M.J.M.;SILVA, J.L.A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.12, n.4, p.683-688. jul-ago 2004.

MARQUES, G.Q. **Demandas do pronto-atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta**. 2004. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 226f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública). – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.

_____. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 187f. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

MATUMOTO, S., MISHIMA, S.M., PINTO, I.C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 233-241, jan-fev, 2001.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ed., São Paulo: Hucitec, 300 p., 1999.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo

de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O.C. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, p.117-160, 1994.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 385p, 1997.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ed., São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.

MINAYO, M.C.C.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.; GOMES, M.H.A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.117-142, 2003.

MINAYO, M.C.C. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-51, 2005.

NAUDERER *et al.* Acesso e acolhimento em unidades básicas de saúde de Porto Alegre/RS: opinião dos usuários. **Mostra Inova UFRGS. Resumo dos trabalhos**. Catálogo eletrônico. 2005. Disponível em: <<http://seberi.propesq.ufrgs.br/inova/catalogo/index.htm>>. Acesso em: 07/06/2005.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NEMES, M.I.B.; *et al.* Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.S310-S321, 2004.

NETO, O.C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5 ed., Petrópolis (RJ): Vozes, 1996.

NOVAKOSKI, L. E. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. 322f. Tese (Doutorado) Curso de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento, Universidade federal do Paraná, Curitiba, 1999.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar-abr, 2006.

ORTIZ, J. N. *et al.* **Acolhimento em Porto Alegre**: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2004.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PINHEIRO, R. J. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687 – 707, 2002.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. (Orgs.) **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, ABRASCO, p. 21 – 37, 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Diagnóstico de saúde do distrito Leste de Porto Alegre/PROMED**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005, 272p.

PORTO ALEGRE. **Acolhimento**. [2006a]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=664> Acesso em 10/03/2006.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Ver título**. [2006b]. Disponível em: www.portoalegre.rs.gov.br Acesso em 20/10/2006.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Indicadores de Saúde Selecionados – POA**. 2004.

RAMOS, D.D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev, 2003.

REIS, I.N.C.; VIANNA, M.B. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. In: *Perspectivas na avaliação em promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 697-709, 2004.

RIBEIRO, E.M. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do Programa.** 2005. 286f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438 – 46, mar-abr, 2004.

ROESE, A. **Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS.** 2005. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SCHIMITH, M.D. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo?** 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 109-118, 2004.

SCHNEIDER, P.; TATSCH, M. O.; LOPES, M. J. M. O perfil dos usuários e dos atendimentos de atenção básica no PSF Milta Rodrigues/POA – 2003. In: **Livro de Resumos do XVI Salão de Iniciação Científica e XIII Feira.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Propeq, 2004, p. 488.

SILVA, J.; GONZATTO, M. Teste avalia postos de saúde da Capital. **Zero Hora**, Porto Alegre, v.41, n.1486. p.38, 25 jun. 2004.

SILVEIRA, M.F.A.; *et al.* Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.9, n. 1, p. 71-78, jan./jun. 2004.

SOUZA, H.M. Programa de Saúde da Família: entrevista. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, DF, v. 53, n. especial, p. 7 – 16, dez. 2000.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – a assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 193-206, abr./jun. 2000.

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

TRAD, L.A.B.; *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 581-589, 2002.

TRENTINI, M. *et al.* Retrato falado do trabalho vivo em ato de uma unidade do Programa de Saúde da Família – PSF. **Texto Contexto Enferm**, v. 12, n. 3, p. 351-360, jul-set 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

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

VERBRUGGE, L.M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of health and social behaviour**, v. 30, p. 282-304, September, 1989.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84 p.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados qualitativos

FORMULÁRIO NÚMERO: _____

DATA: _____

1. Por favor, me conta toda a seqüência do atendimento na última vez que tu fostes ao posto de saúde, desde tua chegada no serviço até o término do atendimento (explicar que é a UBS)
2. O que você espera do serviço de saúde (UBS) aqui da região?
3. E o serviço resolve seus problemas?
4. O serviço trouxe alguma mudança na sua saúde? Essa mudança foi positiva ou negativa?
5. Você se considera informado sobre a sua saúde?
6. Como é o atendimento quando você vem sem ter a consulta agendada?
7. E com a consulta já agendada, como é o atendimento?
8. Do que você mais gosta neste serviço?
9. O que você mudaria ou melhoraria no serviço?
10. Para você, acolher é ...
11. Gostaria de falar mais alguma coisa?

13. Quando este posto não resolve totalmente o seu problema, você procura outro serviço por sua conta ou o posto daqui o encaminha?

(1) usuário procura outro serviço por sua conta

(2) O posto encaminha

14. E quando o posto encaminha, o outro serviço resolve seu problema? (aplicar medidor)

(1) Nunca

(3) Na maioria das vezes

(5) Não se aplica

(2) Às vezes

(4) Sempre

15. Após você realizar consulta ou exame em outro serviço, você volta ao posto daqui (PSF) para trazer os resultados? (1) S (2) N

16. Os profissionais do posto lhe explicam as coisas referentes à sua saúde?

(1) Nunca

(3) Na maioria das vezes

(2) Às vezes

(4) Sempre

17. Você entende as explicações que os profissionais lhe dão a respeito da sua saúde?

(1) Nunca

(3) Na maioria das vezes

(2) Às vezes

(4) Sempre

18. Quanto tempo demora pelo atendimento, geralmente? _____

19. O que você acha do tempo de espera pelo atendimento?

(1) Ruim

(3) Bom

(2) Regular

(4) Ótimo

20. Qual sua opinião sobre o horário de funcionamento do serviço?

(1) Ruim

(3) Bom

(2) Regular

(4) Ótimo

Por quê? _____

21. Você é atendido sempre que procura o serviço ou algumas vezes não lhe atendem por não ter mais fichas?

(1) Sou sempre atendido por alguém

(2) Às vezes não sou atendido por ninguém

22. Você considera que os profissionais se empenham para resolver o seu problema?

(1) Nunca

(3) Na maioria das vezes

(2) Às vezes

(4) Sempre

23. Qual sua opinião sobre como você é recebido e tratado pelos profissionais do posto?

- (1) Ruim (3) Bom
(2) Regular (4) Ótimo

24. Qual sua opinião sobre o atendimento na recepção (balcão)?

- (1) Ruim (3) Bom
(2) Regular (4) Ótimo

25. Você se sente seguro e amparado pelo fato de este serviço ser perto da sua casa?

- (1) Não (3) Regular
(2) Indiferente (4) Sim

26. Você indicaria este serviço para alguém? (1) S (2) N

Por quê? _____

27. Você se considera satisfeito com o serviço? (1) S (2)N

Em caso afirmativo, quanto?

- (1) Pouco (2) Regular (3) Muito

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Trajetórias terapêuticas e a visão dos usuários de um Programa Saúde da Família: acolhimento e resolutividade em questão.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima; Tel.: 9678-2818

Pesquisadora: Raquel Borba Rosa; Tel.: 9692-4293

Instituição: Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (Av. Independência, 661, 7º andar, bloco C)

Fui informado de que esta entrevista será utilizada somente para a coleta de dados do estudo sobre o atendimento neste serviço de saúde e se ele resolve meus problemas de saúde. O estudo é de autoria de Raquel Borba Rosa, sob orientação da Prof. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e poderá contribuir com a melhoria do atendimento em saúde.

O aceite ou não em participar do estudo é decisão minha, assim como o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem que isso interfira em meu atendimento por este serviço. Toda e qualquer dúvida que eu tenha em relação ao estudo ou às perguntas, serão esclarecidas pela pesquisadora. Posso optar, também, por permitir ou não que a entrevista seja gravada, para que não se perca nenhuma das informações que eu venha a dar.

Estou ciente de que os dados coletados, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora comprometida de não me identificar em momento nenhum e de disponibilizar os resultados do estudo aos participantes, se assim desejarem.

Declaro que fui informado de forma clara sobre meus direitos enquanto participante deste estudo, bem como aos procedimentos aos quais serei submetido.

Data: _____

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE D – Folha Explicativa

Pesquisa: Trajetórias terapêuticas e a visão dos usuários de um Programa Saúde da Família: acolhimento e resolutividade em questão.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima; Tel.: 9678-2818

Pesquisadora: Raquel Borba Rosa; Tel.: 9692-4293

Instituição: Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (Av. Independência, 661, 7º andar, bloco C)

Prezado usuário,

Meu nome é Raquel, sou enfermeira e estudante do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estou desenvolvendo este estudo sobre a forma como os usuários são atendidos neste serviço de saúde e sobre sua capacidade em resolver os problemas de saúde dos usuários. Gostaria muito de poder contar com sua participação, que é muito importante. Os resultados do estudo poderão contribuir para a melhoria do atendimento em saúde prestado por este serviço.

Quero deixar claro que não sou funcionária deste serviço e que seu nome será mantido em segredo.

Caso aceite participar, esteja ciente do seu direito de desistir em qualquer momento do estudo, sem que isso interfira no seu atendimento pelo serviço.

Qualquer dúvida ou informação referente ao estudo, fique à vontade para me ligar.

Muito obrigada!

Raquel Rosa
Pesquisadora

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas



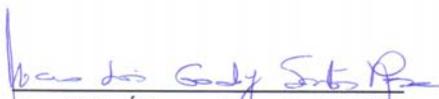
Porto Alegre, 03 de agosto de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)

Raquel Borba Rosa

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado "**Trajetórias Terapêuticas e a Visão de Usuários de Um Programa de Saúde da Família: Acolhimento e Resolutividade em Questão**" do(a) pesquisador(a) **Raquel Borba Rosa** protocolado neste CEP sob nº38/05, foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, 03/08/2005, estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – (Resolução 196/96) – do Conselho Nacional de Saúde. **Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.**

Atenciosamente,


Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV