

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ACESSO E ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS NO CONTEXTO DA
MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE**

DONATELA DOURADO RAMOS

PORTO ALEGRE, FEVEREIRO DE 2001

DONATELA DOURADO RAMOS

**ACESSO E ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE
DE PORTO ALEGRE/RS NO CONTEXTO DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE em ENFERMAGEM.

Orientadora: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

PORTO ALEGRE, FEVEREIRO DE 2001

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R 175 a Ramos, Donatela Dourado

Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde/Donatela Dourado Ramos ; Orientação de Maria Alice Dias da Silva Lima Porto Alegre, 2001.
129 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal Do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

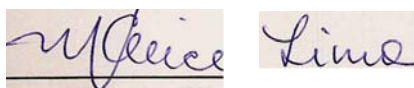
1. Acesso. – 2 . Acolhimento: Usuários . – 3 . Unidade de Saúde .
4 . Municipalização. – I. Título

CDD 6107365

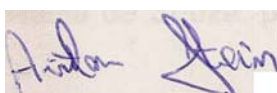
**Bibliotecária Responsável
Lúcia Vauthier Machado Nunes**

**C
RB 10/193**

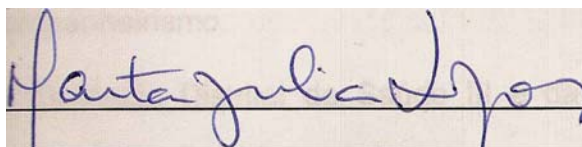
BANCA EXAMINADORA

Handwritten signature of Maria Alice Dias da Silva Lima in blue ink on a light-colored background.

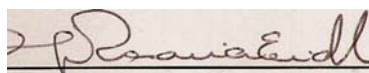
ProF. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima (orientadora)

Handwritten signature of Airton Tetelbom Stein in blue ink on a light-colored background.

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein

Handwritten signature of Marta Júlia Marques Lopes in blue ink on a light-colored background.

ProF. Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Handwritten signature of Olga Rosária Eidt in blue ink on a light-colored background.

ProF. Dra. Olga Rosária Eidt

AGRADECIMENTOS

À Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima, pela enorme dedicação e paciência em todos os momentos de revisão e orientação.

À colega e amiga Nádia de Souza, pelo incentivo para que eu fizesse o curso de mestrado.

Às professoras e colegas do curso de mestrado, pelos momentos de aprendizagem e companheirismo.

À equipe da Gerência Distrital de Saúde III e da Unidade de Saúde Camaquã, pela acolhida.

Ao meu esposo Alceu e a meus filhos Daniel, Michelle e Graziela, pelo apoio e paciência.

À minha irmã Gioconda e a meu sobrinho Vítor Augusto, pela valiosa assessoria técnica.

E muito especialmente aos usuários entrevistados, que tornaram possível esta pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3 O CONTEXTO DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	28
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	39
4.1 Caracterização do estudo.	39
4.2 Seleção do espaço de pesquisa.....	39
4.3 Caracterização do cenário.....	42
4.4 Coleta de dados.....	50
4.5 Análise dos dados.....	54
5 ACESSO E ACOLHIMENTO NO COTIDIANO DA UNIDADE DE SAÚDE....	58
5.1 Acesso.....	60
5.1.1 Acesso geográfico.....	61
5.1.2 Acesso econômico.....	68
5.1.3 Acesso funcional.....	75
5.2 Acolhimento.....	95
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
ABSTRACT.....	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS.....	127
Anexo A - Roteiro de entrevista com o usuário.....	128
Anexo B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	129

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Diário de Campo I	42
QUADRO 2 - Composição da equipe de saúde da U.S.Camaquã / SMS - 2000.....	46
QUADRO 3 - Caracterização dos usuários entrevistados na U.S.Camaquã 2000.....	52
QUADRO 4 - Diário de Campo II	54
QUADRO 5 - Caracterização do atendimento e perfil dos usuários entrevistados na U.S. Camaquã, 2000.....	60
QUADRO 6 - Caracterização do acesso geográfico à U.S. Camaquã.....	63
QUADRO 7 Acesso Econômico.....	69
QUADRO 8 – Acolhimento.....	96

RESUMO

O objeto deste estudo é a visão dos usuários quanto aos fatores que influenciam a qualidade do atendimento prestado em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre, relativos ao acesso e ao acolhimento, considerando-os como elementos que compõem o modelo assistencial, no contexto da municipalização da saúde. Tem por objetivo caracterizar a forma como vem ocorrendo o acesso dos usuários ao atendimento e o acolhimento a eles dispensado. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através das técnicas de entrevista semi-estruturada e observação participante, no período de 13 de janeiro a 17 de abril de 2000. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, do tipo temática (Bardin, 1995). As categorias encontradas apontam para diversas facilidades e dificuldades quanto ao acesso dos usuários, do ponto de vista geográfico, econômico e funcional, bem como quanto ao acolhimento, no que diz respeito à forma de abordagem do usuário pelos trabalhadores em saúde. Nos resultados encontrados foi evidenciado o predomínio de aspectos relativos ao acesso, principalmente quanto ao acesso funcional. Com relação ao acolhimento, o modo de organização do serviço e a competência profissional determinaram

facilidades quanto à forma de abordagem e conseqüente satisfação dos usuários. Algumas dificuldades identificadas devem-se à má recepção e ao desempenho profissional insatisfatório. Concluiu-se que se faz necessária a implementação de medidas gerenciais que auxiliem na resolução dos problemas encontrados na unidade estudada e na rede assistencial. Entre essas medidas destacam-se a necessidade de aumento do quadro de profissionais, a implantação de modalidade complementar de atendimento odontológico, a antecipação de horário de abertura do prédio para a marcação de consultas, a facilitação de acesso às consultas e exames especializados, a utilização efetiva do critério de moradia do usuário para priorização de atendimento (territorialização) e a ampliação da capacitação de recursos humanos no que diz respeito ao acolhimento.

1 INTRODUÇÃO

A temática desta investigação envolve a visão dos usuários quanto aos fatores que vêm repercutindo sobre o cotidiano do atendimento prestado em um serviço da rede básica de saúde de Porto Alegre, no que diz respeito ao acesso e ao acolhimento, enquanto elementos que compõem o modelo assistencial, tendo por contexto o novo cenário trazido pela municipalização da saúde na cidade.

O objeto deste estudo está intimamente ligado à questão crucial, sempre presente no país, sobre a condição e as possibilidades concretas que o poder público tem para enfrentar o enorme desafio que significa a melhoria da atenção à saúde da população. Além disso, o processo de municipalização¹ nesta cidade é relativamente recente e carecemos de análises que possibilitem uma avaliação da qualidade dos serviços e do atendimento.

As reflexões sobre esse tema sempre estiveram presentes em minha vida profissional, como enfermeira de saúde pública, ligada à assistência e à gerência de serviços básicos de saúde da rede municipal de Porto Alegre, há 20 anos. Em virtude dessa trajetória e por ter participado na luta pela

municipalização da saúde, na cidade, tenho inúmeras inquietações quanto ao desenrolar desse processo e suas repercussões sobre a assistência.

Trata-se de um estudo relevante para a Enfermagem já que, tanto nesta cidade quanto em inúmeros outros municípios brasileiros, os enfermeiros cada vez mais são chamados a ocupar cargos e funções de gerência em unidades básicas de saúde, coordenações e assessorias, no âmbito municipal ou estadual, além das funções de assistência direta ao cliente ou de formação de recursos humanos que venham a compor os quadros do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seja na assistência ou na função de gerência, é fundamental, tanto para o enfermeiro quanto para qualquer profissional de saúde, conhecer como os usuários dos serviços de saúde avaliam o atendimento a eles prestado, no sentido de repensar a prática profissional, se necessário, ou de poder intervir sobre a forma de organização dos serviços, com vistas a seu aperfeiçoamento.

Gradualmente fui firmando a convicção de que os municípios constituem o nível de governo mais apropriado para exercer a gestão dos serviços de saúde, por representarem a instância de governo mais próxima do cidadão. Talvez essa concepção tenha se consolidado em minhas experiências na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, ao longo de sua história, no que diz respeito às características dos serviços prestados, bem como particularmente pela atuação conjunta com representantes de usuários e de prestadores de serviços nas áreas de saúde, educação e segurança, desde o início da década de 80. Essa atuação deu-se em parceria com inúmeros

¹ Em 1993, iniciou-se em Porto Alegre o processo de municipalização, através da modalidade de gestão incipiente (Brasil, 1993), ampliada em agosto de 1996 para a modalidade semi-plena (Brasil, 1996) e para

outros técnicos de saúde e lideranças populares em diferentes fóruns, tais como: Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, depois transformados respectivamente em Conselhos Locais e Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conferências Municipais de Saúde, bem como representando a SMS em comissões técnicas de planejamento sobre a municipalização, já no início da década de 90.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre manifestou, desde 1989, ser indispensável a municipalização dos serviços de saúde para a construção de um novo modelo de assistência. No bojo da Proposta de Organização e de Funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que integra o Plano Municipal de Saúde de 1991, entre as características delineadas para o modelo assistencial, consta a democratização do direito à saúde, a ser alcançada pela melhoria das condições de vida e trabalho e pelo acesso igualitário, equânime e universal a serviços de boa qualidade. Identifica-se a proposta de um modelo clínico-epidemiológico, no qual o acolhimento está expresso pela necessidade de atendimento da rede básica à demanda imediata, bem como aos programas de saúde pública. Modelo esse não apenas centrado na doença, na figura do médico, no hospital e nas altas tecnologias, mas sim na promoção de saúde do indivíduo, família e grupos da comunidade, inseridos num amplo contexto sócio-econômico-político-cultural, com a contribuição dos diversos profissionais de saúde. Conforme Sirena (2000), esse modelo está centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente e na relação com a comunidade.

Os princípios expressos no Plano Municipal de Saúde de 1991 foram reafirmados em 1996 através do documento Diretrizes Estratégicas da SMS em 1996 (Porto Alegre, 1996), construído a partir do I Fórum de Integração da SMS, no qual se discutiu a missão institucional. Foi expressa a necessidade de buscar a equidade no acesso à saúde, através da priorização da intervenção junto aos grupos de maior carência sócio-sanitária, além da qualificação dos serviços de saúde, pela adoção de padrões mínimos de funcionamento, entre outros fatores. Compartilho da posição de que deve haver priorização, pelo poder público, dos grupos de maior risco sócio-sanitário, porém sem desconsiderar o princípio legal da universalidade do atendimento ao cidadão. É preciso levar em conta, conforme enfatiza Unglert (1990), que o acesso à saúde extrapola a assistência à saúde em si e que a acessibilidade aos serviços de saúde é fundamental para a concretização da equidade.

Pretendo, através deste estudo, contribuir para a reflexão e conseqüente ação que possa resultar no aperfeiçoamento do trabalho em saúde, a partir da qualificação da assistência prestada. Trata-se de uma tentativa de colaborar na avaliação da forma como a SMS vem exercendo seu papel de gestora municipal dos serviços básicos de saúde, no que diz respeito às medidas que vêm sendo tomadas, considerando-se acesso e acolhimento como elementos que podem favorecer a reorganização dos serviços. Abordando essa questão, Acurcio e Guimarães (1996) apontam o interesse de planejadores e dirigentes de saúde em avaliar o impacto da política de saúde sobre o acesso à atenção e a possibilidade de modificá-lo.

Uma das formas de avaliar a qualidade dos serviços de saúde é através da ótica dos usuários. Conforme Oliveira (1998), vem crescendo a importância do reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário em estudos de avaliação de qualidade de serviços de saúde. O autor salienta que o resgate do papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Ressalto, ainda, a contribuição de Oliveira (1996), ao afirmar que a valorização da fala dos pacientes é fundamental para que possamos influir na democratização e descentralização dos serviços de saúde. Comenta esse autor que a avaliação dos serviços é pouco praticada em nosso meio, seja por falta de vontade política dos dirigentes do sistema, seja por falta de pressão da população.

Nesse sentido, este estudo tem por **objetivo**: caracterizar como vem se dando o acesso dos usuários ao atendimento e como esses consideram que vem sendo prestado o serviço que lhes é oferecido, quanto à forma como são acolhidos. Com vistas à investigação dessa temática optou-se por um recorte da realidade, a partir da ótica de usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, municipalizada a partir de 1996.

2 OBJETO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO

No bojo das transformações pelas quais vêm passando o sistema de saúde em nosso país, especialmente após a lei do SUS, produto da luta do movimento sanitário, articulado com o movimento popular e sindical e apoiado por partidos políticos, encontra-se a universalização do acesso aos serviços e a descentralização da gestão para o nível local (Castro e Jaeger, 1994).

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 estabeleceu-se no país o Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza entre seus princípios: a universalidade da atenção, integralidade das ações, hierarquização dos serviços, equidade, controle social sobre o sistema de prestação de serviços e descentralização do comando. A saúde passa a ser encarada, no texto legal, como um “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1990). Em decorrência do preceito legal, o fortalecimento do setor público e do papel dos municípios é apontado como essencial para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Halal (1996, p.15) aponta “a municipalização da saúde como uma das mais importantes experiências federativas em curso no país”. Esse autor alerta

para o fato de que se trata de um processo que exige tempo, decisão política, bem como participação social.

Segundo Heimann (1992, p. 39) a municipalização é uma estratégia que visa produzir o “maior impacto possível nos principais problemas de saúde da população”, fortalecendo a descentralização e participação da esfera municipal na gestão do SUS, bem como o controle social sobre os serviços de saúde. Estará essa estratégia produzindo em nosso meio os efeitos desejados, apontados por Heimann? Embora não seja objetivo deste estudo responder de modo global a essa questão, ela permeia a investigação, uma vez que considero o acesso e o acolhimento dois elementos essenciais do atendimento, para que se possa influir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. A responsabilidade pela organização do sistema local passou a ser do município, ainda que se possa afirmar que tamanha responsabilidade deve ser compartilhada com as outras esferas de governo.

Sendo assim, considero indispensável procurar aferir, de algum modo, os reflexos que o processo de municipalização da saúde em Porto Alegre estaria produzindo sobre a assistência prestada ao cidadão, no que diz respeito à forma de organização dos serviços básicos de saúde, quanto ao acesso e ao acolhimento.

Após 1992, houve o fortalecimento do Movimento Municipalista em Saúde, apesar da pressão dos setores privatistas que influenciaram o governo Collor. Naquele ano, ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde, considerada importante marco para a consolidação das conquistas oriundas da VIII Conferência e garantidas na Constituição de 1988.

Conforme Jovchelovitch (1993), no estado do Rio Grande do Sul a municipalização iniciou-se em 1985 com as Ações Integradas de Saúde (AIS), que possibilitaram alguns avanços, tais como, o fortalecimento da rede ambulatorial básica, contratação de recursos humanos, articulação com serviços públicos municipais, revisão do papel dos serviços privados. Em 1987, ocorreram no estado as primeiras assinaturas dos termos de adesão dos municípios ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Nesse mesmo ano, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS/RS) repassa a rede de assistência médica ao estado, iniciando-se assim o processo de descentralização.

Em Porto Alegre, o processo de municipalização foi bastante retardado, entre outras questões, devido a diferenças na concepção da política de saúde entre os partidos governantes do município e do estado, culminando com a gestão semi-plena em 1996, após anos de negociação.

Ao ingressar na gestão semi-plena o município de Porto Alegre assumiu a responsabilidade total pelas ações e serviços do SUS, após cumprir com requisitos legais, tais como: Fundo Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, plano municipal de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a saúde, comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários (Brasil, 1993).

Em 1998, o município ingressou na gestão Plena do Sistema Municipal (Brasil, 1996), uma vez que já elaborava a programação municipal, gerenciava as unidades públicas da rede básica, operava uma Central de Marcação de Consultas Ambulatoriais – depois ampliada para procedimentos – fazia o

controle, avaliação e pagamento aos prestadores de serviços, operava o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), além das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, um dos passos iniciais de todo o processo.

A partir das vivências do cotidiano constatei que, antes da municipalização, Porto Alegre, assim como outros municípios, apresentava um sistema de saúde caracterizado por: desarticulação das instituições de saúde, falta de uma programação conjunta, ausência de um sistema de referência e contra-referência, baixa resolutividade no atendimento e cobertura inadequada da população, além de múltiplos gastos e superposição de ações. Todos esses fatores, juntamente com a escassez e inadequada capacitação de recursos humanos, de modo geral traziam empecilhos ao acesso e ao acolhimento dos usuários, na rede de serviços de saúde.

Os serviços de origem municipal, em Porto Alegre, segundo uma ótica pessoal, pela própria história institucional, e por terem constituído uma rede muito pequena antes do desencadeamento do processo de municipalização, acumularam discussões e experiências favoráveis, no que diz respeito às questões ligadas ao acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade.

Ao longo do tempo transcorrido desde 1993, quando se iniciou a gestão incipiente, o processo de municipalização em Porto Alegre vem gradualmente se consolidando, a tal ponto que o Ministério da Saúde divulgou, em recente pesquisa, ser essa a capital do país onde a população apontou o melhor atendimento com um índice de 20,77% de problemas, contrastando com o índice nacional de 42,11% e apontou 38,15% de elogios ao atendimento pelo

SUS na cidade, em contraposição ao percentual do país de 21,96% (SUS, 2000). Desse modo, temos um indicativo favorável que demonstra uma boa aceitação pela população em relação ao SUS, especialmente pelo forte controle social, exercido pelos cidadãos porto-alegrenses, através de seus diferentes fóruns de participação.

No entanto, mesmo nesses serviços, há muitas questões a resolver no sentido de aperfeiçoar as respostas a serem dadas ao usuário. O processo está em andamento e assim como o desenho representativo do diagnóstico dessa situação não é homogêneo na rede como um todo, também o ritmo e as características das mudanças imprimidas não são uniformes .

O papel de gestor significa para a instituição municipal (SMS) a construção de um modelo assistencial diverso do até então vigente.

Modelo assistencial, na visão de Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991), diz respeito à produção de serviços de saúde, a partir dos saberes da área, assim como de projetos políticos de construção dos grupos sociais envolvidos. Segundo Campos (1994a), é um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com um certo saber técnico.

O modelo assistencial proposto por ocasião da municipalização da saúde em Porto Alegre, a partir da gestão semi-plena, ocorrida em agosto de 1996, trouxe repercussões sobre a assistência prestada aos usuários da rede básica do SUS ? Estarão os usuários satisfeitos com o acesso aos serviços ? É possível perceber mudanças nas práticas cotidianas de atendimento? Como se encontra o acesso aos serviços da rede básica? Como o usuário é acolhido

nos serviços básicos? Tem encontrado resposta aos seus problemas de saúde? Que tipo de vínculo se estabelece entre o usuário e a equipe de saúde?

O modelo assistencial previsto no *Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre* (Porto Alegre, 1991) estabelecia a necessidade de uma rede assistencial capaz de proporcionar: atendimento ambulatorial básico, atendimento às urgências e emergências em nível pré-hospitalar e hospitalar, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e ações coletivas de vigilância epidemiológica e sanitária. A partir da leitura do documento compreende-se que o planejamento das ações e programas estaria assentado sobre informações epidemiológicas, estudos de demanda e de recursos disponíveis, priorizados segundo as instâncias deliberativas de controle social (Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde) .

No documento *Elementos Organizadores de Rede de Serviços com vistas a sua Qualificação* (Reck e Hickel, 1996) a direção da SMS expressou claramente a importância fundamental do acesso e do acolhimento para reverter a perversidade do sistema em que o usuário é jogado à própria sorte .

No ano de 1996, na 2ª Conferência Municipal de Saúde, Porto Alegre reafirma sua crítica ao modelo liberal-privatista, propondo um modelo de atenção baseado no conceito ampliado de saúde e centrado nas necessidades da população. Na rediscussão de suas diretrizes estratégicas, ocorrida em 1999, a SMS destacou a importância do redimensionamento da relação entre oferta e demanda através do projeto Porto Saúde 2000, comprometendo-se a

ampliar o acesso da população à saúde pela garantia da oferta de serviços e do bom acolhimento (Sirena, 2000).

A III Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, ocorrida em maio de 2000, buscou aprofundar o debate sobre o controle social, a partir da discussão das diretrizes da II Conferência e da avaliação dos três anos e meio de municipalização (Sirena, 2000).

A tentativa que vem sendo feita em Porto Alegre, a partir de 1989, bem como em Campinas, pelo que nos relata Campos (1994b), é de luta contra a hegemonia do modelo neo-liberal de prática médica, buscando recriar uma consciência sanitária que permeie a maioria da sociedade. Segundo esse autor, a melhoria das condições de vida para os grupos sociais que habitualmente não têm acesso ao progresso tecnológico, passa pela mudança nos padrões de funcionamento do sistema de saúde.

Campos (1994b) ressalta que a necessidade de alteração do modelo de prestação de serviços de saúde, parte do reconhecimento da grave crise de eficácia, pela qual passa o referido modelo no Brasil contemporâneo. Sem dúvida, o modelo do pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva.

Pode-se exemplificar essa afirmação a partir de vivências cotidianas nos serviços básicos, citando a precariedade do atendimento médico ambulatorial prestado por inúmeros profissionais a 12, 16 ou até 24 clientes, que muitas vezes se dá em um tempo médio de 1 a 2 horas.

Adverte ainda Campos (1994b) sobre o desafio colocado aos serviços básicos de saúde quanto à necessidade de absorção da demanda espontânea, sem a dependência ao modelo de pronto-atendimento, por si só limitado e pouco resolutivo.

Para tanto, acredito que se faz necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica, partindo do referencial desenvolvido por Merhy, Campos e Cecílio (1994), que descrevem os eixos centrais que constituem o modelo tecno-assistencial em defesa da vida : acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade .

O acesso à saúde, segundo Unglert (1995), está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços que, por sua vez, extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

Reis, Santos, Campos et al. (1990), fazendo uma revisão bibliográfica sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, bem como Stein (1998), citam Donabedian como um dos principais autores que tem se dedicado a esse tema, destacando três categorias essenciais nesse tipo de estudo: estrutura, processo e resultado. A estrutura compreenderia a disponibilidade adequada de serviços, incluindo equipamentos e pessoal capacitado. O processo refere-se às atividades desenvolvidas no atendimento propriamente dito. O resultado

diz respeito ao desfecho, isto é, à repercussão do cuidado oferecido à saúde do indivíduo que pode se evidenciar no momento ou no futuro.

Conforme Reis, Santos, Campos et al. (1990), os estudos mais modernos a respeito envolvem uma ou mais categorias donabedianas e, por isso, propõem que sejam agrupados em estudos Corporativos Racionalizadores e Antropossociais. Nesse último grupo encontram-se os estudos de acessibilidade e de satisfação dos pacientes. A acessibilidade envolve dois aspectos que podem facilitar ou dificultar a obtenção dos cuidados de saúde pelo cliente: o sócio-organizacional e o geográfico. Tomando por base essas categorias, o presente estudo preocupa-se tanto com a estrutura do serviço e com as atividades que compõem o processo de trabalho, quanto com a acessibilidade.

Uma das vertentes encontradas na literatura, que apresenta a acessibilidade como indicador da qualidade do serviço de saúde, se baseia na avaliação do acesso a partir do estudo da distribuição e organização dos serviços (Reis, Santos, Campos, et al. 1990, p. 57-58). Esses autores, a partir de vários estudos de satisfação dos pacientes, concluem que os fatores mais importantes que interferem na percepção desses sobre a qualidade de seus cuidados de saúde são: “interesse pessoal do médico pelo paciente, acessibilidade, bons médicos, acompanhamento por pessoal bem treinado, informações dos médicos, pessoal solícito e privacidade”. A acessibilidade seria a capacidade de obtenção, pelo paciente, de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente (Acurcio e Guimarães, 1996).

Outros autores, tratando da questão do acesso, como Santos e Bravo, citados por Adami (1993), classificam respectivamente como parâmetro ideal de deslocamento ao serviço de saúde a caminhada a pé de no máximo vinte a trinta minutos. No caso do tratamento ambulatorial da hanseníase, Adami (1993) comenta que a Organização Panamericana de Saúde (OPS) define que a distância entre a residência do paciente e o serviço não deve ultrapassar cinco quilômetros. Precisam, ainda, ser levados em conta, aspectos como custo do transporte coletivo, tempo de espera por esse e tempo de deslocamento. Do ponto de vista funcional, salienta aquela autora aspectos levantados pela OPS quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem a demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema.

Diversos fatores são considerados obstáculos à real utilização dos serviços, tais como: custo, localização, forma de organização, demora para obtenção do atendimento (Frenk, citado por Adami, 1993). Ressalta ainda Adami (1993) que é a utilização dos serviços e não apenas sua existência que comprova o acesso real a eles.

Merhy (1994) diz que o acolhimento compreende a humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. O encontro entre trabalhador de saúde e usuário se dá num espaço intercessor (Merhy, 1997) no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço intercessor permite que o trabalhador em saúde use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito

portador e criador de direitos. A abordagem ao usuário deixaria então de caracterizar-se por uma frieza aparentemente científica e a relação não estaria centrada na valorização dos atos e procedimentos em si. O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários estão submetidos. Esses autores propõem a utilização do acolhimento como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas nos serviços de saúde, que permite captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. O acolhimento, segundo os autores citados, constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

Entre outros autores, Matumoto (1998) destaca que o trabalho em saúde realiza-se a partir do encontro entre usuário e trabalhadores da equipe de saúde, a partir da captação de uma necessidade do usuário pelo trabalhador e sua incorporação como objeto de trabalho. Desse modo se concretiza a dinâmica do atendimento como parte do processo de trabalho em saúde, no qual se insere o acolhimento, também entendido como processo.

Campos (1994b) e Matumoto (1998) enfatizam a importância de que os serviços de saúde se responsabilizem pelos problemas de uma região, questão essa ligada à noção de vínculo.

O vínculo seria o estabelecimento de um laço de “responsabilidade e compromisso” entre trabalhador de saúde e usuário. Segundo Merhy (1994, p. 138) é “sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente”. Esse vínculo pressupõe a busca de autonomia do paciente em relação ao serviço de saúde.

Com base nesses autores e a partir da vivência na rede básica de saúde, identificam-se situações em que esses elementos estão presentes. Entendo por acesso a consideração entre a distância da Unidade de Saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento à Unidade de Saúde, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio.

Por acolhimento entendo a postura que o trabalhador em saúde deve procurar desenvolver, de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas. É uma responsabilidade de todo o trabalhador em saúde, que inclui o vigilante, o recepcionista, os funcionários de nível médio e os profissionais de nível superior.

Por resolutividade entendo o uso de todas as tecnologias disponíveis na tentativa de diminuir o sofrimento e eventualmente eliminá-lo, quando for possível intervir sobre as causas geradoras dos problemas, buscando sempre ampliar a autonomia do usuário em relação a esses problemas. Autonomia essa que será mais ampla, na medida em que o serviço de saúde possa intervir

mais precocemente, isto é, realizando ações de promoção e prevenção em saúde.

Através da experiência profissional, na prática diária, tenho observado inúmeros problemas nos serviços básicos de saúde com relação a esses aspectos: acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade. É impossível deixar de considerar as peculiaridades quanto ao caminho percorrido pelos diversos serviços, que se refletem nitidamente nos resultados alcançados até aqui. As diferenças substanciais em sua história institucional, conforme seus vínculos de origem, suas políticas internas, o tempo e o acúmulo de discussão sobre as práticas exercidas, faz com que não se desenhe um quadro homogêneo. Os diferentes portes dos serviços, definidos pela área física, composição da equipe, área de responsabilidade, determinam as ações que podem ser desencadeadas, desde que existam diretrizes político- administrativas claras, por parte do órgão gestor máximo da saúde na cidade – SMS.

Para exemplificar um pouco as afirmações que faço, podemos dizer que: há serviços com áreas físicas tão pequenas que não dispõem de uma sala de espera, outros em que, mesmo contando com um bom local para espera, não se encontraram fórmulas para extinguir as filas. Outros ainda em que, pela grande demanda reprimida, existe comercialização de lugar na fila de espera. Às vezes as condições materiais são boas e busca-se praticar um bom atendimento, mas inexistente qualificação adequada dos funcionários da recepção ou, pelo contrário, monta-se um bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta que culmina com um mau atendimento no momento da consulta na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas, de desinteresse.

Pode haver também um bom acesso, adequado acolhimento, estabelecimento de vínculo entre usuário e equipe, mas prejuízo na resolutividade por falta de integração entre os diferentes níveis hierárquicos do sistema.

Esse é, em resumo, o desafio de qualificação que a rede básica tem de enfrentar, através de medidas político-gerenciais efetivas que passam, necessariamente, por um trabalho de parceria com a comunidade, através de suas instâncias representativas.

Portanto, o problema em foco diz respeito ao grande número de trabalhadores públicos em saúde diretamente envolvidos na questão, bem como a usuários do serviço de saúde, objeto último do trabalho desses servidores. Diz respeito a toda a população da cidade de Porto Alegre, independentemente de classe social, idade, escolaridade ou condição econômica, uma vez que todo cidadão está sujeito, em determinado momento, a necessitar do sistema público de saúde, que deverá estar preparado para atendê-lo.

Matumoto (1998, p.17), ao discutir o atendimento, apresenta o acesso aos serviços como “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”. A seguir, no encontro que se estabelece com os trabalhadores em saúde, o usuário se envolve numa disputa de interesses, buscando atingir autonomia em relação a sua saúde, com base na criação de vínculos. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

É necessário ter consciência de que este é um longo e árduo caminho a percorrer, que envolve a valorização e profissionalização do servidor público, a transformação dos processos de trabalho até a mudança do modelo de atenção à saúde em defesa da vida (Campos, 1994b). É um processo dinâmico, que está em andamento, do qual sinto-me privilegiada por tomar parte ativa. Para melhor colaborar com seu êxito, se faz necessário procurar lançar luz sob seus pontos vulneráveis. É com esse propósito geral que desejo dar minha contribuição através da realização deste estudo.

Nesta investigação parto da premissa de que vêm ocorrendo transformações no sistema municipal de saúde da cidade de Porto Alegre, a partir do momento em que a rede básica passou a ser gerenciada integralmente pela Prefeitura Municipal. Essas transformações vêm influenciando de algum modo sobre o acesso e o acolhimento aos usuários dos serviços básicos. Em vista disso, busquei caracterizar a forma como vem se dando o acesso e o acolhimento aos usuários em uma unidade municipalizada da rede básica de saúde de Porto Alegre-SMS, a partir de sua ótica.

3 O CONTEXTO DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Devido à participação em diversos grupos de trabalho, onde discutia-se o processo de municipalização, acompanhei várias dificuldades já previstas pelos gestores, pelos técnicos de saúde da SMS e pela população organizada em torno das questões de saúde, antes mesmo da assinatura do termo de municipalização em Porto Alegre. Entre elas, processos históricos peculiares e bastante diferenciados entre as instituições públicas prestadoras de serviço na cidade, conforme sua esfera de governo; herança pelo município de uma rede de serviços completamente sucateada, composta por áreas físicas insuficientes e abandonadas, do ponto de vista de manutenção; carência de materiais e equipamentos (em quantidade e qualidade); falta de abastecimento regular de insumos; fluxos internos altamente burocratizados; carência numérica de recursos humanos; falta de qualificação e atualização de pessoal envolvido em atividades-meio e em atividades-fim, desmotivação geral dos funcionários para o trabalho, além das discrepâncias salariais. Tais previsões se confirmaram totalmente (Ferla, et al. 1992) , até mesmo porque antes de assumir a gerência da rede básica de saúde da cidade, o corpo técnico da SMS já vinha realizando diagnósticos da situação, a partir do cadastramento da rede pública e privada-

conveniada, atividade esta na qual tive a oportunidade de participar diretamente.

O levantamento da rede ambulatorial instalada no serviço público da cidade demonstrou a existência de alguns enormes prédios construídos na década de 70 (Postos de Assistência Médica – PAMs), oriundos do ex-INAMPS, grandemente destruídos pela ação do tempo, pela falta de manutenção, com capacidade ociosa devido à falta de recursos humanos, materiais e de equipamentos e com um atendimento basicamente voltado para a doença. Esses serviços, a partir da lei do SUS, incorporaram a seu atendimento um enorme segmento da população que até então não tinha acesso a eles, o dos cidadãos considerados indigentes (não previdenciários).

Era semelhante a situação dos grandes Centros de Saúde da cidade, oriundos da Secretaria Estadual de Saúde, totalmente inviabilizados em sua possibilidade de responder às demandas de saúde da população pelas mesmas razões anteriormente expostas, além do baixo investimento na qualificação de pessoal, apesar de uma proposta de ação preventiva.

Acrescido a isso havia um grande número de pequenos postos (Postos Avançados da Secretaria Estadual) com áreas físicas minúsculas, sem autonomia administrativa e de resolutividade quase nula, se considerarmos a irregularidade do atendimento prestado, em virtude da escassez de recursos humanos de nível superior, falta de capacitação de pessoal de nível médio, irregularidade de abastecimento de insumos e inexistência de equipamentos para o funcionamento adequado dos serviços.

Especialmente a partir da década de 80, a rede básica de saúde da cidade enfrentou um gradual e lento processo de sucateamento. Na década de 90 vamos encontrá-la “agonizante”.

Paralelamente a isso havia uma rede, numericamente muito pequena em relação à rede estadual, constituída por serviços municipais que, assim como aquela, sempre atendeu a população mais carente a partir de diretrizes político-assistenciais sintonizadas com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS). Historicamente essa rede contava com um bom aporte de recursos materiais e financeiros para as demandas de sua população-alvo (regiões periféricas da cidade).

A política do município não se caracterizava pela expansão da rede em quantidade, mas sim por seu aperfeiçoamento material, através da ampliação ou construção de áreas físicas adequadas e através da diversificação e qualificação da equipe de saúde. Os programas implantados, que visavam à promoção de saúde e prevenção da doença, habitualmente tinham continuidade, sofrendo aperfeiçoamentos, especialmente pela luta de seus técnicos em atividade conjunta com as lideranças comunitárias.

Muitos programas propostos pelo Ministério da Saúde, entre os quais Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PAISA) e outros, assim como os propostos pela Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, como o Programa do Egresso Hospitalar, eram implantados na rede básica municipal e se consolidavam, persistindo até hoje ou evoluindo para outros programas.

Quanto à participação da população na gestão dos serviços, apesar da afirmação de Castro e Jaeger (1994) no sentido de que inexistia até 1988, como política institucional, não podemos deixar de considerar a tentativa feita no início da década de 80, através do Projeto Restinga (Silva,1981), embora se tratasse de experiência quase isolada e que não teve continuidade, por força de influência da política geral e da política de saúde sobre o município.

Enquanto na maior parte das unidades de saúde havia falta de medicamentos, materiais de curativo, inexistência de pessoal de enfermagem qualificado para a aplicação de imunizações e injetáveis, a rede municipal contava com esses recursos e mantinha em funcionamento diversos programas de promoção à saúde e prevenção, que foram sendo introduzidos em diferentes momentos. Entre esses destaca-se o PRÁ-NENÊ, PRÁ-CRESCER e atividades tais como: aplicação de Teste do Pezinho; distribuição de preservativos e de anticoncepcionais orais; colocação de Dispositivo Intra-Uterino (DIU); grupos educativos com gestantes, nutrizes, adolescentes, mulheres em idade fértil, hipertensos, diabéticos e outros. No entanto, corroborando a afirmação de Castro e Jaeger (1994) verificávamos, na época, que o impacto produzido sobre a saúde da população da cidade como um todo não era significativo, exceto para as comunidades diretamente envolvidas, pela restrição das áreas de atuação dos serviços, ainda que essas não fossem fechadas, mas devido ao fato de que a rede municipal era numericamente pequena, constituída por 11 unidades de saúde em 1989.

Esses elementos aqui descritos sobre a diversidade de características das práticas desenvolvidas nos serviços ambulatoriais de saúde, em especial

os da rede básica, conforme suas instituições de origem, permitem ao menos dar uma idéia inicial sobre o atendimento prestado.

Os problemas da rede a ser municipalizada, acrescidos das limitações orçamentárias, provocadas pela defasagem no repasse de verbas do governo federal ao município, pelo baixo investimento crônico em saúde, por parte do governo federal e estadual, além das diferenças político-ideológicas entre os partidos governantes do município, estado e federação, compuseram um quadro extremamente difícil, embora absolutamente previsível. Esse quadro ainda apresenta seus reflexos, até o momento atual, já que ao longo de muitos anos tem havido uma falta de investimento em saúde, resultando no desmonte da rede de serviços.

Porto Alegre já vinha empregando nos últimos dez anos mais de 10% de seu orçamento em saúde (Castro e Jaeger, 1994), medida que posteriormente, foi recomendada pela X Conferência Nacional de Saúde em 1996 (Brasil, 1997), para que União, estados e municípios investissem no mínimo 10% no setor. Esse fato demonstra uma priorização política da questão. Um dos temores da direção da SMS na época, de seus técnicos, entre os quais me incluo, e da população organizada através dos conselhos de saúde, conforme expressam Castro e Jaeger (1994), era a falta de garantia quanto ao repasse de recursos dos governos federal e estadual ao município, o que de fato veio a ocorrer por diversas ocasiões.

Levando-se em conta a demanda crescente por serviços de saúde, a partir da universalização do atendimento, do aumento da miséria, produto da recessão econômica, com conseqüente piora das condições de vida e saúde

da população, temos um panorama do desafio que significa gerenciar a saúde numa cidade de 1.288.879 habitantes² como Porto Alegre, especialmente se considerarmos que a rede própria municipal era de 23 serviços em 1996, tendo sido ampliada para 84 serviços em 1999, a partir da incorporação dos municipalizados e da implantação dos postos do Programa de Saúde da Família (PSF).

Assim como outras cidades brasileiras, Porto Alegre viveu e convive ainda com o enorme desafio de deslocar o foco de atendimento centrado nas emergências dos grandes hospitais públicos ou conveniados ao SUS e dos serviços de pronto atendimento para a rede básica, já que sabidamente a grande maioria dos casos que chegam àqueles serviços poderiam ser resolvidos no primeiro nível de atenção. No entanto, para que isso ocorra, é necessário equipar adequadamente os serviços básicos, dotá-los de acesso fácil a exames complementares, criar um fluxo organizado que permita a referência e contra-referência aos demais níveis hierárquicos do sistema, qualificar melhor os recursos humanos.

A criação da Central de Marcação de Consultas Especializadas, medida tomada em 1996, vem redirecionando esse fluxo, procurando privilegiar o ingresso do usuário no sistema a partir da rede básica. O trabalho desenvolvido pela Central de Marcação vem dando visibilidade, antes inexistente, às carências e recursos, no que diz respeito ao acesso real da população SUS-dependente às especialidades médicas e aos exames de alto custo. Os serviços com baixa oferta ao SUS acabam não se tornando

² Dados obtidos a partir da contagem populacional realizada pelo IBGE, em 1996 e registrados no Caderno de Textos, por ocasião da III Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (Porto Alegre,

disponíveis na prática, ou sendo acessíveis apenas a uma pequena parcela da população que ingressa no sistema através dos serviços de pronto atendimento, situação essa que pode ser extrapolada para o país como um todo, conforme descreveu Cecílio (1997).

Segundo Mendes (1995, p. 46) nos anos 80 surge o processo denominado de “universalização excludente”, a partir do qual, apesar de inscrita no texto constitucional a universalização do direito à saúde (princípio da Reforma Sanitária), tal responsabilidade havia se tornado absolutamente inviável para um Estado mergulhado em profunda crise econômico-social. As camadas sociais médias e o operariado mais qualificado são forçados a buscar a atenção médica supletiva, enquanto o sub-setor público preocupa-se com os segmentos sociais mais carentes, exercendo uma “atenção primária seletiva” (Mendes, 1995, p. 52). Afirma que “o arcabouço jurídico limita-se ao sistema público de saúde” referindo-se à Constituição de 1988 e à lei 8080, que “não conseguem incluir dispositivos reguladores do setor privado” (Mendes, 1995, p. 48).

O que temos observado, na prática, atualmente é que representantes da chamada classe média cada vez mais buscam os serviços do SUS, especialmente quando não situados em áreas periféricas da cidade, seja por suas dificuldades de acesso financeiro a outros convênios, seja pela melhor qualificação dos serviços oferecidos pelo SUS.

Reverendo experiências sobre o processo de municipalização, cabe ressaltar o relato de Campos (1994b), sobre o ocorrido em Campinas - São

Paulo, que caracterizou-se pela tentativa de reforma dos padrões de funcionamento do sistema de saúde, baseada numa visão político-ideológica radicalmente diversa do padrão neo-liberal hegemônico. Constituiu-se em um período de grande politização dos trabalhadores em saúde da rede pública e de setores populares organizados, os quais passaram a sentir-se participantes ativos da história. Entre as estratégias utilizadas naquela cidade, uma foi a instalação de centros de saúde que deveriam ser a principal porta de entrada do sistema local de saúde, ao invés dos serviços de pronto-atendimento e que deveriam estar articulados com os outros níveis de atenção. Esse ainda é um desafio não completamente vencido. É interessante analisar a compreensão daquele grupo técnico-político quanto ao fato de que o Centro de Saúde deve ter a máxima resolutividade dos problemas de saúde, incluindo até mesmo procedimentos que seriam considerados de maior complexidade .

De acordo com Campos (1994b), além de procurar acabar com a ruptura entre a epidemiologia e a clínica, também havia por diretriz a intenção de promover reformas estruturais do ponto de vista administrativo. Para tanto, foi conferida a maior autonomia possível a cada unidade de saúde, no que diz respeito à organização de seu processo de trabalho; implantou-se o planejamento local (estratégico e normativo) baseado nas diretrizes gerais de governo e contando com a participação popular; reforçou-se a atuação dos coordenadores de serviços; criaram-se Diretorias Regionais de Saúde com equipes multidisciplinares, buscando desestruturar o corporativismo dos grupos profissionais; criaram-se mecanismos que promovessem relações horizontais entre os serviços; instituíram-se Planilhas de Avaliação de Desempenho de

cada serviço, segundo o alcance de metas; criaram-se instâncias colegiadas de direção do sistema de saúde.

Conforme Corbishley (1998), o processo de municipalização na cidade de Juiz de Fora – MG iniciou-se na década de 1990, a partir do qual várias ações foram desencadeadas, como: a territorialização dos serviços; treinamento de pessoal; padronização de medicamentos; reorganização do serviço de epidemiologia; definição de políticas de atenção à Saúde Mental, Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Trabalhador e Saúde Bucal, controle das ações de vigilância sanitária, hierarquização e regionalização da rede.

A autora relata que foi criada em 1995 uma Central de Marcação de Consultas que agilizou a marcação de 42.000 consultas/mês para especialistas, bem como um Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgências e Emergências, através de 8 ambulâncias. Todas essas ações político-administrativas certamente tiveram impacto sobre o atendimento.

Entre os problemas levantados por Corbishley (1998) estão: as dificuldades de comunicação entre o nível central da SMS e o nível local, bem como com a população; inexistência de instrumento padronizado para a referência e contra-referência (dificuldades neste fluxo); serviços de apoio diagnóstico pertencentes ao serviço público são de pequena complexidade; inexistência de uma equipe de supervisão para avaliação local dos serviços; número insuficiente de trabalhadores de enfermagem na SMS; falta de isonomia salarial entre os profissionais de nível superior; inexistência de autonomia financeira das unidades básicas de saúde; heterogeneidade entre

as Unidades Básicas de Saúde (UBS) levando a autora a categorizá-las em três tipos, conforme o modelo assistencial predominante: Tradicional, De Transição e Inovador .

No Rio Grande do Sul, podemos citar a experiência de Pelotas, cujo processo de municipalização iniciou-se com a gestão “incipiente” em 1994 (Halal, 1996) com uma reorganização da estrutura administrativa da Secretaria Municipal e com o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde. Entre 1993 e 1995 o município passou a gerenciar uma rede básica que cresceu de 33 para 55 postos de saúde. Além da construção de quatro novos postos ocorreu o investimento na recuperação dos prédios municipalizados e o processo de sensibilização dos recursos humanos. Iniciou-se a informatização do sistema de regulação dos serviços, a implantação de diversos programas para a qualificação da assistência e estabeleceu-se uma parceria técnica com as universidades locais.

O acúmulo de discussão sobre o tema da municipalização , no âmbito dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre, órgão existente desde 1985 e fortemente atuante, tem se constituído em fator decisivo tanto no desencadeamento quanto no andamento do processo de municipalização da saúde em Porto Alegre. Processo esse longamente gestado, durante a primeira metade da década de 90, período em que muitas disputas políticas foram travadas entre os diferentes atores sociais envolvidos. Nesse processo sócio-histórico é possível identificar características semelhantes entre os processos experimentados pelos diversos municípios brasileiros, apesar da existência de peculiaridades. Percebe-se também

influências mútuas entre os municípios administrados por uma mesma orientação político-partidária.

A descrição dessas experiências sobre o processo de municipalização em algumas cidades do estado e do país teve a intenção de contextualizar o cenário no qual o atendimento vem sendo desenvolvido nos serviços de saúde. Essa caracterização tornou-se necessária para possibilitar uma maior compreensão acerca do acesso e do acolhimento, como elementos que se constituem nesse contexto.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo tem abordagem qualitativa, por buscar no ambiente natural sua fonte direta de dados, os quais são predominantemente descritivos. Segundo Lüdke e André (1986), o pesquisador nesse enfoque busca descobrir como um dado problema se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações do dia-a-dia. Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que visa à descrição e exploração de aspectos de uma situação (Polit e Hungler, 1995).

4.2 Seleção do espaço de pesquisa

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde Camaquã (U.S.Camaquã), uma unidade de grande porte³, que compõe a rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

A exploração do espaço de pesquisa deu-se, inicialmente, a partir de um contato com a Gerência Distrital III, à qual está subordinada a U. S. Camaquã, em 25 de junho de 1999.

A idéia da pesquisa foi, desde o início, muito bem aceita, porque vinha ao encontro de uma necessidade da gerência distrital, porém a expectativa da equipe da gerência era de que a pesquisa pudesse ser desenvolvida em todas

³ Com uma área de atuação de, no mínimo 10.000 habitantes, segundo critérios da Assessoria de Planejamento da SMS (ASSEPLA)

as suas unidades de saúde. Como expliquei que isso seria impossível, pelos objetivos a que se propunha, pelas limitações de uma dissertação de mestrado e por minhas próprias limitações como pesquisadora iniciante, disse-lhes de minha intenção de pesquisar um único serviço. Mas para encontrar uma proposta alternativa, que contemplasse o interesse da gerência e o meu e, por acreditar, realmente, que isso fosse possível, passei a realizar visitas de aproximação a três serviços da Gerência Distrital III, um de pequeno, um de médio e um de grande porte, acatando sugestão do gerente distrital. Antes disso, porém, no dia 07 de julho de 1999, participei de uma reunião ordinária dos dezenove serviços que integram a área de responsabilidade da Gerência Distrital III com a finalidade de expor a proposta do projeto de pesquisa. Nessa ocasião, ficaram agendadas as visitas aos referidos serviços, que aconteceram em julho e agosto de 1999.

Após os contatos com os três serviços inicialmente escolhidos e a partir das discussões feitas com minha orientadora, compreendi que o estudo precisaria concentrar-se em um único serviço para que pudesse atingir o grau de profundidade desejado e, então, minha opção recaiu sobre a U. S. Camaquã. Voltei a discutir isso com a equipe da Gerência Distrital, que compreendeu minha opção. A escolha recaiu sobre esse serviço por ser municipalizado, de grande porte, por ter sido um dos que, segundo a gerência distrital, tinha sofrido várias transformações na sistemática de atendimento e mesmo assim, possivelmente, ainda tivesse muitas melhorias a sofrer em virtude da municipalização, que talvez a pesquisa pudesse vir a apontar. De certa forma é um serviço típico de origem federal (Posto de Assistência

Médica), que passou à gerência do município, trazendo consigo historicamente características de um modelo assistencial bastante diverso daquele que apregoa o SUS. Houve a preocupação ética de escolher um serviço que não integrasse a gerência distrital à qual se vincula a unidade de saúde onde atuo, para maior liberdade na investigação e que, ao mesmo tempo, se situasse em região da cidade próxima ao meu local de trabalho, por razões práticas.

A visita inicial de aproximação ao local onde se desenvolveria o estudo foi muito proveitosa (09 de julho de 1999), tendo se estabelecido contato com a gerente da unidade. Naquele dia percorri com ela a área física, a qual só conhecia parcialmente, obtive muitas informações sobre a composição da equipe, o funcionamento do serviço e, especialmente, acerca das mudanças imprimidas após a municipalização.

A etapa de seleção do espaço de pesquisa, portanto, foi desenvolvida entre 25 de junho de 1999 e 25 de agosto de 1999, em cinco períodos de observação, que totalizaram nove horas e meia e incluíram as visitas de aproximação à gerência distrital, ao colegiado de gerentes dos serviços, às unidades que inicialmente foram cogitadas para inclusão no estudo e a visita inicial ao serviço onde posteriormente se desenvolveria a investigação (quadro 1).

Quadro 1 - DIÁRIO DE CAMPO I

Data	Período	Local	Foco da observação	Total de horas
25/06/99	15 – 17h30min	Gerência Distrital III	Gerência Distrital	2h30min
07/07/99	10 – 11h30min	Gerência Distrital III	Colegiado de gerentes	1h30 min

09/07/99	15 – 17h15min	U.S. Camaquã	U.S. Camaquã	2h15 min
14/07/99	14h45-16h30min	U.S. Belém Novo	U.S. Belém Novo	2h15 min
25/08/99	10h15-11h05min	U.S. J das Palmeiras	U.S. J das Palmeiras	50 min

4.3 Caracterização do cenário

Para caracterizar o cenário, serão apresentados, primeiramente, alguns dados sócio-econômicos da cidade de Porto Alegre. A população total é de 1.288.879 habitantes, segundo a contagem populacional de 1996 do IBGE, entre os quais 27,4% constitui-se de crianças e adolescentes, 62,3% estão em idade produtiva e 7,7% são idosos. Para cada indivíduo com idade até 15 anos ou mais de 65 anos, há dois na idade produtiva.

O Produto Interno Bruto (PIB) representa 14,6% do PIB estadual e gira em torno de R\$ 9.921.079.361. O PIB per capita é de R\$ 7.721,00 ultrapassando o do estado que é de R\$ 7.001,00. A concentração da população se dá em área urbana num percentual de 98,7%. A densidade populacional é de 2.733.70 habitantes/ km², sendo que em 1996, 22% da população habitava áreas irregulares. O nível médio de escolaridade é de 8 anos, 82% da população possui rede de esgoto e 99% é abastecida com água potável (Porto Alegre, 2000a).

Destacam-se nos dados acima os indicadores positivos relativos à escolaridade, cobertura da população por rede de água e esgoto e, em contrapartida, um alto percentual de população em áreas de habitação irregular, o que demonstra o êxodo rural e o empobrecimento geral da

população, embora os continuados esforços da política municipal para combater a esse problema.

Complementando os dados apresentados anteriormente, destacam-se a coleta de lixo regular, que cobre 100% da população, o baixo índice de analfabetismo, que era de 3,2% em 1998 e o elevado índice de áreas verdes na cidade, que perfaz 24.740.4467m² entre parques, praças e outras áreas, o que lhe confere o título de capital mais arborizada do país proporcionalmente ao número de habitantes (Porto Alegre, 2000a).

Porto Alegre é uma cidade cuja força de trabalho está concentrada no setor terciário (comércio e serviços) num percentual de 88,5%. A expectativa média de vida é de 71,4 anos, enquanto no Brasil é de 67,58 anos. A mortalidade infantil é de 16,25% e a mortalidade geral é de 7,8%. As maiores causas de morte entre crianças, menores de 1 ano, estão ligadas a afecções perinatais e anomalias congênitas. Entre crianças de 1 a 4 anos as doenças respiratórias são as maiores causadoras de morte, enquanto na adolescência e na faixa etária até 49 anos predominam as causas externas. A partir dessa idade, predominam as doenças circulatórias e neoplasias como causa de morte (Porto Alegre, 2000a), o que demonstra um perfil epidemiológico semelhante ao dos países desenvolvidos.

É importante referir ainda que a mortalidade por AIDS triplicou na população como um todo e entre os homens, enquanto aumentou sete vezes entre as mulheres, no período de 1990 a 1995. Segundo a Assessoria de Planejamento da SMS (Porto Alegre, 2000a) o ritmo de crescimento da

mortalidade por AIDS tem diminuído na cidade, nos últimos anos, possivelmente pelos progressos no controle da doença.

A cobertura vacinal ultrapassa 100% para as vacinas antipólio, tríplice bacteriana, sarampo e contra a tuberculose, já que são vacinadas em Porto Alegre crianças oriundas de municípios vizinhos.

Pode-se dizer que os indicadores gerais e os específicos de saúde, que refletem a qualidade de vida, são diferenciados em relação a inúmeros municípios do país. Há necessidade de que as políticas sociais continuem a ser priorizadas para manter e melhorar ainda mais esses índices.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre é um órgão da administração direta da Prefeitura Municipal. Sua missão conforme definida em 2000, é:

“Garantir um sistema único de saúde que assegure o acesso universal e eqüânime às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, com controle social, a todos os cidadãos porto-alegrenses e assistir à população de outros municípios do RS, nas ações de média e alta complexidade, respeitados os recursos financeiros”. (Porto Alegre, 2000a, p.29)

A partir de agosto de 1996, a SMS assume a gerência de toda a rede básica de saúde da cidade, quando se inicia a etapa de municipalização semi-plena. Inicia-se um processo de descentralização gerencial, através da criação de seis gerências distritais que passam a agrupar os onze distritos sanitários já existentes na cidade, obedecendo a critérios geográficos e epidemiológicos, discutidos e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

A gerência distrital III administra os distritos sanitários 3 e 9, que incluem um número de 19 bairros e vilas, situados na zona sul e extremo-sul da

cidade, onde vivem cerca de 214.848 cidadãos que dispõem de 19 serviços de saúde.

A U. S. Camaquã é o maior serviço do distrito sanitário 3 e um dos maiores serviços da gerência distrital III. Situa-se no bairro Camaquã, é um serviço oriundo do ex-INAMPS, criado em 1973, que até 1998 denominava-se de PAM Camaquã (Posto de Assistência Médica) e antes da universalização do atendimento atendia apenas cidadãos que contribuía diretamente para a Previdência Social, desenvolvendo ações curativas, centradas na consulta médica de especialidades básicas. Com a reorganização da rede básica municipal e o início do processo de territorialização dos serviços de saúde, isto é, a definição de territórios de responsabilidade, a U. S. Camaquã passou a responsabilizar-se por uma população de 18.000 pessoas.

A unidade, no entanto, não trabalha com área de atuação fechada, ou seja, atende a demanda espontânea, mesmo que proveniente de outras áreas, para não contrariar o princípio da universalidade e as tendências históricas de movimentação da população da cidade, já que muitos clientes moradores em áreas de atuação de outros serviços possuem vínculos antigos com a equipe de saúde dessa unidade.

A equipe de saúde da U.S. Camaquã compõe-se de 39 funcionários, distribuídos conforme quadro a seguir:

Quadro 2 – Composição da equipe de saúde da U.S.Camaquã/SMS-2000

Cargo	Manhã	Tarde	M/T	Total
Auxiliar administrativo	04	03		07
Auxiliar de enfermagem	04	04	01	09
Auxiliar odontológico	01	01		02
Odontólogo	02	02		04

Clínico		01		01
Pediatra	03	01		04
Gineco-obstetra	01	01		02
Psiquiatra	02			02
Psicólogo			02	02
Assistente social			01	01
Farmacêutico		01		01
Nutricionista			01	01
Enfermeiro	01	01	01	03
Total	18	15	06	39

Fonte: Pesquisa direta, Ramos D.D. Coleta de dados em unidade de saúde. Porto Alegre, janeiro de 2000.

A composição dessa equipe é variada, no que diz respeito às origens institucionais dos servidores que, originalmente, eram todos federais. A partir do processo de estadualização se incorporaram funcionários da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (estadual) e com a municipalização os funcionários municipais. Atualmente a equipe se compõe de 21 servidores federais, 07 estaduais e 11 municipais. A vigilância e a limpeza são prestadas por serviços terceirizados.

A Unidade de Saúde Camaquã situa-se em uma rua tranqüila, do bairro que leva o mesmo nome, em um grande terreno, bastante arborizado, com ampla área para estacionamento e área gramada, bem cuidada, dando um aspecto muito aprazível.

A área física da unidade é de 787 m², edificada em três blocos de alvenaria em piso único (dois deles frontais, que compõem as entradas principais, e um anexo ao fundo do terreno). O acesso principal se dá por rampas com poucos degraus.

A unidade possui uma grande sala de espera, com capacidade para cerca de trinta pessoas sentadas, em frente ao guichê de recepção, equipada

com televisão e vídeocassete, quase sempre ligados em programas de desenho animado ou exibindo filmes educativos sobre saúde. Nesse local se realizam grupos educativos. Possui, também, quatro corredores com espera dirigida, em frente aos consultórios e/ou salas de procedimentos.

Para o atendimento de consultas com os diversos profissionais de nível superior a unidade conta com nove consultórios. Há cinco salas de procedimentos de enfermagem (vacinas, curativos, nebulizações, coleta de material para exames e verificação de sinais vitais, limpeza e esterilização de materiais).

A unidade conta com sala de RX odontológico, farmácia, sala de reuniões e grupos educativos e com três salas para atividades administrativas. Conta, ainda, com três salas para a guarda de diferentes tipos de materiais, além de cozinha, sala de lanches, sanitários públicos e de funcionários. Deve ser destacado ainda um espaço bastante peculiar, por sua utilidade, que é o fraldário. A maioria das salas possui identificação externa e a área, de modo geral, é bastante limpa. A unidade abriga a sede da respectiva gerência distrital que ocupa duas salas bastante amplas para suas atividades administrativas.

Para quem chega à U. S. Camaquã chama a atenção o ambiente tranqüilo. Há duas entradas frontais que dão acesso às áreas de atendimento, nas quais se situam separadamente os guichês de recepção geral e o de farmácia. A maioria dos clientes já é usuário da unidade e, portanto, conhece bem a área física. No entanto, também merece destaque a importância do trabalho dos vigilantes que estão muito atentos e prontamente fornecem informações a quem chega, de maneira muito cordial e educada, mesmo que

não sejam solicitados. Seu trabalho vai além da prestação de informações, já que direcionam os clientes para os consultórios e salas de atendimento, por ordem de chegada, a partir de fichas numeradas fornecidas pela recepção, as quais eles conduzem juntamente com os respectivos prontuários aos profissionais encarregados do atendimento. Para as consultas de maior demanda, como por exemplo as de pediatria, as mães com crianças aguardam sentadas na sala de espera principal, em frente à televisão, e são encaminhadas em pequenos grupos pelo vigilante para o corredor em frente aos consultórios.

Na sala de espera principal há uma prateleira com folhetos educativos e um cartaz solicitando que os folders sejam lidos e seu conteúdo seja divulgado a outras pessoas.

O guichê com dois nichos, protegido por um vidro aberto embaixo, é atendido por uma funcionária administrativa, com o auxílio, se necessário, de algum auxiliar de enfermagem. Ali são prestadas informações sobre as atividades desenvolvidas no serviço, organizadas as consultas do dia, conforme a disponibilidade, autorizados exames diagnósticos, recebidos os documentos de referência e contra-referência para consultas e procedimentos especializados, agendadas previamente consultas para a própria unidade de saúde e em serviços especializados próprios, contratados ou conveniados, através de comunicação telefônica com a Central de Marcação da SMS.

Na mesma sala onde se desenvolvem essas atividades, internamente há um telefone que recebe um grande número de ligações dificultando o trabalho de recepção, quando a funcionária encarregada está sozinha. Isso

aconteceu no período de férias de verão, pois normalmente há outros funcionários circulando por esse local, já que ali ficam as folhas-ponto, e, em sala contígua, a guarda de prontuários e uma pequena sala de lanches. As ligações telefônicas freqüentemente correspondem a pedidos de informações sobre a dinâmica de atendimento do serviço.

O guichê de recepção é um local bastante movimentado, onde chegam clientes constantemente, embora não chegue a formar-se uma fila maior do que quatro a cinco pessoas. É um setor que exige a presença constante de pelo menos um funcionário e isso foi observado sempre, o que demonstra respeito ao usuário.

Durante todo o período de observação da U.S. somente em uma ocasião observei a presença de uma ambulância do SAMU (Serviço de Atenção Médica de Urgência), que aguardava uma criança com broncoespasmo importante, que não reverteu após nebulização. Isso provavelmente deve-se ao fato de as pessoas saberem das limitações do serviço para o atendimento de situações de urgência.

No outro guichê, onde funciona a farmácia, o atendimento é permanente havendo inclusive a dispensação de medicamentos controlados. Nesse local também não havia fila maior do que quatro a cinco pessoas e a maioria saía com o atendimento das receitas trazidas (internas ou externas).

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizadas as técnicas da **entrevista semi-estruturada** e **observação participante**.

A entrevista, segundo Minayo (1992), permite a obtenção de informações através da fala individual, revelando a estrutura, valores, normas, símbolos e representações de grupos.

A entrevista semi-estruturada foi empregada por permitir a interação entre pesquisador e entrevistado, possibilitando conhecer a ótica do usuário no que diz respeito ao atendimento por ele recebido, especialmente no que se refere a facilidades e dificuldades quanto ao seu acesso e acolhimento no serviço investigado.

As entrevistas foram dirigidas aos usuários do serviço em questão, preferencialmente realizadas logo após o término do atendimento. Algumas vezes foram realizadas antes do atendimento, mas somente nos casos em que os usuários já haviam sido atendidos diversas vezes pelos profissionais com quem iriam consultar logo a seguir. Todas as entrevistas foram gravadas com a autorização dos sujeitos, realizadas pela própria pesquisadora, em sala especialmente cedida pela gerente do serviço, com total privacidade e silêncio.

A aceitação dos usuários quanto à sua participação na pesquisa foi muito boa, já que somente duas clientes, entre todos os que foram abordados com essa finalidade, não aceitaram ser entrevistadas.

Inicialmente havia dúvidas quanto ao local mais apropriado para a realização das entrevistas, se no próprio serviço de saúde onde o usuário estaria sendo atendido, ou em seu domicílio. Após a revisão bibliográfica inicial, optou-se pela realização das entrevistas no serviço de saúde. Essa decisão baseou-se na experiência relatada por Kloetzel et al. (1998), em estudo realizado com 270 usuários para avaliação da qualidade de serviço

ambulatorial em Pelotas, onde ficou demonstrado que o inquérito domiciliar seria dispensável, já que as respostas obtidas no domicílio foram semelhantes às obtidas no serviço, logo após a consulta. Relatam esses autores que o mesmo achado foi referido por Ehnsfors e Smedby, em 1993.

Foram feitas três entrevistas piloto para testagem do roteiro (Anexo A) que, após pequenos ajustes, mostrou-se adequado à finalidade do estudo.

O início da coleta de dados deu-se a partir da aprovação do projeto pela SMS (Comitê de Ética e Pesquisa), bem como pela concordância da gerência do distrito sanitário ao qual se vincula o serviço escolhido e pela gerência do serviço propriamente dito. A aceitação e receptividade por parte da gerência distrital e gerência do serviço foi total, o que facilitou sobremaneira o desenvolvimento dessa fase de pesquisa.

Em 13 de janeiro de 2000, após mudanças no projeto inicial, sugeridas no processo de orientação e a partir do exame de qualificação, e já de posse da autorização para a realização da pesquisa pelo gabinete do secretário e respectivo Comitê de Ética e Pesquisa, retomei os contatos com a U. S. Camaquã para dar continuidade à coleta de dados propriamente dita.

O número de entrevistas não foi estabelecido previamente, tendo sido interrompidas quando percebeu-se que os dados começaram a se repetir, utilizando-se o princípio de saturação, de acordo com Polit & Hungler (1999). Foram realizadas dezessete entrevistas e a partir da entrevista 14 observou-se repetição de informações. As entrevistas foram ordenadas numericamente, conforme a sequência cronológica de realização, utilizando-se nomes fictícios para os sujeitos (Quadro 3).

Quadro 3 - Caracterização dos usuários entrevistados na U. S. Camaquã, 2000

Código	Nome fictício	Idade	Área de atuação	Data da entrevista	Duração da entrevista
E1	Marilda	30 anos	Não	20/01/2000	15 min
E2	Jacira	45 anos	Sim	20/01/2000	05 min
E3	Dalvina	65 anos	Não	25/01/2000	10 min
E4	Márcia	21 anos	Não	25/01/2000	07 min
E5	Maira	18 anos	Sim	25/01/2000	10 min
E6	Josué	44 anos	Não	25/01/2000	10 min
E7	Iria	50 anos	Sim	28/02/2000	25 min
E8	Erica	22 anos	Sim	28/02/2000	09 min
E9	Thais	15 anos	Não	02/03/2000	15 min
E10	Sueli	44 anos	Sim	02/03/2000	15 min
E11	Rosemeri	38 anos	Sim	02/03/2000	15 min
E12	Marta	58 anos	Sim	16/03/2000	08 min
E13	Zulmira	68 anos	Sim	16/03/2000	15 min
E14	Circe	56 anos	Não	31/03/2000	15 min
E15	Rafaela	14 anos	Sim	31/03/2000	15 min
E16	Lucia	31 anos	Sim	17/04/2000	15 min
E17	Isaura	49 anos	Sim	17/04/2000	10 min

O grupo de informantes foi constituído a partir do desejo de participar do estudo, mediante Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), elaborado segundo Goldim (1997). O termo de consentimento era lido e explicado aos sujeitos antes do início da entrevista, bem como assinado por eles e pela pesquisadora, ficando uma via com esta e outra com os informantes.

A observação foi utilizada como técnica complementar à entrevista (Minayo, 1992), com a intenção de captar informações sobre o contexto do serviço, sua forma de organização e funcionamento, mais do que como forma de captar a atuação dos membros da equipe de saúde, embora isso tenha ocorrido em determinados momentos.

Através da observação participante foi possível explicitar aspectos que somente através das entrevistas não teriam ficado suficientemente claros. Confirmando o exposto por Lüdke e André (1986), a observação permitiu um

contato direto com a realidade que estava sendo investigada, descortinou aspectos novos do problema, além de ter permitido que a experiência pessoal da pesquisadora auxiliasse na compreensão do fenômeno estudado. A familiaridade com o tipo de ambiente, em função de minha atuação profissional, foi decisiva para uma boa interação com a equipe.

As observações foram realizadas nas diversas salas de espera da Unidade de Saúde, nas salas de procedimentos, junto aos guichês de recepção e farmácia, bem como durante atendimentos em grupo. O registro das observações foi feito em um diário de campo, contendo aspectos descritivos e reflexivos. O registro era feito, inicialmente, logo após a saída da unidade ou no turno seguinte. No decorrer do processo de investigação, porém, passei a fazer o registro durante os períodos de observação.

A observação ocorreu entre o dia 13 de janeiro de 2000 e 17 de abril de 2000, simultaneamente à realização das entrevistas, incluindo 9 períodos de 2 horas e meia, em média, no turno da manhã, totalizando 25 horas e 35 minutos de observação sobre o funcionamento da unidade em estudo (quadro 4).

Quadro 4 - DIÁRIO DE CAMPO II

Data	Período	Foco de observação	Total de horas
13/01/2000	9h30min–12h	Recepção Contatos Gerente US	2h 45 min
20/01/2000	9–12h	Sala de espera Contatos Gerente US	3 horas
25/01/2000	9h-11h45min	Recepção- Sala de espera Farmácia	2h 45 min
28/02/2000	9–12h	Sala de vacinação Recepção	3 horas
02/03/2000	8h45–11h45min	Sala de espera Enfermagem	3 horas
13/03/2000	9h –11h50min	Grupo de mulheres	2h 50 min
16/03/2000	9h –11h30min	Grupo de Diabéticos	2h 30 min

30/03/2000	8h45min–11h	Sala de Espera	2h 15 min
17/04/2000	8h–11h30min	Recepção – Odonto – Grupo de Mulheres	3h 30 min

Durante a observação participante, também foram obtidas informações de diferentes pessoas, entre as quais: o gerente distrital e seus assessores, a gerente da unidade investigada e diversos membros que compõem a equipe dessa unidade de saúde.

4.5 Análise dos dados

Na pesquisa qualitativa a análise não é uma etapa que ocorra rigorosamente após a coleta de dados. Na prática, já se dá em parte, simultaneamente ao desenvolvimento dessa fase. (Triviños, 1990)

Para fins de análise nesta investigação utilizamos a técnica da análise de conteúdo, do tipo **análise temática**, segundo Bardin (1995). Consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, para obtenção de indicadores que permitam inferir conhecimentos relacionados às condições de produção e recepção da comunicação.

As etapas da Análise de Conteúdo compreendem a pré-análise (sistematização das idéias iniciais), onde recorre-se à leitura flutuante (leitura exaustiva e repetida que visa uma aproximação do material), escolha dos documentos, segundo regras definidas, formulação das hipóteses e dos objetivos, preparação do material. A segunda etapa constitui-se na exploração do material (codificação ou enumeração por regras previamente definidas).

Finalmente, a última fase consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A Análise Temática é uma das técnicas de Análise de Conteúdo na qual busca-se interpretar os significados. Para tanto, são organizadas categorias de fragmentação da comunicação (Bardin, 1995), segundo critérios de classificação.

Bardin (1995, p.65-66) comenta que a Análise Temática pode ser empregada para trabalhar com material qualitativo, oriundo de entrevistas que tratam do “modo como as pessoas vivem a sua relação com os objetos cotidianos”.

Segundo Bardin (1995, p. 105) a Análise Temática procura descobrir “os núcleos de sentido que compõem a comunicação, sendo eficaz quando aplicada a discursos diretos e simples”.

Neste estudo as entrevistas foram transcritas e lidas para que fossem extraídos os elementos essenciais que permitissem a compreensão dos diversos ângulos do problema. Buscou-se analisar e interpretar as falas dos usuários do serviço. As transcrições foram feitas pela pesquisadora e por uma auxiliar de pesquisa, sendo revisadas posteriormente. Além disso, procedeu-se à análise do material coletado a partir das observações realizadas na unidade de saúde, como forma de complementar e elucidar melhor as falas dos usuários.

Foi empregado o software denominado Ethnograph versão 5.0 (Qualis Research Associates) para facilitar a organização dos dados qualitativos com vistas à categorização.

A classificação dos dados das entrevistas e da observação centrou-se em duas categorias temáticas: acesso e acolhimento. Dentro do tema do acesso, o material coletado foi organizado em três sub-categorias, quais sejam: acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional (acesso propriamente dito).

Em cada uma dessas sub-categorias foi possível encontrar elementos geradores de facilidades ou dificuldades. No acesso geográfico foram identificados elementos como forma, tempo de deslocamento e distância; no acesso econômico, entre as facilidades, destacaram-se forma de deslocamento, acesso a procedimentos e obtenção de medicamentos e, entre as dificuldades, o custo de deslocamento, de procedimentos, de medicamentos e a condição social atual.

Com relação ao acesso funcional, os elementos listados a seguir representaram facilidades e/ou dificuldades: organização do sistema e do serviço, área de atuação, tempo e frequência de uso do serviço, flexibilidade de rotinas, agendamento de consultas, duração, tempo de espera e condições de espera pelo atendimento, consulta com clínico, psicólogo, odontólogo, especialistas, psiquiatra, grupos e atividades educativas, grupo de mulheres, Programa Porto Alegre Respira Aliviada, emergência, via informal para obtenção de atendimento, acesso a medicamentos, filas, equipe resistente a mudanças, não comparecimento do psiquiatra e do auxiliar de consultório dentário, comércio de consultas.

Para organização dos dados relativos ao acolhimento no serviço de saúde investigado, o material coletado foi agrupado de acordo com a forma

utilizada para abordagem do usuário. Entre as facilidades destacou-se a forma de recepção, o respeito ao usuário, a relação humanizada e o desempenho profissional, que determinaram o vínculo estabelecido com o profissional e a confiança no mesmo, bem como a credibilidade do serviço junto à comunidade. Entre as dificuldades surgiu a má qualidade da recepção, a necessidade permanente de um funcionário nesse setor e o inadequado desempenho profissional.

5 O ACESSO E O ACOLHIMENTO NO COTIDIANO DA UNIDADE DE SAÚDE

Este capítulo foi organizado a partir da categorização resultante da análise e interpretação dos dados, apenas para fins de apresentação, já que na prática, há uma interface entre os diversos elementos que são apontados ao longo da discussão.

Foi possível identificar que o acesso e o acolhimento consistem em fatores que efetivamente contribuem para a procura dos serviços básicos de saúde pelo usuário. Verificou-se um predomínio de elementos que apontam para o tema do acesso em relação ao do acolhimento. As razões pelas quais isso ocorreu podem ser atribuídas ao fato de que talvez o instrumento de coleta de dados tenha privilegiado esse tipo de informação, ou porque seja mais fácil para o usuário tratar de fatos cotidianos relativos ao acesso, por ser algo mais concreto do que os que dizem respeito ao acolhimento.

Facilidades de acesso do ponto de vista geográfico, econômico e organizacional do serviço foram repetidamente levantadas pelos usuários entrevistados, embora também tenham ficado claras as dificuldades mais importantes: consultas básicas nas áreas de odontologia, clínica médica e ginecologia, consultas e exames especializados.

Constataram-se, preponderantemente, situações que facilitaram o acolhimento ao usuário, embora também tenham sido identificadas algumas que o dificultaram.

Conforme Leite, Maia e Sena (1999, p. 166), “acolher deve configurar-se como uma prática na qual o usuário passa a ser o sujeito central e justificador do processo assistencial...”, representando um desafio na construção de um modelo de “porta aberta” .

Percebeu-se que a conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciaram a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço de saúde, e estabelecendo freqüentemente um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso do serviço, conforme demonstra o Quadro 5 na página 60. Esses achados confirmam as afirmações de Merhy (1994), ao se referir à necessidade de uma atuação em saúde que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como acolhimento humanizado nos serviços.

Santos (1995) encontrou como resultado de uma investigação sobre a qualidade de serviços de atenção à criança, que a expectativa de usuários que buscam serviços preventivos está mais relacionada à relação interpessoal, enquanto a de usuários que buscam ações curativas também envolve a eficácia do serviço. No presente estudo, entrevistando usuários adultos relativamente ao atendimento recebido por eles ou por seus familiares, inclusive crianças, constatamos que tanto a eficácia do serviço quanto a relação interpessoal foram valorizados.

Quadro 5 - Caracterização do atendimento e perfil dos usuários entrevistados na U.S. Camaquã, 2000.

Código	Nome Fictício	Motivo do atendimento	Tempo de espera pelo atendimento	Tempo de uso do serviço	Freqüência de uso
E1	Marilda	Coleta de exames	1h25min	15 anos	Mensal
E2	Jacira	Vacinação	5min	1ª vez	1ª vez
E3	Dalvina	Consulta psiquiátrica	*	1 ano	Bimensal
E4	Márcia	Consulta pediátrica	30min	20 anos	**
E5	Maira	Consulta pediátrica	45min	4 meses	Mensal
E6	Josué	Consulta	45min	20 anos	Mensal

		pediátrica			
E7	Iria	Consulta clínica	5min	4 anos	Semanal
E8	Erica	Vacinação	1h	1 a 5m	Mensal
E9	Thaís	Consulta ginecológica	30min	1ª vez	1ª vez
E10	Sueli	Consulta ginecológica	2h	10 anos	Mensal
E11	Rosimari	Consulta de nutrição	15min	2 anos	Mensal
E12	Marta	Grupo de diabéticos	5min	6 meses	Semanal
E13	Zulmira	Grupo de diabéticos	5min	17 anos	Semanal
E14	Circe	Consulta odontológica	20min	12 anos	Semestral
E15	Rafaela	Consulta odontológica	20min	12 anos	15/30dias
E16	Lúcia	Consulta odontológica	40min	12 anos	Semestral
E17	Isaura	Consulta odontológica	1h15min	18 anos	semestral

* o médico não compareceu ** não consultava há um ano

5.1 Acesso

Adami (1993) e Unglert (1995) tratam da questão do acesso à saúde como um sistema complexo que inclui a acessibilidade aos serviços de saúde, classificando-a em acesso geográfico (distância, tempo e meios de locomoção, obstáculos a serem transpostos, tempo de permanência fora do trabalho), acesso funcional (tipos de serviços oferecidos, horário de funcionamento e qualidade), acesso cultural (inserção dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população) e acesso econômico (a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos). Utilizou-se a classificação proposta por esses autores, embora não tenham sido destacados elementos relativos ao acesso cultural.

O maior número de elementos encontrados foi na sub-categoria referente ao acesso funcional.

5.1.1 Acesso geográfico

O acesso geográfico foi caracterizado por três elementos: forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde investigado. Todas elas poderiam representar facilidades ou dificuldades de acesso.

A forma de deslocamento utilizada pelo usuário é, sem dúvida, fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde.

Verificou-se que as formas de deslocamento variaram entre deslocamento a pé, de ônibus (um a três), de lotação e de carro. A forma de deslocamento mais freqüente foi a pé, provavelmente porque a maioria dos entrevistados (11) mora na área de atuação. Essa é a forma mais prática e também a mais econômica, o que demonstra a importância da proximidade entre o serviço de saúde e a residência do usuário.

Sueli nos fala do significado de caminhar a pé até a unidade de saúde: *“Venho a pé. Dá para vir assim, caminhando, eu até gosto de vir caminhando, eu adoro caminhar, olhando o luar, o céu, as estrelas, a lua , a chuva!”*

Essa idéia foi confirmada por Zulmira, quando comentou a oportunidade de encontrar as vizinhas, com quem pára para conversar, ao caminhar em direção ao posto de saúde, para participar do grupo de diabéticos.

Em especial, a possibilidade de uso de automóvel próprio traz inúmeras vantagens, entre as quais o menor tempo necessário para deslocamento, o conforto diante do mau tempo e a possibilidade de chegada mais cedo e, portanto, maior chance de obtenção do atendimento, como afirma Sr. Josué:

P⁴: *“Me diga uma coisa: o sr. pegou a ficha hoje mesmo?”*

⁴ A pesquisadora será identificada por P e o usuário ou usuária por U.

U: *“Hoje mesmo. Eu cheguei aqui era mais ou menos 15 prá 6.*

P: *“15 prá 6. E já tinha muita gente na fila?”*

U: *“Tinha, tinha uma seis pessoas, né? Tava chovendo né? Se tivesse bom teria mais, né. Eu vim neste horário porque eu tenho condução, senão não dava prá vir na hora da chuva. Vim de carro...”*

Ah! Aqui é pertinho, é...5 minutos mais ou menos, mais ou menos 3 km. É rapidinho...”

O tempo despendido pelos usuários para deslocamento de sua residência à unidade de saúde variou de 05 a 35 minutos (quadro 6). Porém, seis sujeitos entrevistados eram moradores de fora da área de atuação, sendo um de outro distrito sanitário, no entanto, todos dispõem de serviços de saúde próximos à sua residência. Essa constatação confirma o que diz Adami (1993), ao asseverar que a proximidade geográfica entre a moradia do cliente e o serviço de saúde não se constitui no elemento central determinante de sua escolha, já que esse fator pode não significar acesso real, ou seja, garantia de atendimento. *“Começa que se eu quero medicamento eu tenho que ir no Santa Marta, ou vim aqui, ou no Modelo, porque lá nunca tem remédio prá nós que moramos ali..., então eu prefiro ir mais longe...” (Dalvina)*

Quadro 6 - Caracterização do acesso geográfico à U.S.Camaquã

Código	Nome Fictício	Forma de deslocamento	Tempo de deslocamento
E1	Marilda	Dois ônibus	35min
E2	Jacira	A pé	30min
E3	Dalvina	Três ônibus ou carro	50min 15min
E4	Márcia	Ônibus ou carro	20min 10min
E5	Maira	A pé	20min
E6	Josué	Carro	5min
E7	Iria	A pé	30min
E8	Erica	A pé	5min
E9	Thaís	A pé	5min
E10	Sueli	A pé	15min
E11	Rosimari	A pé	10min
E12	Marta	A pé	5min
E13	Zulmira	A pé	10min
E14	Circe	Lotação (micro-ônibus)	20min

E15	Rafaela	A pé	10min
E16	Lúcia	Ônibus	10min
E17	Isaura	A pé	30min

Além disso, mesmo que o atendimento esteja garantido aos usuários que moram próximo dos serviços, isso não significa qualidade de atendimento, conforme manifestou a mesma cliente:

P: *“O clínico que a senhora consultava é aqui? Ou perto da sua casa?”*
 U: *“ Perto da minha casa tem, mas eu não vou porque a gente não é... não vou dizer que os médicos não atendem bem, mas os que tão lá dentro, não atendem bem. Então prefiro vim mais longe...” (Dalvina)*

Leite, Maia e Sena (1999) alertam-nos para o fato de que a questão do acesso ultrapassa a presença física dos recursos, dependendo muito mais da coerência do padrão tecnológico oferecido pelo serviço com o tipo de demandas da comunidade.

Experiências prévias negativas junto a outros serviços de saúde, mais próximos de sua residência, levam o usuário a optar pela unidade em que, além do acesso facilitado exista um bom acolhimento, mesmo que isto lhe exija um maior deslocamento.

“Não, lá eu só sempre fui lá na emergência prá minha menina. Mas eles nunca me deram um laudo assim que eu pudesse saber que a guria tava com um problema de coração, né? Quando eu fui ver já tava o problema que era irreversível... e eu vou continuar aqui, né porque ela é uma boa pediatra e é bom a criança ter sempre o mesmo médico, né? E aí o meu marido perguntou porque eu não quis fazer no outro posto, né? Ali prá mim é até mais perto. Mas como eu já conheço pela minha família que tem contato com ela, né? Eu prefiro mil vezes pegar uma pessoa que a gente sabe que não vai ter desinteresse com o nenê...” (Márcia)

No caso de Márcia a experiência de perda da primeira filha, que foi a óbito, segundo ela, sem um diagnóstico precoce de um problema cardíaco, foi decisiva para a rejeição do serviço mais próximo de sua casa, onde costumava ser atendida. Isso confirma a preocupação ressaltada por Merhy (1994),

quando se refere à importância de um modelo de assistência mais voltado às necessidades do cidadão e à atual insegurança da clientela no que diz respeito ao tipo de atendimento ao qual está sendo submetida.

A busca por profissionais competentes para o atendimento e a confiança na experiência e capacidade dos membros da equipe de saúde influenciam fortemente a escolha do usuário quanto ao serviço que deverá ser procurado.

Verificou-se que experiências bem sucedidas, com o próprio cliente ou com seus familiares, são determinantes para a sua opção pelo serviço. Essas constatações confirmam os achados de Reis, Santos, Campos et al. (1990), ao demonstrarem a relação entre a satisfação dos usuários e a competência e interesse demonstrados pelo médico em relação ao paciente, como um dos fatores que indicam a qualidade do serviço de saúde.

P: *“Então hoje qual foi o motivo da tua vinda? Por que tu vieste? Foi pra consultar com o pediatra?”*

U: *“É. Pra consultar pra nenê. Ela precisa nos 10 primeiros, 10, 15 dias ela tem que consultar. Aí eu vim aqui, porque a pediatra é muito boa, né? É a pediatra das minhas sobrinhas também.”*

P: *“Tu já tinha informação, que o pessoal da família costuma consultar com ela e gosta, é isto?”*

U: *“É.” (Márcia)*

Vários usuários manifestaram-se de forma semelhante à Márcia, confirmando o que diz Oliveira (1998) quando refere-se à escolha do profissional de saúde em função das indicações que ocorrem pela própria família, por amigos, vizinhos ou até mesmo na sala de espera da unidade de saúde.

Foi possível constatar que, uma vez estabelecido um vínculo forte entre usuário e serviço, e/ou com determinados profissionais, a partir de uma relação de confiança, mesmo que o cliente se mude para outro bairro mais distante, ele permanece usando o serviço de saúde:

P: “ Quer dizer que tu moravas mais pertinho?

U: Mais perto, né, e mesmo morando longe a distância pra mim não é o problema né, eu dou um jeito porque aqui tem médicos muito bons, né... então agora que no caso eu tô com a minha filha pequena eu voltei a freqüentar de novo o posto, por causa que a pediatra que atende ela é a Dra. Rosângela ...a mesma que atendia meu menino quando tinha 15 dias e atendeu até bastante tempo né....” (Marilda)

“... a gente usa muito o posto aqui. Porque a gente se mudou pra ali, mas é perto. Então a gente usa muito...Não, ela consulta com o ginecologista. Eu inclusive talvez amanhã venha tirar uma ficha prá ela, prá minha esposa. Tem a Dra. Elizete que já é conhecida da gente. Que eu consultava com ela. Tem umas pessoas que a gente já conhece.” (Josué)

Percebe-se que há uma estreita relação entre acesso geográfico e acolhimento, pois, embora existam facilidades decorrentes da disponibilização de serviços de saúde próximos da casa do cidadão, identificam-se fatores determinantes da escolha do serviço que passam pela forma como o usuário é recebido e a resolutividade desses serviços. Quando o serviço de saúde é próximo à residência do usuário e a qualidade está garantida, conforme a indicação de familiares, amigos e/ou vizinhos, a opção recai sobre esse serviço. A manifestação de Jacira demonstra que o reconhecimento da comunidade quanto à competência da unidade, através de seu serviço de vacinação, foi capaz de alterar uma opção inicial por outro serviço mais distante, recomendado pela pediatra que a cliente costuma consultar, através do convênio que possui para assistência à saúde:

“ Fica mais longe, né? Dependo de condução, como eu tive conversando com as pessoas do condomínio que vieram vacinar aqui, disseram: ‘não, vai lá no posto Camaquã, que o posto é bom, tudo...tu vai te dar bem’. Então eu vim, que fica mais fácil. Aqui ficava mais fácil...” (Jacira)

A forma como o serviço se organiza, facilitando o acesso dos clientes antigos, independentemente do local de sua residência atual, favorece a

manutenção do vínculo usuário-serviço, como podemos verificar através da manifestação de Circe, que procurou atendimento odontológico:

P: *“ Ah! Medianeira. Não é tão pertinho.”*

U: *“Não é tão pertinho.”*

P: *“Vem de outro bairro. Há quanto tempo a sra. utiliza aqui o posto?”*

U: *“Com essa dentista, desde 88. Eu sempre venho e faço revisão com ela, né? O atendimento para mim é ótimo!”*

P: *“Então já está fazendo aí, mais de 10 anos, não é? 12 anos quase? Seu atendimento já estava marcado hoje?”*

U: *“Estava marcado.”*

P: *“Já fica marcado o próximo quando a sra. sai do atendimento ou a sra. vem mais perto da data do retorno prá marcar?”*

U: *“Não, eu venho mais perto prá marcar.”*

P: *“E aí a sra. vem com que antecedência? 1 mês?”*

U: *“Não, uns 10 dias.”*

P: *“Porque já está com autorização, né?”*

U: *“É.”*

Isso demonstra a relação entre o acesso geográfico e o acesso funcional, ou seja, mais uma vez fica claro que o usuário está disposto a deslocar-se mais do que o necessário para ser atendido em um local em que, apesar de mais distante de sua casa, é bem recebido por uma equipe de profissionais que já conhece, onde teve experiências prévias bem sucedidas, e onde seu ingresso e permanência são facilitados, através de diversos mecanismos, entre os quais o agendamento prévio de consultas, o qual será discutido posteriormente quando for tratada a questão do acesso funcional.

O acesso geográfico também deve ser analisado do ponto de vista das condições climáticas características do extremo-sul, nas quais o frio e a chuva intensos podem dificultar o deslocamento dos usuários. O caso de Dalvina ilustra esse fato, pois no dia em que a entrevistei chovia muito, e ela foi obrigada a pegar três ônibus (um a mais dos que os dois habituais) para se deslocar à unidade de saúde, a fim de evitar o trecho de caminhada. Quando vem com a filha, que também é cliente do serviço de saúde mental, ganha

carona de automóvel com o neto. Para atenuar a desvantagem de ter que usar três ônibus, Dalvina, devido à sua idade, é favorecida por lei municipal que a isenta de pagamento em veículos de transporte coletivo. Não fosse assim, teríamos aí certamente mais um empecilho ao acesso de muitos usuários. Aqui podemos estabelecer um dos nexos entre acesso geográfico e acesso econômico.

Outro aspecto a considerar no estudo do acesso geográfico é a questão da segurança. Iria nos fala que habitualmente se dirige a pé à unidade de saúde, até por recomendação médica, quando o motivo do atendimento não exige que ela chegue muito cedo, como, por exemplo, quando vai para fazer nebulização. Para consultar com a médica clínica, no entanto, foi necessário madrugar e, neste caso, quem enfrentou a fila foi seu marido:

“ Ah, a gente, eu me acordo às 5 horas, o ônibus passa lá em casa mais ou menos cinco e meia, vinte pra seis que tem o primeiro ônibus que tem, o Padre Reus que passa lá, que vem pro centro e a gente pode pegá pra vim pra cá. Certo, que é de madrugada. E isso aí, não vai andá, porque os assaltos é muito perigoso. Mas quem veio pegá ficha pra mim foi meu marido!” (Iria)

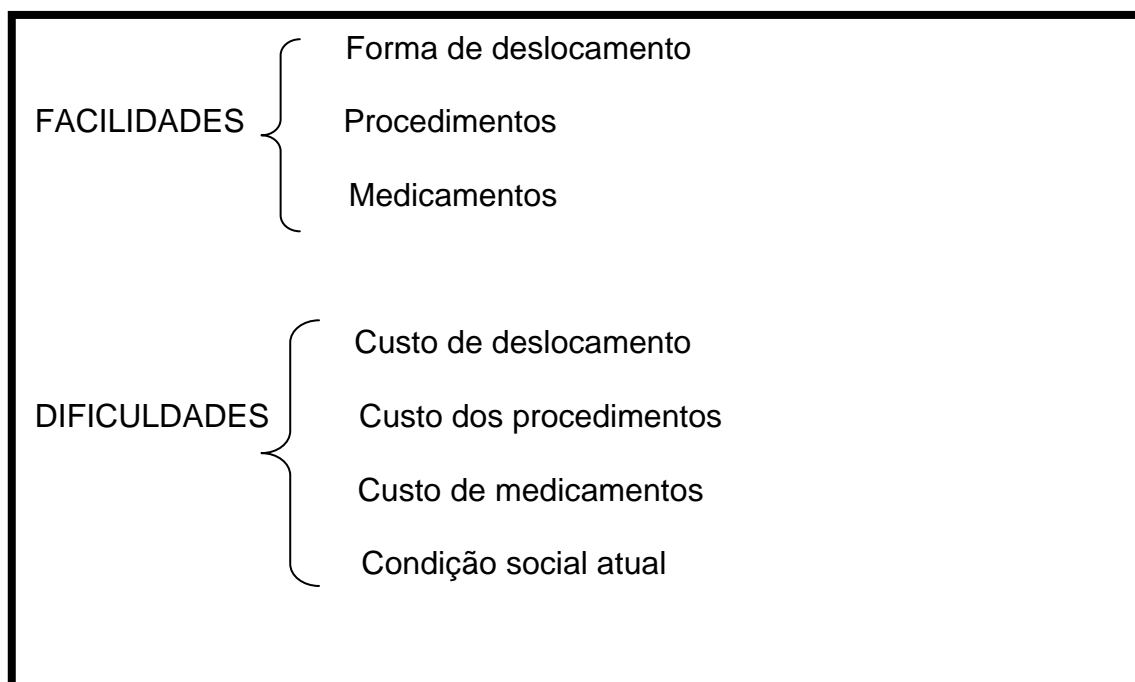
No que diz respeito, portanto, ao acesso geográfico a distância a ser percorrida pelo usuário para chegar ao serviço de saúde é fator importante a ser considerado. Quanto menor essa distância for, mais prática e econômica será a forma de deslocamento e menor será o tempo gasto. Quanto mais rápido o deslocamento, mais chance tem o serviço de ser escolhido pelo usuário. Porém, embora esses fatores sejam inegáveis na opção por um serviço de saúde, não serão decisivos, se não estiverem acompanhados de um bom acolhimento e boa resolutividade, o que demonstra a interface ente esses elementos e o acesso geográfico.

Para a escolha de um serviço de saúde são fundamentais também as experiências prévias que envolvem os usuários e seus familiares, positivas no serviço em questão ou negativas em outros serviços, ainda que esses últimos estejam situados mais próximos da residência do usuário.

5.1.2 Acesso econômico:

O acesso econômico foi caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento. Dentre as facilidades identificaram-se: forma de deslocamento, procedimentos e obtenção de medicamentos. As dificuldades encontradas foram: custo de deslocamento, custo de procedimentos, custo de medicamentos e condição social atual (quadro 7).

Quadro 7 - ACESSO ECONÔMICO



No estudo do acesso econômico ao serviço de saúde, um dos primeiros aspectos a considerar é o custo do deslocamento do usuário, que é

proporcional à distância de sua moradia e à forma como ele se desloca. Conforme já mencionado na discussão do acesso geográfico, foram diversas as formas de deslocamento dos usuários estudados, predominando a mais econômica, isto é, a caminhada. Não foi referido pelos sujeitos da pesquisa, o custo de deslocamento do domicílio à unidade de saúde e vice-versa, mesmo por aqueles que usam transporte próprio ou coletivo. Porém, isso foi levantado caso existisse a necessidade de deslocamento para a realização de exames diagnósticos, o que será melhor explicitado posteriormente.

Santos (1995) se refere à condição sócio-econômica dos usuários como fator determinante da escolha do serviço público, em relação ao serviço privado, até por um reconhecimento de que o cuidado médico é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos.

Através da fala de Êrica vemos a importância dos aspectos econômicos sobre a saúde da população : *“ porque o meu filho, ele tem um plano de saúde do estado, mas é que é muito difícil tu ir no Doutor. Um remedinho é 10, 15 reais, então eu trago aqui primeiro...”*

Mesmo encontrando algumas dificuldades, às quais Êrica se refere com críticas em sua entrevista: *“eu acho que o atendimento ruim aqui é ali na recepção...estão te olhando e não te atendem...eu acho que as pessoas têm má vontade comigo na recepção ...”*, não deixa de utilizá-lo por gostar da maior parte dos profissionais que prestam o atendimento e, em especial, porque as alternativas de que dispõe envolveriam gastos como: pagamento de consultas ou compra de medicamentos. Por isso sua primeira opção é sempre a Unidade de Saúde Camaquã.

Por outro lado, Rosemari expressa claramente sua satisfação com a unidade de saúde em estudo, dizendo com grande espontaneidade: *“Eu adoro este posto, é muito bom”* ! Como se durante a entrevista ela pudesse estar refletindo sobre as facilidades de que dispõe ali, entre as quais refere-se `a vantagem do serviço de coleta de exames laboratoriais em funcionamento na U.S.:

U: *“Esse laboratório que vem né, duas vezes, bah é muito bom.”*

P: *“Já aproveitaste também?”*

U: *“Já, duas vezes.”*

P: *“Facilita isto também, né?”*

U: *“Muito, bah! Prá mim que tenho três crianças pequenas, prá me deslocar, pegar um ônibus, ir pro centro é super complicado.”*

P: *“Além do tempo que tu economizas, tu economizas dinheiro também.”*

U: *“É verdade, eu adoro este posto. É muito bom.”*

No entanto, essa mesma usuária não deixa de referir-se às deficiências da unidade, no que diz respeito às dificuldades de obtenção de consulta de clínica médica e de ginecologia. Conta que teve que pagar uma consulta particular para ela própria :

U: *“...no ano passado como eu fiquei muito doente eu tive que pagar a consulta e depois eu consegui consultar lá no outro posto que tem aquele programa ...”*

P: *“O Respira Porto Alegre Aliviado?”*

U: *“Isto, maravilhoso” (Rosemari)*

Marilda, que também utiliza o serviço laboratorial, que mantém convênio com a unidade de saúde, relata não ter conseguido realizar todos os exames solicitados para a filha de 1 ano e 5 meses porque não teve condições de comprar o coletor de urina, o qual não lhe foi fornecido na U.S.:

“nem sempre eu tenho o dinheiro assim na hora disponível, né, porque o meu marido sai de manhã e só chega de noite, né. Então às vezes eu tenho, tenho que comprar uma coisa, né?. Comprar uma fruta, uma coisa prá ela e acabei deixando, mas agora na semana que vem que tem consulta com a Dra. de novo, aí vou pedir prá ela uma requisição e vou providenciar o coletor, o mais rápido possível, prá ela fazer o examezinho direitinho, né? É só este aí que ficou pendente.”

Desse modo podemos verificar que a falta de um pequeno item, como um coletor de urina, pode inviabilizar ou retardar uma série de procedimentos de apoio diagnóstico, os quais em alguns casos talvez fossem essenciais para a elucidação do problema, determinando possivelmente a necessidade de nova consulta médica e, eventualmente, dificultando o acesso de outro usuário a essa. Sem entrarmos no mérito de quem seria a competência de suprir este material, se da unidade, do laboratório conveniado ou se a usuária poderia ter priorizado a sua compra, o fato é que no caso de Marilda não foi suficiente, ao menos no primeiro momento, a disponibilização da coleta de exames na própria unidade de saúde.

Explicitando melhor a questão do acesso econômico e do acesso ao medicamento é importante considerar a fala de Lúcia :

U: *“Medicação também aqui é uma coisa muito positiva.”*

P: *“Quando tu precisaste tinha?”*

U: *“Exato, exatamente. Em relação assim, quando tu consulta com o médico ele vai te receitar o remédio que tem aqui. Porque quem é que procura o posto? É a população carente, né?”*

P: *“Claro!”*

U: *“ Daí ela consulta com o pediatra...Muitas vezes tu procura um posto e o médico sabe que tu é uma pessoa carente e daí ele te receita um remédio que tem que tu tem que procurar comprar na farmácia. O povo não tem dinheiro p'ra comprar. Ele já procura o posto porque ele quer conseguir o medicamento de graça, gratuito e aqui tem este aspecto positivo, não digo todas as vezes, mas na maioria das vezes tu consegue.”*

Santos (1995) ressalta a importância dada à obtenção de medicamentos pelos usuários nos serviços públicos, em vista da dificuldade de comprá-los, o que contribui para a escolha do serviço.

Na reunião do grupo de diabéticos que tive a oportunidade de observar, o médico que o coordena, ao relacionar as diversas vantagens do uso de insulina, expressou-se da seguinte forma: *“ Há remédios comprados que custam*

R\$80,00 ou R\$100,00 e a insulina é de graça no posto. É preferível doer no braço ou no bolso?”

Lúcia apresenta também a migração que os usuários fazem na cidade, entre as diferentes unidades de saúde, em busca de remédios, porque muitas vezes não estão disponíveis no local e no momento onde se deu o atendimento:

*“ Às vezes tu vem do posto da ... prá buscar o medicamento aqui porque lá não há. Por que que não há ? Se o Estado tem que suprir esta necessidade...
Se eu consulto lá eu tenho que vir pegar medicação aqui..”.*

Marilda se refere à mesma dificuldade:

“...isto é normal quando a gente não conseguiu comprar , né, aí a gente vai de um posto pro outro posto, pro outro...” (Marilda)

Essa dificuldade de acesso também ocorre com certos itens medicamentosos ainda não disponíveis na lista básica da rede municipal, em virtude do custo para o gestor: *“Certos anticoncepcionais a gente não consegue. Os mais modernos tu tem que comprar.” (Lúcia)*

Lúcia traz também a dificuldade de encontrar preservativos masculinos, os quais são distribuídos gratuitamente, nas unidade municipais, desde o final da década de 80, mas que nem sempre estão disponíveis, pela crescente procura, em virtude das campanhas educativas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e pelo aumento do número de serviços da rede a partir da municipalização. Do mesmo modo, refere-se à falta de acesso ao preservativo feminino, ainda não disponível na rede como um todo. Mesmo assim, Lúcia reconhece a qualidade do serviço em estudo: *“ Então a dificuldade tá geral na saúde, né? Mas entre umas exceções aqui ainda tá melhor. Eu ainda procuro aqui.”*

Na observação realizada numa das reuniões do grupo de mulheres, coordenado pela psicóloga, verificamos a angústia de Emília em relação ao agravamento do enfisema pulmonar de seu marido, que necessitaria de oxigênio em casa. O procedimento representa um grande custo, com o qual ela não tinha condições de arcar: “ *O meu medo é começar e não poder continuar.*”

As colegas do grupo de mulheres fizeram sugestões no sentido de que ela solicitasse ajuda aos filhos, bem como na igreja onde tem uma participação ativa num trabalho voluntário.

A condição sócio-econômica do indivíduo, sua estrutura familiar e inserção no mercado de trabalho, são primordiais para a forma como ele encara seus problemas de saúde. Na entrevista, Thais, uma adolescente de 15 anos, expressou bem a dificuldade de aceitação de seu estado de gravidez em função desses fatores:

“Só botou o aparelho na barriga assim e eu tinha esperança que eu não tava mas, infelizmente eu tou, porque para mim não é grande coisa, porque eu sou solteira, moro com a minha irmã e para ela vai ser um sacrifício também. Ela já tem uma filha e se eu tivesse um trabalho bom, arrumado minha própria casa que minha mãe deixasse, pra mim não teria nenhum problema. Mas como eu estou com a minha irmã, tem um pouquinho de problema.”

Desse modo podemos perceber claramente vantagens e desvantagens para a saúde do indivíduo e de sua família se considerarmos a questão do acesso econômico propriamente dito. Além disso, os fatores que facilitam ou dificultam o acesso geográfico, podem ser atribuídos a aspectos relacionados à questão econômica, entre os quais se destaca a forma de deslocamento do usuário ao serviço de saúde, a qual repercute sobre o tempo gasto para o deslocamento, horário de chegada ao serviço e, por conseqüência, sobre a probabilidade de obtenção do atendimento. Do mesmo modo os procedimentos

e/ou medicamentos não disponíveis no serviço público estarão acessíveis àqueles usuários que dispuserem de melhores recursos econômicos. Portanto, pode-se perceber a interface que se estabelece entre os diferentes elementos do acesso, seja ele considerado do ponto de vista geográfico, econômico ou funcional.

5.1.3 Acesso funcional

O acesso funcional, tal como está sendo entendido para fins desse estudo, envolve o acesso propriamente dito aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento.

A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, em especial, o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a freqüência do atendimento. É o que podemos verificar no depoimento a seguir:

U: *“ Olha, ah, faz bastante tempo. Só que eu tinha né parado de freqüentar porque não tinha ... meu filho estava grande. Mas meu filho tinha 15 dias, quando eu comecei a freqüentar. Claro, quando eu era solteira eu vinha seguido também consultar com o médico de pele, com a Dra. Marlene, né, vinha no dentista, né, então já morei aqui na Padre Reus muito tempo, então sou freqüentadora assídua daqui, né.”*

P: *“Mais ou menos de quanto em quanto tempo tu costumava vir atualmente no posto?”*

U: *“ Atualmente uma vez por mês.”*

P: *“ Uma vez por mês.”*

U: *“ É uma vez por mês que eu trago ela, quando ela precisa, ou então de 2 em 2 meses.”*

P: *“Que idade ela está mesmo?”*

U: *“ Ela tá com 1 ano e 5 meses.” (Marilda)*

Segundo Stein (1998), o acesso aos serviços de saúde tanto pode ser determinado, quanto medido pelo uso regular de uma fonte de atendimento. Esse autor salienta que a possibilidade de acesso a um médico definido, que

atue em atenção primária, está relacionada a um melhor acesso aos serviços de saúde como um todo.

Um mecanismo de organização que o serviço adotou, dentro da política geral da Secretaria Municipal de Saúde, é o de agendamento prévio de consultas. Esse é um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo incidência sobre o modelo exclusivo de pronto atendimento. Campos (1994a) refere-se a formas de organização dos centros de saúde de modo a absorver a demanda espontânea, rompendo com o círculo vicioso do modelo de pronto-atendimento de baixa resolutividade.

O serviço investigado, embora não priorize rigorosamente os moradores da área de atuação, como seria de desejar pelo critério de territorialização, vem utilizando-se do agendamento com grande aceitação pela comunidade, procurando respeitar o critério do tempo de uso, isto é, para a odontologia por exemplo, os usuários já vinculados ao serviço têm prioridade para agendamento. No caso da clínica médica, onde há grande demanda reprimida, não está sendo realizado o agendamento prévio, em virtude da pequena oferta de consultas. São instrumentos de organização gerencial do serviço. Alguns usuários manifestaram-se assim a respeito:

U: *“Aí agora, né, eu trago no médico sempre que eu preciso, eu venho aqui e consulto pra ela, né. Peço p’ro meu marido vim tirar quando eu quero a ficha do dia, ele vem, tira a ficha do dia ou então eu deixo agendado, passo ali, as gurias agendam, depois eu venho consultar...Este agendamento eu passo no guichê né, e, por exemplo, vamos supor que hoje eu tenha consultado com a Dra. Rosângela. A Dra. Rosângela diz: ‘volta o mês que vem’, daí eu passo ali e marco.”*

P: *“A Dra. Rosângela te dá uma autorização pra tu marcar?”*

U: *“Não, não, não precisa, não me dá...Vamos supor que ela tenha problema de garganta, ela faz o tratamento de 10 dias. Se ela melhorá e tu*

achá que ela não precisa, tu não agenda. Mas se ela estiver bem e não der nada né, que às vezes acontece de não dar nada mesmo, aí não precisa.”
(Marilda)

U: *“Tive que vim cedinho naquela época, depois que você consulta aí é muito bom que o médico já deixa marcadinha a consulta ... é uma maravilha.”*

P: *“A sra. nunca mais entrou na fila, então?”*

U: *“Não, não”.*

P: *“Foi só a primeira vez?”*

U: *“Só a primeira vez.”*

P: *“Demorou um pouquinho p´ra conseguir”*

U: *“Só, mas foi muito bom isto aí.”* (Dalvina)

P: *“E hoje tu vieste consultar com a nutricionista para ti ou para tua guria?”*

U: *“Para mim e para ela.”*

P: *“Marcou as duas juntas? Já estava com esta consulta marcada antes?”*

U: *“Já.”*

P: *“P´ra ti e p´ra tua guria. Normalmente tu marca junto?”*

U: *“Marco junto.”*

P: *“Sempre deixa marcado previamente?”*

U: *“Deixo.”*

P: *“E tu já sais da consulta e já marca ou tu marcas uns dias antes?”*

U: *“Não, eu já saio da consulta e deixo marcado.”*

P: *“Facilita, né?”*

U: *“E”*

P: *“Isto tu achas uma coisa boa?”*

U: *“Eu acho.”* (Rosemari)

A sistemática de agendamento não é exatamente igual para todos os tipos de atendimento. A enfermeira responsável pela gerência da unidade informou sobre os critérios de agendamento utilizados pelo serviço, o qual teve início em abril de 1998, conforme descrito a seguir.

Para a *Pediatria*, independentemente de endereço do usuário o agendamento pode ser feito em qualquer dia, em qualquer horário, na recepção. Pode ser realizado para a primeira consulta ou para reconsultas na proporção de 50% (oito) para a demanda do dia e 50% (oito) de consultas agendadas previamente para cada pediatra. O agendamento pode ser feito com até 15 dias de antecedência. O absenteísmo é mínimo, sendo encaixados substitutos, em caso de ausência de clientes agendados. Os clientes são

marcados em blocos de horários, alternando-se os agendados previamente com os do dia. São dados 15 minutos de tolerância aos agendados, em caso de sobra de consultas poderão consultar ao final do turno, se houver atraso. Essa estratégia, que tem sido empregada em serviços da rede municipal de Porto Alegre, desde 1993, poderia ser associada à facilitação do acesso aos serviços. A adaptação feita na unidade em estudo é a não obrigatoriedade de ser morador da área de atuação, aspecto que poderia ser questionado, já que os moradores da área, teoricamente, poderiam estar tendo dificuldades de acesso. Como o atual estudo não se propõe a responder a essa questão, não se pode afirmar, com certeza, que isso venha realmente ocorrendo.

Para a *Ginecologia* às quartas-feiras são agendadas 40 consultas/semana (de 5^a à 4^a) o que corresponde a 100% da agenda. Para mostrar exames, as clientes não entram na fila. Esse sistema não é considerado o ideal, já que o agendamento só ocorre uma vez por semana, o que limita consideravelmente o acesso pelo usuário, dificultando inclusive a realização de procedimentos que necessitam de marcação prévia, como por exemplo a colocação de Dispositivo Intra-uterino (DIU). Entende-se, porém, que a sistemática adotada deve-se ao fato da existência de um único médico ginecologista na unidade, o que por si só, restringe as possibilidades de acesso.

Para a *Psiquiatria* as primeiras consultas são agendadas diretamente com a enfermeira responsável pela unidade, à tarde, para evitar que os usuários entrem em filas. As reconsultas são marcadas pelo próprio psiquiatra. Exceto pela manifestação de uma auxiliar de enfermagem que disse haver

reclamações quanto à escassez de consultas em psiquiatria, não foi possível identificar esse problema. O sistema de marcação de consultas parece funcionar bem.

Para a *Nutrição*, as primeiras consultas e retornos podem ser agendadas previamente sempre na recepção. Isso demonstra um critério absolutamente universal de acesso, sem qualquer restrição, significando grande facilitação pelo serviço.

No caso da *Odontologia* a marcação é feita semanalmente, de acordo com o número de vagas que se abrem em função do término dos tratamentos, já que os clientes entram uma única vez na fila e podem deixar marcadas as consultas subseqüentes.

Vejamos o que nos diz Circe sobre o agendamento para a Odontologia:

P: *“Certo. Então, o seu atendimento já estava marcado hoje?”*

U: *“Estava marcado.”*

P: *“Já fica marcado o próximo quando a senhora sai do atendimento ou a sra. vem mais perto da data do retorno p’ra marcar?”*

U: *“Não, eu venho mais perto p’ra marcar.”*

P: *“E aí a senhora vem com que antecedência? 1 mês?”*

U: *“Não, uns 10 dias.”*

P: *“Porque já está com autorização, né?”*

U: *“É.”*

O documento utilizado para realizar o agendamento no balcão de recepção, para qualquer tipo de consulta, é a carteira específica para este fim, usada por diversos serviços da rede básica municipal.

Não vem sendo utilizado como critério de agendamento prévio o endereço do usuário nem mesmo para as especialidades mais disputadas. Segundo Unglert (1995), o estabelecimento de uma base territorial é fundamental para a caracterização dos problemas de saúde de uma população,

bem como para a avaliação do impacto do sistema sobre aqueles e ainda para o estabelecimento da responsabilização pelos serviços sobre sua população adscrita.

Quando o usuário precisa do atendimento no mesmo dia, isso é possível, porém é necessário chegar bastante cedo e disputar o lugar na fila. Isso só não ocorre nas especialidades onde 100% da agenda é marcada previamente.

P: *“ Ok! ...então o atendimento pro dia de hoje não estava marcado antes, né? Foi pega a ficha hoje.”*

U: *“ É’, porque se fosse agendar, ia ser só p’ro dia 4...ai prá mim não dava...”*

P: *“4, agora de fevereiro, semana que vem?”*

U: *“ É, 4 de fevereiro, já ia passar, né?”*

P: *“Tu não queria esperar porque tu queria fazer a primeira revisão antes?”*

U: *“É, mas tem que fazer, né? Que o médico me orientou.”*

P: *“Qual é o hospital que tu ganhaste o nenê?”*

U: *“No Hospital de Clínicas.”*

P: *“ E o médico lá te pediu prá consultar com que idade do nenê?*

U: *“ Com 10.”*

P: *“ 10 dias?”*

U: *“10 a 15 dias, dentro deste período.”*

P: *“E tu te apressou prá vir logo, né?”*

U: *“É.” (Márcia)*

P: *“ Um hum. Então o senhor veio, mas não trouxe ele naquele horário, veio sozinho prá pegar a ficha?”*

U: *“Não, vim e peguei a ficha às 7 horas, quando começaram a dar ficha...”*

P: *“Que ficha mais ou menos o senhor pegou? Prá pediatra?”*

U: *“Aqui. De manhã tinha 6 na minha frente. Aqui não me lembro, acho que foi sétima ou oitava ficha.” (Josué)*

“O meu cunhado, ele mora logo aqui em cima , então eu pedi para ele pegar uma ficha pra mim, que eu estava precisando né. Aí ele veio então, ele veio, consegui”. (Thais)

P: *“E como é que foi para ti conseguir esta consulta hoje? Que horas tu tiveste que chegar ?”*

U: *“Cedo. A minha mãe teve que acordar acho que 4 da manhã, estava chovendo.”*

P: *“E ela veio pra cá que horas ?”*

U: *“Ela, acho que ela veio, ela saiu de casa às 4 da manhã. Quatro e cinco, quatro e 10.”*

P: *“Tá. E ela... O posto abriu às 7 né? Aí ela conseguiu, qual foi a ficha?”*

U: *“A nº 1.” (Erica)*

A dificuldade de acesso à consulta odontológica foi um dos problemas levantados por 5 dos 17 usuários entrevistados. Porém, alguns salientaram que, há muitos anos atrás (19, 20 anos), por diversos fatores, não havia tanta dificuldade para obtenção do atendimento. Hoje, há um aumento da procura em virtude do alto custo desse tipo de tratamento, pelo empobrecimento da população, pela qualificação do serviço prestado na rede pública, pela política de saúde bucal da cidade que garante o tratamento completado, permitindo inclusive o acesso à periodontia e endodontia (Porto Alegre, 1995).

Conforme o relatório de Prestação de Contas 2000 da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Porto Alegre, 2000b), nos serviços próprios da SMS, foram atendidas 48.312 primeiras consultas odontológicas e realizados 497.499 procedimentos no período de janeiro a novembro de 2000. Nos serviços municipalizados, gerenciados pela PMPA, no mesmo período, foram realizadas 90.086 primeiras consultas e 1.144.639 procedimentos.

O atendimento odontológico beneficiou 2852 crianças de 32 escolas e creches comunitárias da cidade, envolvendo ações de educação em saúde bucal, fluoroterapia, consultas e procedimentos (Porto Alegre, 2000b).

Entretanto, há uma alta demanda reprimida e uma grande disputa pelo atendimento em toda a cidade e, em especial na U.S.Camaquã, que também conta com um serviço de RX odontológico, aumentando-lhe portanto a resolutividade. Em função desses fatores, os usuários precisam permanecer em filas desde a madrugada:

U: "... a única queixa que eu acho que tenho, como todo mundo, é o problema de dentista...prá gente conseguir dentista tem que dormir aqui, aí é difícil né?..."

Pelo fato de eu morar longe demais, prá mim tentar conseguir um dentista eu acho que não só no caso neste posto acho que a maioria dos posto que eu vejo muita queixa do pessoal que qué consulta com o dentista e tem que dormir dum dia pro outro, se não tu não consegue, né?

Ainda me lembro que eu achava mais fácil ...porque o dentista era diariamente prá a gente conseguir ficha. Então todo o dia a gente conseguia ficha. Apesar que eu vinha 4h e meia, né, tirá ficha ...que eu vinha 4 e meia /5 horas , mas era todo o dia que eu conseguia, agora né, é só um dia na semana ...ainda tu tem que vim aqui né, que nem eu tava conversando outro dia com o guarda ...

Prá mim é a maior dificuldade que eu encontro porque se eu morasse perto também seria uma dificuldade, porque como eu ia deixar a minha filha, né, porque ela mama de noite, no peito ainda, ela mama de noite, então seria uma dificuldade, no caso eu teria que vim de barraca, estacionar aqui na frente e ...”

P: *“Que horas o pessoal costuma chegar? Tu sabes?”*

U: *“Eu andei pesquisando com o guarda, prá mim ter uma idéia mais ou menos, diz que tem que chegar às 10 horas...”*

P: *“ 10 horas da noite?”*

U: *“... o pessoal chega bem antes, 10 horas é fechada a porta, daí não tem aquele negócio, assim, ah por exemplo, se eu preciso que a Senhora fique prá mim, eu tô cansada, preciso ir em casa buscar alguma coisa, descansar um pouco, não dá prá fazer uma troca ...no momento que chega as 10 horas, que é fechada a porta, o pessoal fica aqui dentro”.*

P: *“O pessoal aguarda aqui dentro?”*

U: *“O pessoal aguarda aqui dentro. Né, então, no momento que fecha a porta ali não ...”*

P: *“Não dá prá entrar...”*

U: *“É, não tem mais troca, entendeu? O pessoal vem cedo...ele disse que tipo 6 horas já tem pessoa aqui, já de mala e cuia.” (Marilda)*

“ Prá dentista tem que posar toda a noite”. (Emília)

“ Fiquei toda a noite e não consegui” .(Ema)

Por essas manifestações, aqui registradas, podemos ter uma idéia das dificuldades enfrentadas pelos usuários para a obtenção do atendimento odontológico. Isso nos permite compreender porque alguns acabam por desistir de tentar:

P: *“A senhora já consultou alguma vez p’ro dentista?”*

U: *“Não porque não adianta.”*

P: *“ A senhora já tentou alguma vez vir na fila?”*

U: *“Não porque eu sei que não se consegue. A gente conversa com as pessoas.”*

P: *“Com as vizinhas?”*

U: *“ E´.” (Marta)*

Outros já desistiram, especialmente devido à sua idade avançada:

P: *“A sra. já consultou aqui com o odonto?”*

U: "Não."

P: "Já tentou? Já veio prá fila?"

U: "Já, mas chegou na hora não consegui. Eu estou precisando, mas não tento mais. Não se consegue." (Zulmira)

Em compensação os serviços desenvolveram mecanismos internos para amenizar a dificuldade de acesso, como podemos compreender através da fala de Lúcia:

P: "E da primeira vez, como é que foi? Tu teve que enfrentar uma fila ou não?"

U: "É, geralmente as pessoas tem que vir ou ligar um dia antes prá saber quantas fichas tem. Se há fichas, se houver fichas, muita gente já fica à tarde de um dia pro outro, prá garantir uma vaga, porque é difícil, a procura é muito grande."

P: "Tu precisou passar por isto ou não? Como é que foi contigo?"

U: "Não, porque na época há 19 anos, quanto tempo dá? Deixa eu vê de cabeça.."

P: "Tu já és cliente há mais ou menos 11 anos, 12 anos."

U: "Há 12 anos atrás eu peguei o primeiro Assunção (ônibus) que é às 6 da manhã e eu consegui ficha. Às vezes não se consegue da primeira vez, tem que tentar porque antes a gente não tinha esta facilidade de saber quantas fichas tem, como agora. Se tu liga um dia antes e tu sabe que tem 4 fichas..."

P: "Tu já calcula que horário tem que chegar..."

U: "Exato, tu chega aqui tem 4 pessoas, tu pode ir embora porque tu sabe que tu não vai pegar...Mas anos atrás não, tu tinha que ficar esperando a Dra chegar para ver a agenda e ver quantas fichas teria."

P: "E muitas vezes esperava em vão porque não tinha como encaixar.."

U: "Isto, não tinha ficha disponível."

P: "Então no começo tu teve que passar por esta primeira fila."

U: "É, agora não. Tá mais organizado, eles mesmo remarcam."

P: "Hoje, por exemplo tu já vai sair daqui com o atendimento marcado ou só com uma autorização para marcar?"

U: "Não, é marcado."

P: "Já fica marcado."

U: "A secretária do dentista já marca na carteirinha o próximo dia da consulta." (Lucia)

U: "Hoje eu tenho a consulta, aí fica marcado dentro de 6 meses, porque eu sou, tem algumas pessoas que são clientes antigos, já vem de 10 anos atrás..."

P: "Certo. Este sistema então facilitou bastante?"

U: "Sim. Por exemplo, eu chegava 3 horas, aí eu não conseguia. Tem um número limite, se tinha 10 por dia e vinham 20, 30 pessoas não era possível."

P: "Dependendo do dia não adiantava mais."

U: "... já conheço o atendimento, vale a pena esperar...e depois com esta de agendar..." (Isaura)

Procurei informações com a auxiliar de odontologia sobre a integração com a escola da região, pois ao contactar com os clientes que aguardavam a

consulta odontológica na sala de espera em busca de sujeitos para a entrevista, verifiquei que uma criança havia sido encaminhada pela escola. A auxiliar confirmou que há uma integração com uma escola municipal da região (Neusa Brizola), através da qual são marcados alunos de lá, até mais ou menos 12 anos, por meio de contato telefônico da orientadora educacional com a unidade de saúde ou por encaminhamento escrito. Essa é uma orientação da política municipal de saúde bucal, já que há muitos anos não existem consultórios odontológicos nas escolas. A auxiliar comenta que são sempre casos de grande necessidade. Diz também que a iniciativa partiu da chefia da U.S., oferecendo o serviço à escola.

Quanto à sistemática de agendamento de consultas odontológicas, sabe-se que são inúmeras as dificuldades em função da grande demanda reprimida, e que diferentes tentativas têm sido feitas pelos serviços municipais para atenuar o problema da falta de acesso pela população. Sabe-se que até mesmo o sorteio de vagas em alguns locais foi tentado, como forma de evitar as longas filas da madrugada e até mesmo a comercialização de lugares em filas. A forma adotada pelo serviço em estudo tem muitos aspectos positivos, como por exemplo a priorização de alunos das escolas da região, bem como de clientes antigos para a garantia de tratamento completado e revisões periódicas. No entanto, mais uma vez pode-se questionar se os moradores da área de atuação, que deveriam estar sendo priorizados pelo critério de territorialização, estarão sendo atendidos por seu serviço de referência.

Além da dificuldade de acesso ao atendimento odontológico foi repetidas vezes citada a dificuldade de obtenção de consulta clínica e ginecológica.

U: *"... agora tá deficiente de médico. Agora não adianta. Acho que nem tem clínico geral, porque só tem um, parece na parte da tarde... E', é...no caso...Ter mais médico na parte da tarde. Só tem um assim. Isso é péssimo. Só um né. Só um clínico geral, se não me engano...Aí tinha um monte de gente brigando na fila p'ro clínico, tava terrível...um queria passar na frente do outro, porque eu acho que tem uma quantidade x de fichas e só um médico p'ra atender, quer dizer que..."*
 P: *"Chegou a dar briga na fila?"*
 U: *"Não chegou a dar briga(riso) eles tavam tentando se acertar ali, né?"*
 (Josué)

A falta de profissionais médicos em número suficiente em relação à demanda é um problema gerencial que extrapola a dimensão da gerência da unidade de saúde, passando pelo âmbito da gerência distrital, mas podendo ser equacionado em outra instância de decisão, ou seja, pelo próprio secretário, prefeito e câmara de vereadores, na medida em que a criação de novos cargos passa por todas essas instâncias de deliberação.

No entanto, não se pode deixar de considerar que, mesmo com o aumento do quadro de pessoal, não há garantia de que a oferta seja suficiente em relação à demanda. Uma das alternativas seria valorizar a atuação de profissionais com uma visão integral do indivíduo e com formação para atuar junto à comunidade, em contraposição ao modelo baseado na especialização do atendimento.

Foram também referidas condições inadequadas de espera até o início do atendimento às 7 horas da manhã e feitas algumas sugestões:

U: *"Bom, as sugestões que eu tenho é que eles mudassem o modo de distribuir as fichas né, o pessoal chega muito cedo, é perigoso, é ruim, tem gente que trabalha, que está cansado, precisa dormir né. O sistema de horário das fichas é ruim e outra também que eu...com outro especialista que eu nunca consegui."*
 P: *"O gineco?"*

U: *“É. Tive que pagar a consulta que eu não consegui.”*

P: *“Como é que tu fizeste para tentar?”*

U: *“É que aqui é uma vez por semana que dão ficha para o ginecologista, aí eles agendam para a próxima semana, só que aí eu cheguei às 3 horas da manhã e não consegui ficha.” (Erica)*

U: *“E aí eu não tô satisfeita exatamente com parte clínica que eu tô precisando ... Fui encaminhada pelos outros hospital, nunca consegui dentista aqui também, que eu queria, que eu tenho um problema sério de dente, quero saber se eu tenho que arrancar todos, eu não tenho condições de pagar. O meu marido é aposentado.*

Mas quem veio pegá ficha p’ra mim foi meu marido.”

P: *“Ah tá! Que horas ele veio p’ra fila?”*

U: *“Exatamente, ele saiu de casa 5 horas, 6 horas ele já tava aí porque quinze p’ras seis ele tava na fila.”*

P: *“E aí ele conseguiu?”*

U: *“Conseguiu ficha”(Iria)*

U: *“Isto aí é uma crítica, eu queria que tivesse mais clínico. Pois é, ah! É péssimo.”*

P: *“Faz tempo que tu não consultas com o clínico?”*

U: *“Faz, inclusive no ano passado no inverno, eu tô assim bem preocupada com este inverno que vai vir, né? Porque no ano passado, eu também tenho problema respiratório e eu não consegui consulta e foi muito ruim...”*

E’, eu acho que o serviço de ginecologia tem um médico que é muito bom, todo o mundo fala muito bem dele mas, é muito difícil a gente conseguir .

P: *“Tu nunca consultaste com ele?”*

U: *“Nunca consegui.”*

P: *“Já tentaste?”*

U: *“Tentei.” (Rosemari)*

“E’ uma parte, um aspecto negativo que eu acho é na parte da ginecologia, que é muito difícil de conseguir uma ficha, também tem a mesma dificuldade do dentista. Tem que madrugar p’ra conseguir uma ficha, no inverno é difícil, as pessoas ficam ali no frio (aponta para a rua) muitas vezes não conseguem.. .” (Lucia).

Entre as sugestões ressalta-se uma, já levantada anteriormente por outros entrevistados, no que tange às condições de espera a que são submetidos os clientes que passam a madrugada na fila. Isso parece destoar das características humanizadas de atendimento identificadas pelos usuários participantes deste estudo e, aparentemente, na opinião deles, não seria algo de difícil resolução.

As dificuldades apontadas quanto à forma como os usuários aguardam o atendimento, durante a madrugada, parece ser problema de fácil solução, em nível da gerência da unidade, com pequenas medidas de ajuste no que diz

respeito ao local de espera que aparentemente pode ser transferido para a sala interna da unidade.

U: *“ E outro problema é sobre esse pessoal que tá na rua, chovendo. Inclusive o guarda tá na rua conversando com o pessoal. A porta aberta, dois, três aqui dentro e gente na fila pegando chuveiro, não sei porque ? Se é uma coisa que tem espaço pro pessoal ficá ali dentro. No inverno é assim também. Porque eu já vim no inverno aqui tirar ficha, ficam sentados naqueles bancos congelando, né? E aqui fica fechado até às 6 e meia. Hoje abriu 7 horas. Tava aberto. Ele tava conversando, mas ninguém tava ali dentro. A porta aberta. (Josué)*

U: *“ Um apoio assim em relação a quem tá esperando p'ra pegar ficha lá na rua, no relento, no inverno, o guarda poderia abrir e deixar entrar e ficar esperando aqui dentro...as pessoas mais de idade, nem que ele tranque a porta, qualquer coisa ali. O pessoal fica deitado no chão, né, quando tem que posar ali p'ra pegar ficha.” (Lucia)*

Essa questão estaria resolvida se fosse abolido o sistema de distribuição de fichas no início da manhã, caso essa atividade pudesse ser diluída ao longo do dia. Para isso, no entanto, há necessidade de maior disponibilização de consultas, que não precisariam ser exclusivamente médicas. Nesse sentido, a experiência do acolhimento adotada em Betim, demonstra a possibilidade de melhor aproveitamento dos profissionais, entre eles o enfermeiro, conforme citado por Bueno (1997).

Iria comentou também sobre a dificuldade de estabelecimento de vínculo com os médicos clínicos atualmente, pela troca freqüente de profissional em virtude de contratos temporários:

“Eu me tratei com quase todos os clínicos... Foi que começô essa troca de clínico, né. Que agora o contrato de 1 mês, 2 meses, vai embora. Qué dizê, não dá tempo do Dr. conhecê o paciente, né. Vô dizê assim eu, eu realmente conheço a Dra., uma Dra. maravilhosa que me trato. Eu conheci a Dra. Marlene, a Dra. Elizete, o Dr. Flávio, que ele foi embora daqui.. É, o clínico, não se consegue ficha pro ginecologista, eles querem que a gente teje aqui 5 horas da manhã, 4 horas. Tem gente que pode, eu não tenho condições de vim posá aqui. Tem pessoas que tem carro que pode vim às 3 horas da manhã, eles vem, eles pode. A gente que depende de ônibus não tem condições. Dentista não. Faz 3 anos que eu também não consegui..” (Iria)

A mesma cliente ressaltou ainda a dificuldade de acesso à consulta com cardiologista, exemplificando que seu esposo atravessa a cidade para ser atendido por este especialista no Centro de Saúde do IAPI: *“O que a gente quer é mais médicos aqui e não ter que ficar viajando para outro lugar”*.

Erica também falou a respeito da dificuldade de acesso a consultas com alguns especialistas para os quais seu filho foi encaminhado pelo pediatra.

Lúcia refere-se à mesma dificuldade:

U: *“ Outra coisa negativa que eu sei é...prá marcar o especialista, passa pelo clínico, tem que pegar o encaminhamento e demora...”*

P: *“ Que tipo de especialista tu tentaste?”*

U: *“Ortopedista. Foi preciso ortopedista pro meu guri há mais de um ano e eu não consegui aqui. Tive que passar pro outro posto e o outro posto me conseguiu o especialista. Foi bastante difícil. Mas eu sei que é um problema geral, que em qualquer posto de saúde acontece isto. Espera até um ano, às vezes até mais.” (Lúcia)*

“Eu tenho um problema, preciso de cardiologista. Não tenho. Faz tempo que não consigo. Um clínico atende como voluntário pela associação (Dr. Régis) aos sábados” (Ema)

Josué iniciou criticando bastante o posto, em função do mesmo problema:

“ o atendimento não é bom... eu pedi uma ficha, uma vez prá coluna aqui, que a Dra. Elizete me receitou e eu tava com um problema, não podia nem caminhar...eu esperei 8 meses, vim aqui e a ficha ainda estava ali, eu retirei a ficha, aí fui noutra hospital, onde fui atendido em 15 dias.”

No decorrer da entrevista, porém, percebeu-se que a situação relatada acima foi a única ocorrida com ele que, na verdade, parece ter sido fruto de uma falta de acesso da Unidade de Saúde ao exame especializado que o cliente necessitava para um problema da coluna vertebral. Exemplificou de várias formas estar usando o serviço e estar satisfeito com ele no que diz respeito à pediatria, ginecologia, vacinas. Apontou problemas como falta de clínico, conforme já apresentado anteriormente, reconheceu progressos e fez

uma sugestão quanto à melhoria das condições de espera durante a madrugada:

P: *“Uma sugestão que o senhor teria é o pessoal poder entrar para aguardar?”*

U: *“É, porque se a pessoa já vem aí porque tá doente, tem gente que não pode estar se molhando, e tava aí!”*

Entre as dificuldades de acesso referidas pelos usuários entrevistados, foi citada algumas vezes a necessidade de um atendimento de urgência no local:

D.Emma comenta que não há emergência para saúde mental.

“Além do que muitos se escondem, porque quem usa remédio e tem depressão é louco. Quem convive com a gente sofre no final de semana.”

D.Luiza diz que o Posto é muito demorado.

“Vem gente de toda a parte. Nosso posto tinha que ter emergência.” (Diário de Campo- D.C. 13/3/00)

Essa necessidade foi confirmada durante a observação:

Por algumas vezes, observei que as funcionárias que faziam a recepção, encaminhavam os clientes que chegavam ao Centro de Saúde próximo, dotado de um serviço de Pronto atendimento 24 horas. Observei também que numa manhã por volta de 9h30min, uma ambulância do Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMU) aguardava uma criança de aproximadamente 4 anos para remoção, com um quadro de bronco espasmo importante, não revertido após duas nebulizações e já atendido pelo pediatra da U.S. (D.C. 13/01/00)

Solicitações por serviços de emergência freqüentemente são feitas por lideranças comunitárias nas reuniões em que se discute saúde, porém, serviços desse tipo são estruturas que envolvem grande volume de recursos financeiros para sua instalação e, principalmente manutenção. Sua instalação na cidade tem que ser amplamente discutida e, pelos estudos já existentes na SMS, só se justifica em pontos estratégicos, atualmente desprovidos, o que não é o caso da U.S.Camaquã por sua proximidade com um serviço de pronto atendimento em outro bairro.

Stein (1998) relaciona alguns fatores que levam os indivíduos a preferir consultar em um serviço de emergência, ao invés de buscar uma consulta ambulatorial, entre eles o fato de a emergência estar aberta 24 horas por dia, o que permite aos pacientes consultarem fora de seu horário de trabalho. Afirma esse autor que muitas vezes um serviço de emergência é procurado não por falta de acesso a serviços primários, mas sim por conveniência.

Um dos fatores que deve ser levado em conta no estudo do acesso funcional é o tempo de espera que o usuário leva para obter o atendimento, desde o momento de sua chegada ao serviço. Para demonstrar como ocorreu com os sujeitos pesquisados, apresentamos estas informações através do Quadro nº 5 (página 60). Vale lembrar que o tempo de espera pelo atendimento variou entre 5 min e 1h25 min.

Um importante parâmetro para a medida do acesso funcional é a disponibilidade de medicamentos aos usuários dos serviços. A maioria dos depoimentos atestou a existência desse insumo na unidade estudada.

“ A medicação quase sempre a gente encontra aqui, né ? tudo o que precisa tem ali....se não tem as gurias dizem que tal dia, quando tu passar aqui tu pega..” (Marilda)

“ Difícilmente eu não chego aqui e eu não saio com meu remedinho na mão.” (Dalvina)

P: *“ Ela te receitou... eu vi pela tua receita que ela te receitou várias coisas.Tu conseguiste todos os remédios, não?”*

U: *“ Só não consegui dois porque tão em falta. Que é o soro e a vitamina A e D.”*

P: *“ Ela te receitou também Sulfa...”*

U: *“Antibiótico...”*

P: *“Normalmente tu encontra os remédios aqui?”*

U: *“Um hum, aqui sim.” (Maira)*

P: *“ Remédios? O que que o Sr me diz a respeito...de remédios? Tem tido alguma dificuldade?”*

U: *“ É, a semana passada inclusive, a minha mãe tá fazendo uns exames, eu vim prá pegar 2ª feira e não tinha. Hoje, aquela moreninha que tava ali, minha irmã de criação, veio pegar o remédio e tinha. Na semana passada*

tava em falta, então eu acho que tá melhorando isso aí, né. Teve uma época que não tinha, parece que agora tá melhor. É porque, graças a Deus, a gente não ocupa tanto assim. Mas a gente conversa com o pessoal.” (Josué)

P: “Conseguiu o remédio aqui?”

U: “Aqui, eu consegui.”

P: “E a nebulização a senhora está fazendo todos os dias?”

U: “Tô fazendo. Fiz fim-de-semana lá na emergência, no Postão ...” (Iria)

Eventualmente há falta de alguns itens como relatou Erica:

U: “Ah! Medicamentos não tenho do Posto.”

P: “Quando tu precisou faltou, não tinha?”

U: “É. Agora em dezembro, não tinha nem soro caseiro aqui. Soro caseiro não, o hidratante. Não tinha na farmácia no Posto, né? Mais ou menos é isso e às vezes o remédio tem que comprar.” (Erica)

P: “A senhora pega seus remédios aqui?”

U: “Sim.”

P: “Costuma achar todos?”

U: “Costumo.” (Marta)

P: “Costuma encontrar todos os remédios aqui?”

U: “Às vezes sim.”

P: “E quando não tem, o que a senhora faz?”

U: “Procuro em outros postos.” (Zulmira)

Alguns aspectos podem ser comentados no que diz respeito à qualidade dos serviços oferecidos, que favorecem o acesso ao usuário, tais como a flexibilidade de rotinas e a preocupação com a infra-estrutura, aspectos esses detectados através da observação e também referidos pelos usuários. Uma situação observada deu-se quando o psiquiatra esteve impossibilitado de comparecer por um imprevisto e os clientes previamente agendados que o aguardavam foram automaticamente reagendados, dentro de um espaço de seis dias. Foi uma medida muito bem aceita por todos. Iria referiu que quando precisa atualizar uma receita com o médico, isto lhe é permitido após o término das consultas do dia, sem a necessidade de marcação de nova consulta.

Em outro momento foi possível observar a atuação das auxiliares de enfermagem que não se movimentam a partir de uma

escala rígida. Para exemplificar essa afirmação, observei que há uma responsável fixa pela sala de vacina, mas ela não se limita a atender apenas ali, indo auxiliar onde é mais necessário no momento. Isso também ocorre com todas as demais, que se revezam nos procedimentos. Parece haver uma boa integração entre elas e a divisão de tarefas parece ocorrer de forma harmônica, sem conflitos e sem rigidez.

Thais, em sua fala, também salientou diversos aspectos positivos do serviço, que envolvem a consulta com o pediatra, a vacinação, a flexibilidade de rotinas quanto ao horário de nebulização, no final da tarde e a limpeza do ambiente.

Erica referiu-se com muita satisfação a uma pequena sala que funciona exclusivamente como local para troca de fraldas dos bebês, que a maioria dos postos não tem. Isso demonstra uma sensibilidade da gerência do serviço quanto a uma real necessidade com que as mães se defrontam em muitos locais públicos.

A disponibilidade de múltiplos tipos de atendimento de saúde existentes na unidade facilitam a vida do usuário e favorecem sua opção por aquele serviço. É o que se depreende da fala de Zulmira: *“Eu consulto com a nutricionista, consultava com o clínico, vejo a pressão, quando tem remédio pego aqui...”*

Existem cartazes divulgando a coleta de exame citopatológico para colo de útero, o grupo de diabéticos, o período de férias do ginecologista, a regra de exclusão do agendamento odontológico em caso de ausência a uma consulta agendada, entre outros. (D.C 13/1/00)

Nas observações que realizei no serviço, nos contatos com a gerência da U.S. e com os funcionários verifiquei a preocupação em dotar a unidade de

melhor infra-estrutura funcional, no que diz respeito a pequenas reformas para aproveitamento mais racional da área física. Durante o período da coleta de dados havia uma reforma em andamento na sala de curativos.

A manifestação a seguir demonstra o interesse da profissional pela qualidade de seu trabalho e ao mesmo tempo exemplifica uma forma de democratização da gestão do serviço, a partir da circulação de informações entre a equipe:

Uma das odontólogas reivindica a troca do equipamento de RX dentário, por dificuldade de fixação no local exato da face do cliente e sugere que, no final do ano, quando ocorrer novo período para a solicitação de compra de equipamentos isso seja incluído(D.C. 09/7/00)

Esses aspectos observados, relativos à preocupação da equipe e gerência da unidade de saúde com uma infra-estrutura que garanta eficácia, eficiência e conforto aos usuários, bem como a forma de organização do processo de trabalho com a necessária flexibilidade, sem no entanto, significar desorganização estão de acordo com o que preconiza Merhy (1994), quando levanta a questão da importância de estabelecermos uma nova relação de compromisso entre usuários e trabalhadores de saúde e de procurarmos constituir uma nova forma de gerir o processo institucional.

A organização do sistema de saúde na cidade definiu serviços de referência em diversas áreas, entre as quais na área de saúde mental e a unidade Camaquã é referência nesta área para seu distrito sanitário.

Essa reestruturação determinou uma relocação de diversos profissionais dessa área, tendo sido deslocados alguns de outros locais para a U.S.Camaquã, o que nem sempre ocorreu com plena satisfação por parte dos envolvidos. Se essa medida político-administrativa trouxe alguma insatisfação

aos funcionários relotados, parece ter beneficiado os usuários, que passaram a consultar mais perto de sua casa, a partir da descentralização dos serviços de saúde mental.

U: *“olha, eu fiquei conhecendo este posto aqui foi quando que...eu me trato, me tratava lá na Alberto Bins, não é? Na psiquiatria e aí como lá fechou, onde que eu moro pertencendo a Vila Nova, eu pertença a esse lado, né? Aí eu procurei aqui pra procura remédio, pra especialista de nervos, né? Faço tratamento.”*

P: *“Então, mais ou menos, quanto tempo faz que a senhora está usando aqui o posto? Que a senhora vem consultar aqui?”*

U: *“Aí, faz uns 11 pra 12 meses, porque eu trouxe a minha filha também.”*
(Dalvina)

Foram identificados muitos fatores ligados ao acesso funcional, isto é, ao acesso propriamente dito ao serviço de saúde. Cada um desses fatores representou uma facilidade e/ou uma dificuldade, de acordo com as circunstâncias envolvidas. É importante salientar que esses elementos interagem entre si e com os demais, ou seja, com os relativos ao acesso geográfico e econômico, bem como com os ligados ao acolhimento, favorecendo ou não a resolutividade do serviço.

É importante lembrar, conforme enfatiza Unglert (1995), que para que exista acesso real aos serviços de saúde, há necessidade de participação dos servidores de nível local e da comunidade no processo, já que não se trata de mera questão que possa ser planejada por técnicos em nível central.

5.2 Acolhimento

O acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Essa postura, conforme

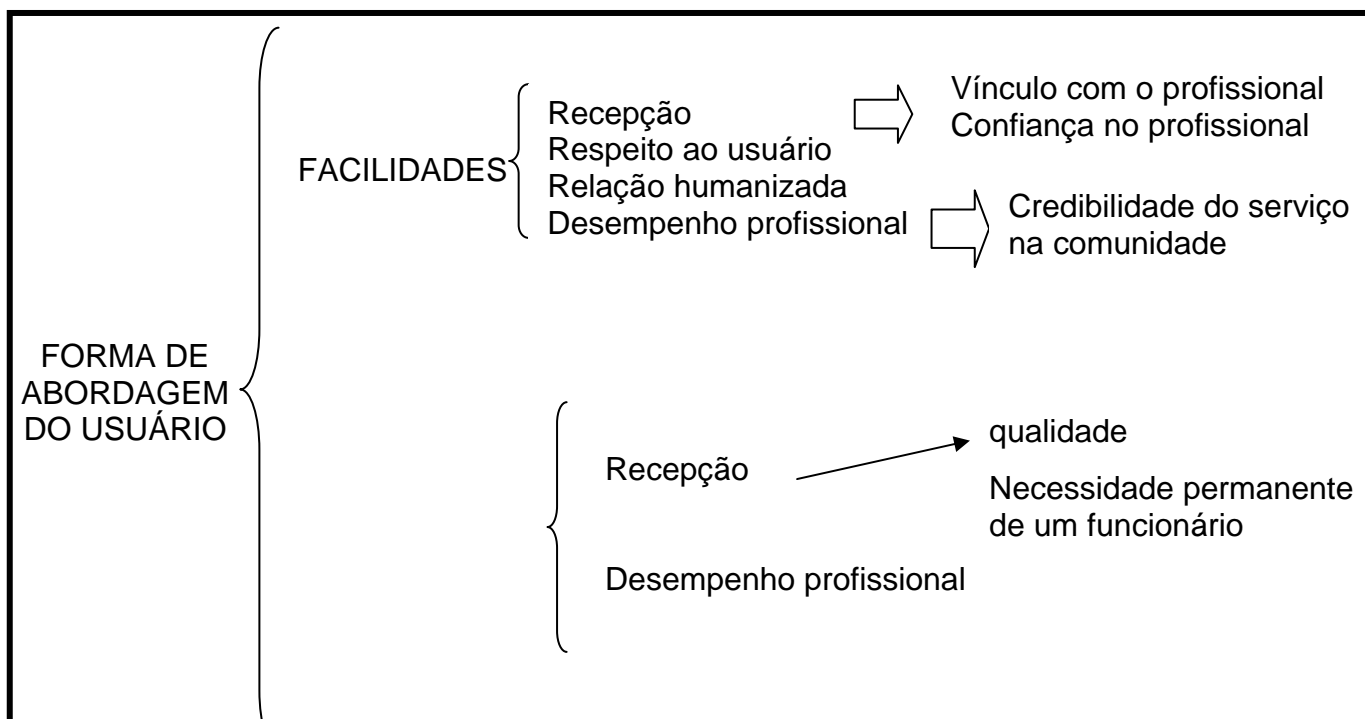
percebida pelos entrevistados, permitiu a constatação de fatores que facilitam esse atendimento e evidenciou situações que geram dificuldades nas relações.

O encontro entre trabalhador de saúde e usuário traz à tona as necessidades de ambos, as quais estão mediadas pelas diversas formas de organização dos serviços de saúde (Matumoto, 1998).

Os fatores identificados como aqueles que denotam a qualidade do atendimento foram: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional.

Apesar de ter havido um predomínio dos fatores facilitadores identificados pelos usuários (quadro 8), também foram citadas algumas situações pontuais de má recepção, falta de interesse pelo cliente e, até mesmo, certa rispidez no tratamento. Foram referidas, no entanto, e observadas preponderantemente situações que demonstram bom acolhimento.

QUADRO 8 – ACOLHIMENTO



DIFICULDADES



Conforme já discutido quando se tratou do acesso geográfico, a distância física entre o serviço de saúde e o local de moradia do usuário, muitas vezes não se constitui impedimento para que este se desloque e até use regularmente uma unidade, desde que outros fatores se sobressaiam. Entre eles, a forma como o usuário é recebido pela equipe de saúde, e a confiança advinda do tipo de atendimento oferecido, isto é, a competência técnica dos profissionais gerando qualidade da atenção e, portanto, resolutividade, são decisivos. Para ilustrar essas afirmações, selecionamos algumas falas dos usuários entrevistados:

U: “*Mais perto, né, e mesmo morando longe a distância pra mim não é o problema né, eu do um jeito porque aqui tem médicos muito bom, né... então agora que no caso eu tô com a minha filha pequena eu voltei a freqüentar de novo o posto, por causa que a pediatra que atende ela é a Dra. Rosângela ...a mesma que atendia meu menino quando tinha 15 dias e atendeu até bastante tempo né...*”

P: “*Tem um posto lá perto de casa. Tu não chegou a consultar lá?*”

U: “*Já, já consultei. Mas é que...*”

P: “*Aqui tu gosta mais!*”

U: “*Não sei, eu vou lhe dizer uma coisa...aqui eu tenho mais confiança nos médicos daqui, sabe?_Não é que desdenhe o posto lá perto da minha casa, não mesmo, porque tem funcionários competentes, excelentes também, né? Mas eu prefiro a médica daqui, né. Por que eu tô acostumada, tanto uma como outra, qualquer uma delas que eu tiro ficha, posso tira a ficha bem tranqüila que eu sei que a minha filha vai ser bem atendida. Eles atendem super bem. Todas as vacinas da minha filha eu fiz tudo aqui, né. Eu tô acostumada a vir aqui, as gurias já me conhecem, me tratam super bem.” (Marilda)*

U: “*A vacina aqui é ótima.*”

P: “*Tu sempre faz aqui?*”

U: “*Sempre faço aqui.*”

P: *"Tu nunca tiveste nenhum problema?"*

U: *" Não, não."*

P: *" Gostaste do atendimento?"*

U: *" Gostei, aqui é bom."* (Erica)

"É, da pediatria em geral eu gosto de todas as doutoras." (Rosemari)

U: *" Já consultei com a Dra. Rosângela (excelente), com a Dra. Marilúcia e com a Dra. Ilda"*

P: *" Gostaste de todas elas?"*

U: *"Todas elas maravilhosas."* (Rosemari)

Algumas clientes, mesmo consultando com um dos pediatras da unidade em estudo, preferem continuar vacinando seu filho em outro serviço, mais distante de sua casa, porque lá já tiveram boas experiências que lhes permitiram adquirir confiança na equipe de enfermagem, responsável pela vacinação.

P: *" Todas as vacinas tu faz lá (examino os carimbos contidos na carteira de vacinação), e também o Teste do Pézinho tu fizeste lá, né?"*

U: *" É que lá, eu sou atendida lá. "*

P: *"Mas fica mais perto p'ra ti aqui?"*

U: *" Fica mais perto p'ra mim aqui."*

P: *" Tu já tava acostumada a ir lá antes? "*

Usuária: *" Já ."*

P: *" É? Tu gosta mais de fazer a vacina lá?"*

U: *" É . Aqui eu nunca fiz."*

P: *" Não chegaste a fazer nenhuma vez aqui?"*

U: *" É que lá tem umas mulher, que eu confio, né? ... e aqui eu tenho medo de ..."*

P: *"Mas tu não tiveste nenhuma experiência negativa?"*

U: *"Não."* (Maira)

Merhy (1994) nos diz que o usuário espera, em sua relação com o trabalhador de saúde, um certo grau de acolhimento, capaz de produzir benefícios que alterem seu quadro de problemas de saúde, gerando ações efetivas.

Márcia refere-se à opção que fez pela U.S. Camaquã, após o óbito de sua primeira filha:

"É, eu ia lá na emergência quando ela tava mal, eles me diziam que era ataque de bronquite, bronquite, nunca me falaram do coração da guria, né? Então eu nunca confiei, depois disso eu não confiei mais lá naquele posto. Então eu prefiro pegar uma pessoa que a gente já tem uma referência boa, né?"

No que diz respeito à forma de abordagem do médico, algo bastante valorizado e referido nas entrevistas, um dos critérios utilizados pelos usuários é o exame físico que ele realiza, o qual entre outras coisas, pode determinar a escolha do profissional e do serviço.

U: *“É ... ou até mais cedo... a Dra. pode tá atendendo... porque ela revista tudo, né?”*

P: *“Ela demorou contigo?”*

U: *“Ela demora com todo mundo. Ela faz geral.”*

P: *“ É? Tu observaste assim que ela faz um exame bem minucioso, detalhado?”*

U: *“É, detalhado.” (Maira)*

“Eu achei muito boa, bem interessada, pergunta, quer saber, vai atrás do que a criança realmente tem, né...”

Ele está com alergia, ela foi ver o ouvido foi ver a garganta.” (Erica)

Oliveira (1998) contribui para relativizar essa afirmação, já que em seu estudo identificou diversos critérios referidos pelos pacientes para definir um bom médico, entre os quais a ênfase é dada às qualidades de relacionamento médico-paciente. O mesmo autor, no entanto, conclui que não há um modelo único de “bom médico”.

O atendimento prestado pela nutricionista foi referido mais de uma vez como sendo excelente: *“ Adoro... Ela tem paciência de escutar o que a pessoa diz, não é como os outros”. (Iria)*

U: *“E o atendimento foi bom. E com a nutricionista também, apesar da espera, eu fui super bem atendida. Até a nutricionista aqui no bairro, ela, olha, ela é super bem conceituada, várias pessoas já me falaram, me falaram sobre ela, que o trabalho dela é muito bem visto.*

P: *“ Vizinhos seus?”*

U: *“ E’, a gente mora aqui na comunidade. Vai ao colégio. Sabe? Então todo o mundo conhece.” (Rosemari)*

Campos (1994b) enfatiza a urgência da valorização da fala e da escuta entre usuário e profissional para que se diminua a dependência do homem

moderno da instituição médica, no processo de resgate da clínica e da saúde pública.

A relação usuário-profissional de saúde que se estabelece e, em especial, as perguntas que o usuário se sente encorajado a fazer, as respostas que obtém, ou os esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas, conferem-lhe a segurança necessária para enfrentar eventuais dúvidas e dificuldades e aumentam a relação de confiança já existente.

U: “Fui muito bem atendida no setor de vacinas. Gostei. Eu achei o atendimento ótimo...eu fiz perguntas...eu fui respondida..”

P: “Tu fizeste perguntas sobre alguns efeitos? Sobre alguma reação? “

U: “Sobre os efeitos. Alguma reação. Qual é a reação do nenê após a vacina ? Se ia ter febre? Foi-me dito que sim, que o nenê ia ter febre, que eu não me assustasse, que isso aí é normal e que qualquer coisa que eu visse que não estava bem que eu procurasse o pediatra dele. Tive essa orientação ali na sala de vacina.” (Jacira)

P: “Me diz uma coisa: me conta um pouquinho sobre este atendimento do dia de hoje. O que tu achou?”

U: “ É bom, foi muito bom! Eu gosto da Dra. né? Ela explica bastante as coisas p´ra gente direitinho. Me receitou um remédio, apesar dela não tá doente, mas p´ra... me explicou que ela tinha que ta com o narizinho sempre abertinho, né? Não deixar trancar porque ela mama bastante...ela tá com um bom desenvolvimento.” (Márcia)

P: “Tu costuma perguntar p´ra Dra. sempre durante a consulta? Tirar alguma dúvida?”

U: “E’, dos remédios, quanto tempo? Se faz mal, se tem algum perigo? Se dá mais cedo, mais tarde? Ela me explica tudo direitinho como deve ser.” (Maira)

Merhy (1994) salienta que o usuário tem interesse de se tornar cada vez mais autônomo, isto é, adquirir conhecimentos que lhe permitam cada vez mais resolver seus problemas de saúde. Esse interesse, no entanto, não é incompatível com o vínculo que vai se consolidando entre o usuário e sua família com os profissionais e serviços de saúde. Foram identificados vários clientes que freqüentam a unidade por muitos anos (ver Quadro 5 na página 60), o que permite fazer uma reflexão sobre a importância do acolhimento ali encontrado.

P: “ Vem de outro bairro. Há quanto tempo a sra. utiliza aqui o posto?”

U: “ Com essa dentista, desde 88.”

P: “Puxa!”

U: “ Eu sempre venho e faço revisão com ela, né?”

P: “ Um hum.”

U: “ O atendimento para mim é ótimo!”

P: “ Então já está fazendo aí, mais de 10 anos, não é? 12 anos quase.”
(Circe)

P: “Estão acostumados a freqüentar há muito tempo o posto?”

U: “Muito tempo, meu menor tem 14, o mais velho tem 19.”

P: “Desde pequeninhos eles vêm ?

U: “Desde pequeninhos e eu também. Éaquele amor de família. Até uns anos atrás a minha mãe de 91 anos vinha. Vinha ao médico como se ele fosse da família, aquela confiança, sabe assim uma coisa excelente.”(Isaura)

Na família de Sr. Josué, a esposa consulta há muitos anos com o ginecologista, ele com a clínica, que agora não está mais no serviço, e os filhos preferencialmente com uma das pediatras. Embora, conforme ressalta Merhy (1994), haja usuários que preferem não estabelecer vínculo com os trabalhadores de saúde, recorrendo quando necessário a serviços de urgência, essa família nos demonstra o contrário, assim como diversos outros sujeitos desta investigação.

A boa recepção e a relação humanizada existente no serviço investigado, não se restringe aos profissionais de saúde, estendendo-se a outros membros da equipe, como podemos perceber através da fala de Marilda:

*“...tanto é que o guarda mais antigo daqui é da época que eu tava grávida ainda... do meu filho. Ele me disse: ‘tu te lembra ?’ (eu tinha me esquecido deste detalhe) ‘tu lembra uma vez que tu ia saindo daqui por este corredor, que tu caiu de barriga?’
Tu saiu chorando’ Eu nem me lembrava – Ele disse : ‘Tu tá ficando velha’.”*

Chama a atenção nesta U.S. o trabalho dos guardas que constantemente estão informando os clientes e chamam de três em três aproximadamente, conforme a seqüência numérica de fichas para cada

médico, ordenando tranqüilamente a clientela enquanto aguarda o atendimento: *Observo um guarda mais antigo ensinando um mais novo a substituí-lo nesta tarefa enquanto vai tomar um cafezinho. São 9h30min (D.C. 17/4/00)*

No entanto, esta mesma cliente já deve ter enfrentado situações de má recepção no serviço em estudo, pois refere-se a isso, embora de forma suave:

“ Claro tem algumas que a gente vê que tá com o “pé meio destapado” mas isso é normal né, eu não, não, isso aí não é motivo para gente tá se estressando com elas. Cada um sabe do “seu sapato onde aperta” e eu acho que é só isso aí.” (Marilda)

Outras clientes, porém, foram mais incisivas quando se referiram ao assunto:

U: *“ Ontem eu vim aqui com outro Dr. né? Ai, o nenê tava com febre e eu pedi pruma moça que ...p´ra medir a temperatura dele e ela pediu p´ra mim sentar no banco e não me chamou. Deu tempo de o médico me atender .”*

P: *“ Ela esqueceu de ti aí?”*

U: *“Esqueceu.” (Maira)*

“ Sempre fui muito bem atendida pela parte da manhã, sempre digo aqui p´ra doutora que trata da minha pressão, que a equipe da manhã é maravilhosa. Mas não todos, os últimos... Do ano passado até agora eu não tô satisfeita com a parte da tarde, principalmente da dra” (Iria)

“ Eu acho que o atendimento ruim aqui é ali na recepção... É de má vontade mesmo. Ali na recepção é bem má vontade.... A recepção geralmente do Posto aqui eu acho péssima. Às vezes tu sente porque tu sabe quando a pessoa está fazendo um serviço, e tu acha que vai esperar mas sabe, quando a pessoa sabe e não te atende, que tu está ali há horas, para dar a carteirinha. Mas o resto do posto é muito bom.” (Erica)

U: *“ Me chamou a atenção uma coisa ruim...Tem uma funcionária ... ela é super grosseira... A última vez até era ela que tava ali marcando consulta..”.*

P: *“Ali no balcão de recepção?”*

U: *“E”, ali. Muito mal. Mas era gritante, assim como eu lhe disse, né? Eu tô sempre aqui na comunidade e de pessoas comentarem: Bah, meu Deus, aquela funcionária é terrível. Eu acho que de repente até talvez ela tenha mudado, com o horário que tem menos gente. Isso aí é uma coisa que tem que falar na Secretaria de Saúde.” (Rosemari)*

Dos 17 entrevistados, 2 referiram situações de má recepção, por parte de uma funcionária e de uma médica. No caso de Iria houve um mal entendido gerado pela forma ríspida de falar da médica com ela, porque a cliente

confundi-se na ordem de sua consulta. Isto provocou uma ida a outra unidade de saúde e uma repetição desnecessária da consulta previamente realizada. Este é um exemplo de um atendimento resolutivo, se considerarmos o aspecto estritamente técnico, não acompanhado de um bom acolhimento, já que o segundo médico consultado manteve a mesma conduta da primeira consulta.

As experiências descritas por Leite, Maia e Sena (1999) e Franco, Bueno e Merhy (1999), buscaram reorganizar os serviços, na tentativa de garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, isto é, inverter a lógica do atendimento de quem chega primeiro para quem precisa mais. Nesse sentido todos têm que ser ouvidos, e, na medida do possível, ter seus problemas de saúde atendidos.

Campos (1994b) afirma que o acolhimento deve ser capaz de desencadear a criação de formas alternativas para a resolução dos problemas.

Leite, Maia e Sena (1999), em estudo realizado em Belo Horizonte, relacionam facilidades e dificuldades para a construção do acolhimento, identificadas pelos trabalhadores em saúde, ligadas ao processo de trabalho e aos profissionais. Entre as dificuldades foram identificadas: a falta de articulação da equipe, não compreensão do processo de trabalho, a falta de protocolos clínicos, o acúmulo de trabalho para o enfermeiro, a carência de recursos humanos, o excesso de demanda e a inadequação da área física. Também foi levantada a falta de interesse dos profissionais. Entre as facilidades para a construção do acolhimento foram apontadas: a disponibilidade, a integração, o bom relacionamento entre os profissionais e a aceitação da nova sistemática pelos usuários.

Usuárias como Dalvina e Lúcia deixam de ir à unidade de saúde que fica quase ao lado de sua casa para ir à U.S.Camaquã, exatamente porque foram mal acolhidas no serviço que deveria ser a sua referência. Merhy (1994) nos alerta para a frieza, aparentemente científica, que caracteriza muitos profissionais de saúde, os quais valorizam os procedimentos em si na abordagem dos usuários.

Houve um predomínio, entre as manifestações dos sujeitos entrevistados, quanto à vivência de situações de bom acolhimento na U.S.Camaquã, materializadas por boa recepção e respeito ao usuário por parte da equipe.

“ A medicação quase sempre a gente encontra aqui, né ? tudo o que precisa tem ali....se não tem as gurias dizem que tal dia, quando tu passar aqui tu pega ou então...sabe são muito atenciosas ...é o que sempre me prendeu neste posto aqui né, é o paciente ser bem tratado, porque eu já frequentei outros postos ...eu acho assim que aquelas moça do guichê elas são super mal educadas, né não só comigo pelo fato de eu ser nova ...com pessoas de idade elas são super estúpidas, né? Então eu acho assim que no momento que tu estudou, tu fez faculdade, que tu tá ali dentro prá atender, prá lidar com o público, o mínimo que tu tem que ter é um pouco de ...ser generosa com as pessoas e um pouco de educação que isso faz muito bem né? E isso aí tem alguns posto que já não é assim, né? E este aqui eu não tenho queixa das ...né de nenhuma delas, por isto que eu atravesso a cidade prá ser bem atendida ...não só prá mim, como prá minha filha também...” (Marilda)

“Ah, eu acho muito do bom, muito bem atendido aqui, eu e minha filha, ela diz: Mãe que maravilha isto aqui, não parece que a gente mora perto do posto lá que não faz ...(propositadamente interrompe-se) aqui eu não tenho queixa de nenhuma enfermeira, acho tudo legal, os guarda, desde guichê, da marcação de consulta, desde farmácia a gente tem um atendimento especial...” (Dalvina)

“Funcionários tratam a gente bem, como pessoa ...Muita gente trata os outros como bicho (ri) eu já vi, eu já passei por isto. São bem educados (sorri). Muito bom.” (Maira)

“A Dra. Ilda ? Mas é uma dra. maravilhosa, hum, hum. Todos os pediatra que tão aqui são maravilhosos.” (Iria)

U: *“ ... eu vim para agendar, eu nem sabia que agenda às 4as. feiras né, eu vim agendar ginecologista para a minha guria que tem 18 anos...mas é que graças a Deus, falando com a Beatriz, enfermeira; acho que é enfermeira.”*
 P: *“ É funcionária administrativa.”*

U: “ É administrativo ali... Muito querida, adoro ela porque muitas vezes ela quebrou o meu galho...
Daí ela falou, Sueli: eu vou ver se tem alguma desistência, se tiver, eu te encaixo. Fui a última a ser atendida. Todos os enfermeiros, não tenho queixas. Todos os enfermeiros não tenho nenhuma queixa deles aqui, o posto é maravilhoso! Não, prá mim está tudo bem, está tudo legal. Sempre que precisei para a família fui bem atendida, graças a Deus” (Sueli)

Uma das formas de manifestação de respeito ao usuário, que foi citada por Dalvina e Maira, é a pontualidade habitual dos médicos. Esse fator contribuiu para que Dalvina não apenas se conformasse com a ausência do psiquiatra, que ocorreu quando fazíamos uma observação, mas também saísse em sua defesa junto à outra cliente muito revoltada por ter esperado em vão pelo profissional. A situação observada motivou meu interesse por entrevistá-la, já que demonstrava a existência de um bom vínculo entre a cliente e o médico. Oliveira (1998) relata que encontrou na urna de reclamações sobre o serviço básico investigado, referência ao atraso dos médicos para as consultas marcadas, o que demonstra a importância dada a este aspecto.

A rapidez no atendimento do balcão de recepção, de manhã cedo, após a abertura do posto, também foi citada por Josué para exemplificar o bom atendimento .

Entre as falas dos usuários, no que diz respeito à questão do acolhimento, destaca-se a fala de Thais, uma menina de 15 anos, que foi à consulta com o ginecologista com a suspeita de uma gravidez indesejada, pelas circunstâncias psicológicas, sociais e familiares que ela está vivenciando no momento. A suspeita confirmou-se e ela relatou que uma funcionária conversou com ela antes da consulta médica, ajudando-a muito a sentir-se melhor diante da perspectiva da mudança de vida. Essa pessoa verificou-lhe os sinais vitais, pesou-a e fez os registros prévios à consulta. Foi a mesma

funcionária que a atendeu no balcão, marcando-lhe a consulta e conversando de forma cordial. Essa atitude permitiu que Thais diminuísse sua ansiedade em relação à consulta e se sentisse mais segura. Isso também ocorreu, segundo ela, porque conversou com outras clientes que se achavam na sala de espera:

“ ... eu falei com uma das senhoras ali fora, todas elas tiveram pontos positivos sobre o Dr., e eu já me acalmei.”

A opinião de outros usuários, dos familiares e vizinhos sobre os serviços prestados pela unidade de saúde e sobre o desempenho profissional dos membros da equipe que nela atuam, é fundamental e rapidamente se difunde, influenciando decisivamente sobre quem se aproxima pela primeira vez do serviço. Essa constatação corresponde ao resultado encontrado por Santos (1995) em estudo de avaliação da qualidade dos serviços públicos, sob a ótica do usuário.

Isso ficou claro em vários depoimentos, entre os quais o de Marta:

P: *“ A senhora acha que agora sabe mais sobre a doença do que antes?”*
 U: *“Eu praticamente não sabia nada da doença. Agora eu não tenho mais medo. Antes eu pensava muito sobre isto. Perdi noites de sono pensando. Agora eu acho natural porque vejo que tanta gente tem a mesma coisa.”*
 P: *“Como chegou aqui? No grupo?”*
 U: *“Falavam muito bem. - Conversando com as vizinhas.”*

Lúcia confirma esta afirmação dizendo que:

P: *“Teu guri já está em acompanhamento há tempos?”*
 U: *“Desde os 7 anos.”*
 P: *“ E´, que idade ele está agora?”*
 U: *“12 anos de idade.”*
 P: *“12. Opa! Sempre aqui com a mesma Dra.?”*
 U: *“ Sempre aqui com a mesma Dra.”*
 P: *“ Que bom, e tu lembra aqui quando tu começaste como é que foi? Quem é que te encaminhou? Foi por tua iniciativa, ou como é que foi?”*
 U: *“E´, a minha sogra mora no Camaquã, então tem esta informação, né. E através dela eu soube da odonto-pediatra, do atendimento aqui.”*

Ema, integrante do grupo de mulheres, relatou que:

“ Quando cheguei, alguém no guichê informou que haveria psicóloga”.

Ao tomar informações sobre a psicóloga, com uma cliente, soube que ela era ótima. (DC, 13/03/2000)

Embora haja situações em que os primeiros contatos do usuário com o profissional não se dêem de forma empática, é interessante observar como a continuidade do acompanhamento pode desfazer a primeira impressão:

“ No começo do tratamento eu achava a Dra. odonto pediatra um pouco severa, talvez seja a maneira dela de ser, um pouco agressiva. Mas hoje eu já acostumei, também cada pessoa tem a sua maneira de ser, né? Não deixa de ser uma boa profissional. Eu acho bom o tratamento. Ele se trata aqui desde os 7 anos e vai continuar se tratando.” (Lucia)

A mesma cliente, Lúcia, levanta como ponto positivo a organização do serviço e a educação dos funcionários

“..Não digo em todas as áreas, mas pelo menos, na odonto pediatria é bem organizado, as pessoas são bem educadas, os funcionários são educados. Isto é um ponto positivo porque em outros postos tu não encontra isto. Geralmente as pessoas quanto mais humildes chegam prá receber o atendimento são mal tratadas. Então aqui não existe isto.”

Para esclarecer a importância que atribui a um bom acolhimento, por parte da equipe de recepção, faz uma comparação com uma empresa privada:

“É porque quem é que te recebe na empresa. Se a recepcionista recebe mal, o cliente não vai fugir? A mesma coisa no posto: o paciente que é recebido mal não volta mais.”

Lúcia apresenta de forma muito clara aquilo que habitualmente ocorre quando nos dirigimos a um estabelecimento comercial, isto é, se formos mal tratados ou recebidos com desatenção, certamente não retornaremos e nossa opção recairá sobre outro estabelecimento do mesmo gênero. Porém, em se tratando de serviços de saúde, isso nem sempre é possível, pelas dificuldades inerentes ao usuário, conforme já discutido quando se tratou da questão do acesso. Portanto, algumas vezes o indivíduo se obriga a retornar a serviços de saúde nos quais identifica um mau atendimento, por falta real de opção, especialmente em virtude de suas limitações de ordem econômica. `A medida

que os serviços da rede básica se qualificam e aumentam numericamente, ampliam-se para o usuário as possibilidades reais de acesso.

A fala de Circe resume o pensamento da maioria dos entrevistados a respeito da qualidade do atendimento prestado na U.S.Camaquã: *“Eu acho que o atendimento aqui neste posto é de primeira. Muito bom”*. Esse aspecto foi corroborado por Rafaela, quando se manifestou sobre o atendimento recebido no dia da entrevista *“Foi muito bom. Eles tratam muito bem as pessoas. O melhor que eu acho daqui é o bom atendimento.”*

No grupo de mulheres, questioneei sobre o significado da participação no grupo e obtive depoimentos muito interessantes, como o que segue: *“Considero-me privilegiada por estar aprendendo neste grupo. Este grupo foi uma bênção.”*
(Luiza)

Esses depoimentos falam por si e dizem do significado e da importância que essas mulheres atribuem a um grupo como esse, oferecido na unidade de saúde. Quando fiz uma das observações no grupo de mulheres, chegou uma nova participante, Leci, que foi muito bem recebida, como podemos perceber pela seguinte manifestação de Neiva: *“Este grupo vai te ajudar muito. Até onde tu pode ir, até onde tu vai agüentar. Eu estou há dois anos. Me ajudou muito.”*

Numa das observações que realizava na sala de espera, fiquei impressionada com a alegria com que os clientes chegavam para participar do grupo de diabéticos.

No dia da reunião do grupo de diabéticos que observei, percebi uma forma sutil de acolhimento praticada pelo médico coordenador (Dr.Fernando), que denominei de respeito ao usuário, identificada no momento em que ele responde à pergunta de um participante sobre a eficácia dos chás caseiros: “O chá de Jambolão funciona, tem que saber fazer. Não pode ser muito forte.” e vai além disto, tranqüilamente cede espaço de seu tempo como educador no grupo para que um senhor que comparecia pela primeira vez (Sr. Alceu) pudesse comentar um método natural que o curou(apresentou uma erva de chá). Dr. Fernando salientou que não tomassem a erva errada,

*cujo exemplar foi trazido pelo sr. Alceu para demonstração. Dr.Fernando esclareceu também os benefícios de frutas e verduras associadas a outras formas de tratamento.
(D.C.16/03/00)*

Considerarei extremamente expressiva a atitude do Dr. Fernando que mesmo estando aposentado e, portanto, colaborando voluntariamente na realização sistemática do grupo de diabéticos, preocupou-se em continuar atendendo os clientes do grupo que necessitassem de maior controle, em vista da ausência momentânea de um clínico na U.S.

Verifiquei o interesse demonstrado pelo grupo, em função da ampla presença de pessoas (clientes ou não), certamente em função da forma de condução da atividade. A irmã de uma cliente, mesmo não sendo moradora da cidade compareceu à reunião, assim como Alceu, que descobriu o grupo e pediu uma oportunidade para dividir com outros de forma solidária sua experiência.

Constatou-se a simplicidade e ao mesmo tempo a profundidade dos conceitos trazidos pelo médico coordenador do grupo, que abordou questões importantíssimas em linguagem absolutamente acessível a qualquer participante. Isso não é algo comum entre os profissionais médicos, que aliás dificilmente interessam-se em tomar parte neste tipo de atividade e têm reais dificuldades de fazê-lo por falta de preparo específico. A iniciativa, a coordenação e realização de grupos costuma ser de outros profissionais como psicólogo, enfermeiro, assistente social, nutricionista, mas dificilmente do médico, exceção feita ao médico geral comunitário. Especialmente se considerarmos que se trata de

um especialista, no caso endocrinologista. Não podemos deixar de considerar que Dr. Fernando foi por muitos anos o clínico da Unidade. E o mais interessante é que mesmo aposentado continua desenvolvendo essa atividade e tem grande carisma entre a equipe e a clientela. Entende-se perfeitamente que isso se deve a sua dedicação e faz parte não apenas de seu perfil profissional mas também pessoal, conforme já me havia sido relatado pela coordenadora da unidade. Isto foi claramente manifesto quando expressou sua preocupação com os clientes descompensados, tendo afirmado: “*Vou ter que fazer um esquema para atender vocês...*”. Essas palavras e sua atitude traduzem bem as noções de vínculo e responsabilização comentada por autores como Merhy (1997).

Seu interesse foi demonstrado também na preocupação em fornecer folhetos educativos peculiares às necessidades dos clientes. Com criatividade respeitou a individualidade dos participantes, sem a preocupação com padronizações, mesmo tendo um grupo inesperadamente grande do ponto de vista numérico. Soube improvisar diante da impossibilidade de uso do quadro branco e explorou bem os livros trazidos. Permitiu a participação dos clientes, através de um clima de informalidade, que traduziu-se na espontaneidade das perguntas e colocações. Enfim, demonstrou respeito aos usuários e preocupação com as questões sociais quando comentou os custos do tratamento. A observação desse trabalho mais ainda reforçou a importância e o alcance dos

grupos educativos como atividades fundamentais em saúde pública, onde se pretenda consolidar um modelo de atenção que não seja apenas baseado na consulta médica. A postura do coordenador do grupo demonstrou ser de responsabilização pela qualidade da assistência, o que denota um profissional de saúde altamente engajado do ponto de vista ético, moral e social, preocupado com o direito dos usuários de serem mais autônomos e saudáveis. Campos (1994b) nos diz que o trabalho em um centro de saúde pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, para sentir-se útil e transcender o papel tradicional do trabalho e a alienação social.

Ao final da atividade no grupo de diabéticos, Dr. Fernando retira-se para um consultório para atender individualmente os clientes descompensados, identificados pelo teste de glicemia realizado antes da reunião. Solicita a minha ajuda no recolhimento dos cartões individuais de controle junto aos clientes. Recolho os cartões, examinando e comentando os resultados com cada um. Mostro ao enfermeiro Marcelo uma sra. cuja glicose estava em 400, que me afirmou estar fazendo tudo o que lhe é recomendado: a dieta, insulina, exercícios. Tem consulta marcada na Medicina Interna da Santa Casa daqui a um mês. Ele fica conversando com ela que logo após dirige-se à farmácia para pedir insulina. Logo após, observo que ela fica aguardando com mais 5 pacientes para falar com o Dr. que continua atendendo a paciente que sentia-se mal e não havia participado da reunião. Reforço junto àquela cliente mais descompensada a importância de aguardar para falar com o médico e faço-a refletir dizendo-lhe que algo não está bem; a alimentação, a dose de insulina ou talvez o exercício físico. Digo que ela não pode aguardar um mês para consultar, pois a glicose está muito alta (D.C.20/01/00).

Na semana seguinte, o atendimento aos clientes do grupo deu-se de forma individual, contando com a participação do enfermeiro da U.S. em conjunto com o Dr. Fernando, através do exame dos pés e de orientações específicas a respeito. Isso demonstra que a criatividade pode colocar em ação múltiplas formas de atendimento das demandas de uma comunidade, não necessariamente centradas apenas na consulta médica. Segundo Merhy

(1994), a superação do modelo assistencial liberal-privatista passa pelo tratamento aos usuários como sujeitos portadores e criadores de direitos. Essa modalidade de atendimento em conjunto pelo médico e pelo enfermeiro, exemplifica a afirmação de Merhy (1997) de que as ações do trabalhador em saúde podem elevar-se acima da rotineiridade, buscando alternativas no desempenho profissional que incluam a preocupação com o acolhimento das necessidades do usuário.

Franco, Bueno e Merhy (1999) afirmam que o acolhimento pretende uma inversão da lógica de funcionamento do serviço de saúde, buscando atender a todas as pessoas que o procuram, através da escuta, resolubilidade e atendimento humanizado. Isso só pode dar-se através de uma alteração na forma de relação trabalhador-usuário, no sentido do exercício da solidariedade e cidadania e do deslocamento do eixo da posição central do médico para a valorização de uma equipe multiprofissional.

Foi possível perceber que aspectos ligados ao serviço e ao usuário facilitam ou dificultam o acesso ao mesmo, entre os quais, os que poderiam ser classificados como geográficos, econômicos e organizacionais. Do mesmo modo, o acolhimento existente na unidade de saúde tem papel primordial para que a escolha do cliente recaia sobre ele, superando eventuais dificuldades e determinando de forma concreta um vínculo duradouro entre usuário e serviço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso e o acolhimento são elementos essenciais a serem considerados em estudos que buscam avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Em especial, a opinião dos usuários precisa ser, cada vez mais, levada em conta por políticos, administradores e técnicos da área de saúde, tanto no planejamento quanto na alocação de recursos humanos, materiais e financeiros.

O foco desta investigação consistiu na perspectiva dos usuários de um serviço da rede básica de saúde sobre o cotidiano do atendimento recebido, tomando por base o acesso e o acolhimento, tendo por pano de fundo as mudanças organizacionais imprimidas, em virtude do processo de municipalização, que trouxe consigo a mudança do gestor dos serviços na cidade.

O desafio de mudança nas características do modelo assistencial predominante, centrado na queixa-conduta e na figura do médico, ainda se faz presente, e passa pela necessidade de significativas transformações, no que diz respeito às possibilidades de acesso a um atendimento de qualidade e de uma real acolhida às necessidades de saúde do cidadão. Medidas nessa direção influem decisivamente sobre a procura pelo tipo de serviço, contribuindo para a reorganização do sistema como um todo, de modo a torná-lo menos centrado no hospital e na supervalorização das especialidades médicas.

Este estudo identificou elementos da estrutura do sistema de saúde, do processo de trabalho e do próprio usuário, que facilitam e dificultam o acesso e o acolhimento desse ao atendimento. Houve um predomínio de elementos relacionados ao tema do acesso em relação ao do acolhimento. A partir disso, se pode sugerir a necessidade de um aprofundamento, em estudos futuros, no que diz respeito à questão do acolhimento.

Os usuários apontaram facilidades e dificuldades de acesso, considerando-se os aspectos geográficos, econômicos e organizacionais. No primeiro grupo destacaram-se a forma e tempo de deslocamento, bem como a

distância entre moradia do usuário e serviço de saúde. Verificou-se que os aspectos econômicos e organizacionais pesam bastante na escolha do serviço pelo usuário, porém o acolhimento é fator preponderante sobre os demais, determinando a escolha. O vínculo que se estabelece em função desse conjunto de elementos facilitadores dá origem ao tempo de uso do serviço, o qual mostrou-se bastante significativo, no caso do grupo de sujeitos estudados.

As dificuldades identificadas, no que diz respeito ao acesso, foram predominantemente quanto à obtenção de consultas odontológicas, de clínica médica e ginecologia. Também foram referidas dificuldades de acesso a certos tipos de consultas com especialistas, tais como: cardiologista, ortopedista, neurologista e a exames especializados.

Quanto ao acolhimento, identificou-se que a forma de organização do serviço e a competência profissional da equipe foram fatores de grande importância, geradores de facilidades e satisfação por parte dos usuários, embora tenham sido referidas dificuldades pontuais com alguns elementos da equipe.

Ainda, durante o período de realização do estudo, e independentemente deste, foram tomadas medidas gerenciais no sentido de melhorar o acesso à consulta de clínica e de ginecologia, através da designação de um profissional médico de cada uma dessas áreas pela Secretaria Municipal de Saúde, o que certamente amenizou as dificuldades apontadas pelos usuários. Seria necessário ampliar um pouco mais esse quadro funcional com, pelo menos, mais um médico clínico, um ginecologista-obstetra e um odontólogo.

A gerência do serviço estudava uma proposta de criação de um pronto-atendimento em odontologia para propiciar uma facilitação do acesso a esse atendimento, sem no entanto, deixar de oferecer a possibilidade de tratamento completado à maioria dos clientes, ou seja, seria disponibilizado um atendimento híbrido, exatamente conforme o preconizado por um modelo assistencial voltado para as necessidades do usuário sem descuidar-se dos parâmetros epidemiológicos.

Com relação aos problemas ligados às condições de espera dos usuários, durante a madrugada, conforme eles mesmos sugeriram, creio que é possível resolver permitindo-lhes a entrada na sala de espera principal da U.S., ainda que seja necessário barrar a passagem, nesse horário, para outras áreas do prédio.

Podemos afirmar que a unidade em estudo ainda trabalha nos moldes tradicionais de organização, centrada na consulta médica, através da distribuição de fichas, onde não se conseguiu eliminar a fila e muitos usuários ainda deixam a unidade sem ter seu problema resolvido. No entanto, há uma preocupação forte com o atendimento humanizado e os entrevistados em sua maioria referiram-se a isso como algo concreto no cotidiano do serviço. Os demais membros da equipe de saúde (não-médicos) que realizam o atendimento, foram citados como profissionais competentes e por isso respeitados na comunidade. Há uma série de medidas gerenciais que vêm procurando atenuar as dificuldades de acesso a que estão submetidos os usuários do serviço. Isso demonstra uma certa fase de transição em que se situaria o serviço, na tentativa de melhor atender às necessidades da

população, especialmente da população mais carente residente no território de sua responsabilidade. São medidas que buscam o aperfeiçoamento do trabalho em saúde e que, segundo Merhy (1997), devem estar pautadas pela ética do compromisso com a vida.

Um aspecto que merece ser ressaltado é a necessidade que existe de ser repensado o processo de trabalho de enfermagem, a partir de uma avaliação mais detida do trabalho do auxiliar de enfermagem e do enfermeiro. Algumas tecnologias do processo de trabalho precisam ser revistas, tais como a triagem, o trabalho com grupos, a consulta de enfermagem, entre outras, como meios que podem favorecer a mudança de lógica do sistema, de modo a torná-lo mais centrado no sujeito e na equipe.

A ampliação do quadro de enfermeiros com atividade centrada na consulta de enfermagem, respaldada pelo protocolo de atendimento já existente na SMS e no desenvolvimento de atividades educativas em grupos, certamente atenuaria as dificuldades geradas pela demanda reprimida para a consulta médica, diminuindo as filas de espera e ampliando os mecanismos de acesso e acolhimento com repercussões sobre a resolutividade do serviço.

A utilização efetiva do critério de local de moradia para facilitação do acesso certamente iria contribuir, de forma decisiva, para a reorganização democrática do sistema local de saúde. A priorização dos moradores da área de atuação do serviço, conforme prevê o critério de territorialização, poderia favorecer uma assistência mais humanizada, pelo estímulo à continuidade do atendimento.

Se faz necessário também facilitar o acesso a serviços especializados, através de um fluxo ágil de referência e contra-referência, que parta da rede básica em direção a outros níveis hierárquicos do sistema de saúde. Para tanto, a SMS necessita ampliar seu poder de negociação com a rede conveniada e contratada e, desse modo, afirmar-se cada vez mais como gestora do Sistema Único de Saúde na cidade.

De modo geral, o ambiente encontrado na U.S. estudada foi bastante acolhedor e as manifestações dos usuários entrevistados demonstraram satisfação com o atendimento, o que não significa que mudanças não precisem ser feitas no sentido de aperfeiçoá-lo. Mudanças essas que continuam a demonstrar preocupação com o investimento nos recursos humanos, em quantidade e qualidade, especialmente na continuidade pela SMS da promoção de eventos de capacitação voltados para o acolhimento ao usuário.

Cabe ressaltar as facilidades encontradas pela pesquisadora na relação com o campo de estudo, tanto no que diz respeito à abertura pela gerência distrital, quanto pela gerência e equipe da unidade de saúde. Os usuários mostraram-se, em sua maioria, disponíveis e interessados em participar da pesquisa. Esses fatores podem ser considerados como reflexos do processo de democratização do sistema de saúde.

Constatou-se que o panorama identificado no sistema de saúde da cidade de Porto Alegre, antes do desencadeamento do processo de municipalização, já começou a modificar-se. A existência de um gestor único eliminou a desarticulação das instituições prestadoras de serviços de saúde, as quais passaram a atuar sob diretrizes comuns e com uma programação

conjunta. O sistema de referência e contra-referência, embora necessite avançar muito no que diz respeito à agilidade dos fluxos, já existe na cidade, reordenando as demandas com vistas à hierarquização. A cobertura da população se amplia cada vez mais, a partir da criação de novos serviços, mas principalmente pelo gradual uso do princípio da territorialização. Os investimentos em saúde não são planejados e decididos apenas pelos técnicos e políticos, mas, sim pelo concurso desses juntamente com a população organizada, que exercita sua cidadania, através de diferentes fóruns de representação. Na prática, essa forma de funcionamento diminui em muito a possibilidade de desperdício de recursos, evita o clientelismo e a superposição de ações e, sem dúvida, tem representado um aumento significativo na resolutividade do sistema. Sistema esse que vem passando por um processo indiscutível de reorganização, para a qual contribuem decisivamente medidas que visem a favorecer o acesso e o acolhimento ao usuário, enquanto ferramentas tecnológicas.

ABSTRACT

The object of this study is the users' vision about the factors that influence the quality of care given in a basic health unit in Porto Alegre. This vision is related to the access and the embracement, that are considered elements of the assistance model in the context of the health municipalization. It aims to characterize the way the users' access and the embracement have been occurring. It is a descriptive study, of qualitative approach. The data collection was done through the technics of semi-structured interview and participant observation, between January 13 and April 17, 2000. The data were analyzed through the contents analysis of the theme type (Bardin, 1995). The categories that were found show many facilities and difficulties in the geographic, economic and functional access, as well as in the embracement referring to the way the health workers approach the users. The results showed the prevalence of the aspects referring to the access, mainly functional. Concerning the embracement, the way the service was organized and the professional competence have determined facilities. These facilities referred to the way the approach was done and to the consequent user's satisfaction. Some difficulties that were identified are due to the poor reception and to the unsatisfactory professional performance. The conclusion was that it is

necessary the implement of management measures that help in the solution of the problems found in the studied unit and in the assistance system. Among these measures the most important ones are the need to increase the number of professionals, the start of a complementary type of odontologic care, the anticipation of the building opening hours for the user's appointments, the easier access to specialized consults and tests, the effective utilization of the user's address criteria for the prioritization of the assistance (territorialization) and the enlargement of the human resources capability related to the embracement.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ACURCIO, F. de A.; GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 233-242, abr./jun. 1996.
- 2 ADAMI, N.P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1, n.2, p.53-67, jul. 1993.
- 3 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1995.
- 4 BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Título VII – Da ordem social, Seção II, Da Saúde, Arts. 196 – 200. Porto Alegre: CONASEMS, 1990.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/Nº 545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1993. **Diário Oficial da República Federal do Brasil**, Brasília, 24 maio 1993.
- 6 _____. Portaria MS/Nº 545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. **Diário Oficial da República Federal do Brasil**, Brasília, 2 set. 1996.
- 7 BUENO, W.S. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- 8 CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994a. p.29-88.
- 9 _____. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994b.

- 10 CAMPOS, F. C. B. ; HENRIQUES, C. M. P. **Contra a maré à beira-mar.** A experiência do SUS em Santos. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 11 CASTRO, J.D.; JAEGER, M.L. O financiamento do SUS e a experiência de democratização da gestão de saúde em Porto Alegre no Governo Olívio Dutra. In: HORN, C.H. (Org.). **Porto Alegre:** o desafio da mudança. Porto Alegre. Ortiz, 1994. p. 83-94.
- 12 CECÍLIO, L.C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, jul./set.1997.
- 13 CORBISHLEY, A. C. M. **O trabalho de enfermagem no processo de construção de um modelo assistencial em saúde coletiva.** Rio de Janeiro : UFRJ, 1998. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1998.
- 14 FERLA, A . A . et al. **Relatório de avaliação da secretaria - Gestão 1989-1992.** Porto Alegre: PMPA-SMS-CEDIS, 1992, 168p.
- 15 FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.;MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.15, n.2, p. 345-353, abr./ jun. 1999.
- 16 GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 1997.
- 17 HALAL, M. **Municipalização da saúde em Pelotas:** a dinâmica do SUS. Porto Alegre: Universitária, 1996.
- 18 HEIMANN, L. S. et al. **O município e a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.
- 19 JOVCHELOVITCH, M. **Municipalização e saúde:** possibilidades e limites. Porto Alegre: Ed. da Universidade UFRGS, 1993.
- 20 KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde- a satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 623-628, jul./set. 1998.
- 21 LEITE, J.C.A.; MAIA, C.C.A; SENA, R.R. Acolhimento: perspectivas de reorganização da assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n.2, p. 161-168, abr./jun. 1999.
- 22 LÜDKE, M. ; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986.

- 23 MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto: USP, 1998, Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, 1998.
- 24 MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
- 25 MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L.C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**, 1994, São Paulo. Hucitec, 1994. p. 117-160.
- 26 MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. ; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público, 1997, São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- 27 MERHY, E.E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L.C de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- 28 MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33 p. 83-89, dez 1991.
- 29 MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- 30 OLIVEIRA, F.J.A. Por uma perspectiva dos usuários: avaliação de uma Unidade de Saúde Comunitária. In: BORDIN, R. et al (Org.). **Práticas de gestão em saúde**: em busca da qualidade. Porto Alegre: DaCasa, 1996. p. 13-27.
- 31 _____. **Serviços de saúde e seus usuários**: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária. Porto Alegre: UFRGS, 1998, Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.
- 32 POLIT, D. F. ; HUNGLER B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 33 _____. **Nursing research**: principles and methods. 6 ed. Philadelphia: Lippincott, 1999.
- 34 PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL. **Plano municipal de saúde**. Porto Alegre: SMSSS, 1991. p. 8-11.

- 35 _____. **Normas técnicas e rotinas operacionais em saúde bucal.** Porto Alegre: SMS, 1995.
- 36 _____. **Diretrizes estratégicas da SMS em 1996.** Porto Alegre : SMS, 1996.
- 37 _____. Dados sobre a saúde da cidade. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 3, 2000, Porto Alegre. **Caderno de Textos.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2000a. p. 18-27.
- 38 _____. PREFEITURA MUNICIPAL. **Prestação de Contas 2000.** Porto Alegre: Orçamento Participativo, 2000b.
- 39 RECK, A. ; HICKEL, N. **Elementos organizadores da rede de serviços com vistas a sua qualificação.** Porto Alegre. SMS: 1996./Mimeografado/
- 40 REIS, E.J.F.B.;SANTOS, F.P.dos; CAMPOS, F.E.de et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública.** v.6, n.1, p.50-61, jan./mar.1990.
- 41 SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.48, n.2, p. 109-119, abr./ jun. 1995.
- 42 SILVA, A.C.M.; SANTOS, J.C.L.; RAMOS, D.D. Ações integradas de saúde em cuidados primários na vila Restinga. **Boletim de Saúde,** Porto Alegre, v.8, n.2, p. 9-12, jul. 1981.
- 43 SIRENA, M. da G. A. Modelo de atenção à saúde. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 3, 2000. Porto Alegre. **Caderno de Textos.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2000, 92 p.
- 44 STEIN, A .T. **Acesso a atendimento médico continuado:** uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. Porto Alegre: UFRGS, 1998, Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul da Faculdade de Medicina, 1998.
- 45 SUS da capital ganha destaque. **Correio do Povo,** Porto Alegre, p.9, 11 out. 2000.
- 46 TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 1990
- 47 UNGLERT, C.V.S. **Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde:** uma abordagem de geografia em saúde pública.

São Paulo: USP, 1986, Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo da Faculdade de Saúde Pública, 1986.

- 48 _____. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.6, p. 445-452, 1990.
- 49 _____. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.221-235.

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO

Data: _____ Pesquisador: _____

Nome da Unidade: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Local de Moradia: _____

Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

- 1- Há quanto tempo você utiliza este serviço?
- 2- Com que frequência costuma vir? (nos últimos seis meses)
- 3- Quanto tempo leva de sua casa até aqui? Como se desloca ?
- 4- Qual foi o motivo de sua vinda no dia de hoje?
- 5- A que horas chegou no posto? A que horas foi atendido?
- 6- Seu atendimento estava previamente agendado?
- 7- Fale-me um pouco sobre o atendimento recebido no dia de hoje.
- 8- Que pontos positivos gostaria de destacar sobre este serviço? (quanto à localização, área física, atendimento, tempo de espera p/ o atendimento ...)
- 9- Que aspectos poderiam ser melhorados neste serviço? Quais são suas sugestões?
- 10- Gostaria de me falar mais alguma coisa sobre isto?

ANEXO B

Título da Pesquisa: Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS, no contexto da municipalização da saúde.

Pesquisador: Donatela Dourado Ramos

Telefones para contato: 2303093

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa está sendo realizada pela Enfermeira Donatela Dourado Ramos, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFRGS, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima. O objetivo deste estudo é identificar os fatores que vêm repercutindo sobre o acesso e o acolhimento no atendimento aos usuários deste serviço de saúde.

A coleta de dados ocorrerá através de entrevistas realizadas com usuários deste serviço, bem como através da observação do atendimento.

As entrevistas serão gravadas em fita cassete e registradas posteriormente por escrito, ficando garantido o anonimato e o caráter sigiloso das informações recebidas.

Os participantes da pesquisa receberão esclarecimentos quanto a possíveis dúvidas durante sua realização e terão acesso aos resultados obtidos.

A participação no estudo não terá qualquer implicação legal que possa determinar prejuízo aos funcionários e usuários do serviço de saúde em que será realizado.

Declaro ter sido informado(a) dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Estou ciente de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta, e de que tenho a liberdade de retirar-me desta pesquisa em qualquer etapa, se assim o desejar.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante da Pesquisa