



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

FABIANE DA SILVA SEVERINO LIMA

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO E A
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: enfoque na segurança e qualidade.**

FORTALEZA- CE

2014

FABIANE DA SILVA SEVERINO LIMA

A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO E A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: enfoque na segurança e qualidade.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – Área de
Concentração em Enfermagem, da Universidade Estadual
do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título
de Mestre em Cuidados Clínicos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Consuelo Helena Aires de Freitas.

FORTALEZA-CE

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3/919

L732p

Lima, Fabiane da Silva Severino

A produção do cuidado do enfermeiro e a satisfação do usuário na Estratégia Saúde da Família: enfoque na segurança e qualidade / Fabiane da Silva Severiano Lima . -- 2014.

CD-ROM. 177 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Consuelo Helena Aires de Freitas.

1. Cuidados em enfermagem. 2. Saúde da família. 3. Assistência à saúde – qualidade. 4. Satisfação do paciente. 5. Segurança na saúde. I. Título.

CDD: 610.734



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Fabiane da Silva Severino Lima**
realizada no dia 24 de fevereiro de 2014.

Aos vinte e quatro dias do mês de fevereiro do ano dois mil e quatorze, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelas seguintes Professoras Doutoradas: Consuelo Helena Aires de Freitas, Maria Salete Bessa Jorge, Ilvana Lima Verde Gomes sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda Fabiane da Silva Severino Lima, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*A produção do cuidado do enfermeiro e a satisfação do usuário da estratégia saúde da família*". A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14:00 às 15:30, tendo sido a mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda aprovada, por sua Dissertação e defesa pública.

Eu, Consuelo Helena Aires de Freitas que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

Consuelo Helena Aires de Freitas
Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas – UECE
(Orientadora e Presidente)

Maria Salete Bessa Jorge
Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge – UECE
(1º membro)

Ilvana Lima Verde Gomes
Profa. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes – UECE
(2º membro)

*Aos meus pais, Maria de Fátima e George
Raimundo Lima, pelo amor e formação
sempre pautada na honestidade e no respeito
ao próximo.*

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força, sabedoria e dedicação que vem me proporcionando durante a vida. A Ele meus eternos agradecimentos!

Aos meus avós maternos, João Severino (O Cocada) – *in memorian* e Maria da Silva Severino - *in memorian*, pelo exemplo de vida, apoio, dedicação e palavras de sabedoria que me ofereceram durante os dias em que estiveram ao meu lado e que ainda continuam me proporcionando mesmo estando em outro plano espiritual.

Aos meus avós paternos, Lourdes - *in memorian* e Otávio Lima – *in memorian*.

À mia tia-avó Socorro (Teté) pelo carinho, respeito e amor.

Às minhas irmãs, Jorgiane Lima e Tatiane Lima, pela compreensão, paciência e incentivo para que eu permanecesse firme na luta pela realização de mais uma conquista profissional.

Às companheiras e amigas de trabalho, Háquila Andréa, Luana Coalres e Adriana Rocha, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, pelo companheirismo e incentivo para a conciliação dessa dupla jornada, de formação e trabalho.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pelo convívio, amizade e aprendizado mútuo.

Aos estudantes, bolsistas, voluntários e pesquisadores do Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família, pelas discussões temáticas, debates construtivos, momentos e vivências e apoio na coleta de dados.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Secretaria Executiva Regional IV, Coordenadores de unidades de saúde, enfermeiros e usuários, pelo acolhimento, apoio e disposição em estar participando deste estudo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas, pela aprendizagem, orientações, incentivos oferecidos e que engrandeceram este trabalho. Muito obrigada!

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível”.*

(Charles Chaplin)

RESUMO

A produção do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) se desenvolve na perspectiva de consolidação e qualificação da atenção básica, como forma de reorientação do processo de trabalho para atender aos princípios, diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para isso, torna-se necessário que o cuidado esteja pautado na segurança e qualidade, com vistas à satisfação do usuário. Com isso, objetivou-se compreender a produção do cuidado do enfermeiro da ESF, na perspectiva da concepção de segurança e qualidade e sua relação com a satisfação do usuário. Trata-se de uma pesquisa social em saúde, numa abordagem qualitativa e com perspectiva crítico-analítica. Foi desenvolvida nas unidades básicas de saúde da Secretaria Executiva Regional IV, da cidade de Fortaleza, nos meses de setembro a novembro de 2013, por meio de contato com dois grupos: 12 enfermeiros, que compõem a equipe de Saúde da Família; 48 usuários do serviço. A seleção de enfermeiros ocorreu de forma intencional, utilizando-se como critério de inclusão: ter, no mínimo, seis meses de atuação no serviço; estarem presentes na ida da pesquisadora à unidade, além de aceitar participar da pesquisa. Destes, foram excluídos aqueles que se encontravam de licença saúde ou por outras demandas que levavam os profissionais a se ausentarem do trabalho. A seleção dos usuários também ocorreu de forma intencional, utilizando como critério de inclusão: ser adulto, homens e/ou mulheres, com faixa etária entre 19 a 59 anos. Com os enfermeiros, foi utilizado um formulário para caracterização do campo; outro para caracterização dos profissionais; realização de entrevista semiestruturada e uso de roteiro para observação sistemática. Com os usuários, foi utilizado um formulário para caracterização do usuário, realização de 06 grupos focais, utilizando também o roteiro de observação sistemática. Os dados coletados com o uso dos formulários foram analisados de forma descritiva simples, por meio do uso do programa Excel, versão 2010. Enquanto que os dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada com enfermeiros, grupo focal com usuários foram analisados e interpretados à luz da Análise de Conteúdo Temática. Como resultados, identificou-se que a produção do cuidado do enfermeiro da ESF se desenvolve ainda sob o prisma das práticas de saúde ambulatoriais e programáticas; o usuário apresenta inúmeros entraves para o acesso ao serviço de saúde, que compromete a continuidade, resolutividade e integralidade do cuidado. Com isso, a segurança e qualidade apresentaram-se relacionados às limitações do cuidado percebidas, como relacionados à infraestrutura, deficiência na disponibilização de recursos materiais e humanos, formação e capacitação dos profissionais ainda com o foco na abordagem biológica e curativa; entraves do acesso dos usuários ao serviço e relações entre profissional-profissional e profissional-usuário frágeis e sem a priorização do vínculo e acolhimento, levando à (in)satisfação do usuário em relação à produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Por isso, ressalta-se a busca por discussões mais aprofundadas e persistentes acerca da produção de um cuidado seguro e de qualidade, além da reorganização das práticas de saúde de forma a garantir os direitos de saúde e de vida a todos os cidadãos.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da Família. Qualidade da Assistência à Saúde. Segurança. Satisfação do Paciente.

SUMÁRIO

Lista de Siglas e Abreviaturas	09
Lista de Figuras	10
Lista de Quadros	11
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aproximação com o Objeto de Estudo	12
1.2 Objeto de Estudo	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: delineamentos e perspectivas.	19
3.2 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: implicações para a segurança e a qualidade da produção do cuidado do enfermeiro na ESF	31
3.2.1 Qualidade dos serviços de saúde: concepções teóricas e históricas	31
3.2.2 Segurança como dimensão de qualidade dos serviços de saúde	39
3.2.3 Interseção entre segurança, cuidado e satisfação do usuário da Estratégia Saúde da Família	47
4 PERCURSO METODOLÓGICO	53
4.1 Tipo de Estudo	53
4.2 Cenário da pesquisa	54
4.2.1 Cenário Geral da pesquisa: contexto de sócio histórico e demográfico	54
4.3 Participantes da Pesquisa	59
4.4 Coleta de campo	60
4.5 Análise e Interpretação dos resultados	68
4.6 Questões éticas e legais	74
5 Compreensão da produção do cuidado do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da satisfação do usuário em relação à qualidade e segurança: Resultados	75
5.1 EIXO I: Produção do Cuidado do Enfermeiro da ESF: Possibilidades e Desafios	75
5.1.1 Desafios para a produção do cuidado: acesso e outros limites	92

5.2 EIXO II: Qualidade e Segurança para a satisfação do usuário em relação à produção do cuidado do enfermeiro na ESF	109
5.2.1 Satisfação do usuário: interface com a produção do cuidado de enfermagem seguro e de qualidade	136
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
7 REFERÊNCIAS	148
Apêndices	163
APÊNDICE A1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Enfermeiros da ESF	164
APÊNDICE A2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Usuários da ESF	165
APÊNDICE B – Formulário para caracterização do campo empírico	166
APÊNDICE C - Formulário para caracterização do enfermeiro	167
APÊNDICE D – Entrevista semiestruturada com enfermeiros	168
APÊNDICE E – Formulário para caracterização do usuário	169
APÊNDICE F – Temário do grupo focal para Usuários	170
APÊNDICE G – Roteiro de Observação Sistemática	171
APÊNDICE H – Modelo de Convite para Usuários	172
APÊNDICE I – Fluxograma dos caminhos percorridos pelos usuários	173
Anexos	174
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará	175

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NPSA - National Patient Safety Agency

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SER IV - Secretaria Executiva Regional IV

SMS - Secretaria municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UCAM - Universidade Católica de Murcia

UECE - Universidade Estadual do Ceará

ABREVIATURAS

Enf. – Enfermeiro

Estrat. – Estratégia

Fig. - Figuras

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 – Mapa de Fortaleza. Fortaleza, 2013	55
Fig. 2 - Distribuições da população da cidade de Fortaleza, por sexo e por grupos de idade, conforme censos do IBGE de 2000 e 2010.	56
Fig. 3: Mapa da Secretaria Executiva Regional IV do município de Fortaleza. Fortaleza, 2013.	58
Fig. 4: Fluxograma das possibilidades de caminhos percorridos pelos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família investigadas. Fortaleza- CE, 2013.	91
Fig.5: Representações de Qualidade e Segurança, conforme a literatura pesquisada e dos dados empíricos emergidos da pesquisa. Fortaleza,CE. 2013.	136
Fig. 6: Relação entre Satisfação do usuário e produção do cuidado seguro e de qualidade.Fortaleza, CE. 2013.	137
Fig. 7: Círculo da Satisfação do Usuário. Fortaleza, CE. 2013.	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Dimensões da qualidade dos serviços de saúde.	44
Quadro 2: Caracterização das Unidades Básicas de Saúde da SER IV, da cidade de Fortaleza,CE, com base nos dados de observação sistemática.	63
Quadro 3: Descrição dos grupos focais ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde da SER IV, da cidade de Fortaleza,CE, com base nos dados de observação sistemática.	68
Quadro 4: Noções gerais da produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Fortaleza,CE.	70
Quadro 5: Elementos relacionados à concepção dos enfermeiros acerca dos termos “Segurança” e à “Qualidade” da produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Fortaleza,CE.	70
Quadro 6: Análise de categorização das entrevistas, com base nas estratégias listadas para a produção de um cuidado seguro e de qualidade. Fortaleza, CE.	71
Quadro 7: Análise dos grupos focais, no tocante à produção do cuidado do enfermeiro, relacionados à qualidade e segurança e satisfação do usuário. Fortaleza,CE. 2013.	72
Quadro 8: Grupos de elementos identificados a partir da compreensão de enfermeiros e/ou usuários acerca da “Segurança” e “Qualidade” da produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Fortaleza, CE. 2013.	110
Quadro 9: Estratégias para a melhoria da qualidade e segurança da produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Fortaleza, CE.	142

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o Objeto de Estudo

A iniciativa em desenvolver uma pesquisa a fim de compreender como vem sendo produzido o cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da segurança, qualidade e da satisfação do usuário, surgiu ao longo da trajetória de formação acadêmica da pesquisadora, suas vivências profissionais e de vida.

Durante o curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), na cidade de Fortaleza, por meio de participação da pesquisadora em projetos de pesquisa na Atenção Básica e, depois como enfermeira no chamado “terceiro turno” em uma unidade básica de saúde da SER V da cidade de Fortaleza-CE, fez com que despertasse o interesse em procurar compreender a “satisfação do usuário” em relação ao cuidado de enfermagem, visto que era perceptível as discrepâncias existentes entre a teoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e as práticas profissionais implementadas no cotidiano das comunidades, o que levava, muitas vezes, a reclamações e atitudes de insatisfação dos usuários em relação ao serviço.

Além dessas experiências, o contato da pesquisadora com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como facilitadora de um curso de formação, acentuou a aproximação com as angústias e insatisfações da comunidade que eram percebidas e compartilhadas pelos ACS durante as rodas de conversa realizadas.

As experiências aqui citadas e somadas às vivências como usuária do serviço ou no acompanhamento de membros familiares às tentativas de atendimento nas unidades de saúde, algumas vezes, sem êxito, fez aumentar o despertar pela satisfação do usuário em relação ao cuidado desenvolvido pelo enfermeiro na Atenção Básica (AB), no tocante à qualidade e a segurança desse cuidado, na tentativa de que os resultados de um estudo científico pudessem refletir em melhorias das práticas e geração de um cuidado mais seguro e condizente com os preceitos teóricos recomendados.

Nesse sentido, as experiências aqui relatadas fizeram brotar a percepção de que o indivíduo, usuário, ou que muitas vezes, fica na tentativa de ser usuário do sistema, precisa ser acolhido de forma humanizada, com a garantia de que suas demandas de saúde sejam verdadeiramente atendidas de forma integral e resolutiva.

1.2 Objeto de Estudo

A presente investigação tem como objeto de estudo a produção do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), na perspectiva da concepção de segurança e qualidade e sua relação com a satisfação do usuário.

A lógica consiste no entendimento de que a satisfação do usuário funciona como uma das facetas que refletem a qualidade e a segurança da atenção à saúde, que, para a presente investigação, foi relacionada à produção do cuidado do enfermeiro na atenção básica em saúde, por meio da ESF.

A Estratégia Saúde da Família foi idealizada e vem sendo implementada como uma forma de reorientação da atenção básica¹ do país, para o favorecimento de sua expansão, qualificação e consolidação, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

Diferencia-se das práticas tradicionais da atenção básica pelo planejamento e realização de suas ações de saúde; pelo acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; pelas ações pensadas com base nas diferentes necessidades e demandas individuais e coletivas, integrando ações programáticas e de demanda espontânea; desenvolvimento de ações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; pela valorização dos profissionais; pela avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; pelo fato de se antecipar ao aparecimento de agravos a saúde, lidando com questões socioambientais e familiares; e pelo estímulo à autonomia e controle social (BRASIL, 2005; 2012a).

No Brasil, a implantação da ESF veio, como um de seus propósitos, buscar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde da atenção básica, no sentido de ampliar o acesso equitativo da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2012a; SERAPIONI; SILVA, 2006)

¹ Nos textos da área de Saúde Coletiva, são adotadas as nomenclaturas Atenção Primária, Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, que se diferenciam por suas construções históricas e ideias (MELLO; FONTANELLA; DAMARZO, 2009). Para o presente estudo, optou-se por adotar a nomenclatura “Atenção Básica”, por ser esta a que vem sendo utilizada de forma mais prevalente dos documentos do Ministério da Saúde. No entanto, as citações diretas de autores que adotam a nomenclatura Atenção Primária, ou Atenção Primária à Saúde, serão preservadas, para respeitar a fidedignidade dos escritos.

nascendo, com isso, a necessidade de se investir em avaliações da qualidade dos serviços de atenção básica.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2012, prevê que a atenção básica seja desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, sendo assim, o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Inserido nesse contexto está o enfermeiro, que atua como integrante da equipe de Saúde da Família, e que deve pautar sua prática em torno dos princípios que norteiam a atuação na atenção básica, promovendo um cuidado de forma que o usuário possa se sentir verdadeiramente acolhido pelo sistema. E, pelo fato do enfermeiro atuar desde a prevenção de agravos, promoção a saúde à reabilitação, torna-se necessário que seu cuidado seja produzido com qualidade e segurança atendendo às expectativas e necessidades de saúde de quem está sendo assistido.

Adota-se no presente estudo, a segurança, como compreendida por Smythe (2010), como um fenômeno singular, que depende da percepção, interpretação e das construções de vida de cada pessoa, ao passo que o ambiente pode parecer seguro para profissionais e, ao mesmo, apresentar-se inseguro para o usuário², principalmente, quando a comunicação, o vínculo e o diálogo não estão estabelecidos entre as partes. Por isso, o ver e ou ouvir tornam-se fundamentais para a construção de uma prática segura.

As políticas nacionais vêm valorizando a implementação de um processo de cuidar em saúde que vai além do uso de ferramentas como as máquinas, denominadas como “tecnologias duras”, ou do saber técnico da clínica e da epidemiologia, as “tecnologias leves”, buscando-se reconhecer que um processo de produção de cuidado deve ir de encontro à construção de processos relacionais, denominadas de “tecnologias leves”, de valorização do

² Em algumas obras utilizadas como referencial teórico, incluindo os escritos de *Avedis Donabedian*, há o uso do termo “paciente”, como referência ao indivíduo que está sendo assistido pelo sistema de saúde. No entanto, na presente pesquisa, optou-se por negar o termo “paciente”, substituindo-o por “usuário”, para designar o indivíduo como sujeito-cidadão que usa os serviços de saúde como um direito social (SANTOS, 1995). No entanto, ressalta-se que as citações diretas de autores que adotam o termo “paciente” serão preservadas.

acolhimento, vínculo e corresponsabilização (BRASIL, 2012a; MERHY; ONOCKO, 1997; MERHY, 2002; MERHY *et al.*, 2007) como elementos de qualificação das práticas e da promoção de segurança da assistência em saúde.

No entanto, a realidade empírica faz refletir no questionamento acerca da qualidade e segurança do cuidado produzido pelo enfermeiro na atenção básica. Embora a saúde seja, pois, um direito constitucionalmente garantido, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre essas conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Sobre essa evidência que a presente investigação assume o papel de refletir acerca da produção de um cuidado de enfermagem seguro e de qualidade.

Gomes (2004) afirma que um dos critérios para se afirmar que um produto ou serviço seja realmente de qualidade, se houver o suprimento das necessidades, desejos e expectativas daqueles que o utilizam, pois se esses não forem supridos, de uma forma ou de outra, qualidade não está sendo atendida.

No âmbito da atenção básica no Brasil, o enfermeiro está incumbido de desenvolver uma assistência integral, realizando desde a assistência direta do cuidado por meio das consultas de enfermagem, visita domiciliária, atendimentos grupais, até a atuação de forma mais gerencial (BRASIL, 2012a). A assistência desenvolvida deve se dar de forma a atender às demandas suscitadas com qualidade e de forma segura.

Essa qualidade da assistência à saúde pode ser expressa pela disponibilização de profissionais competentes, de recursos materiais, prestação de cuidados com segurança, ao reduzir significativamente a ocorrência de danos advindos do processo assistencial, satisfação do paciente, e quando a população tem acesso ao serviço de saúde e ao processo de cuidar de forma contínua e efetiva, atendendo às suas necessidades apresentadas (RACOVEANU, JOHAANSES, 1995; CAMPBELL, ROLAND; BUETOW, 2000).

Para o pioneiro nos estudos de qualidade nos serviços de saúde, Donabedian (1989), o termo qualidade está relacionado às dimensões de estrutura, processo e resultados, estando a satisfação do usuário apoiada como um dos critérios da dimensão resultado (DONABEDIAN, 1989; VUORI, 1991; CARVALHO *et al.*, 2000). No entanto, ressalta-se

que essa satisfação deve estar atrelada a garantia de que todos os que precisam do mesmo serviço tenham a oportunidade de consegui-los (SERAPIONI, 2006).

A adoção do termo qualidade e segurança na atenção básica é relativamente recente na literatura, sendo mais frequentemente os estudos no âmbito hospitalar, com escassa produção no âmbito da atenção básica (TEJEDOR FERNÁNDEZ, 2011; RACOVEANU; JOHAANSES, 1995; CAMPBELL; ROLAND; BUETOW 2000; PAESE, 2010).

Contudo, identifica-se que a busca pela reorientação das práticas da atenção básica vem sendo pensada de forma a promover a qualidade da atenção (BRASIL, 2012a), devendo esta vir acompanhada do incentivo de adoção de práticas seguras, com vistas a assegurar a satisfação do usuário.

Como ressalta Serapioni (2006), a análise da satisfação exclusivamente não contém subsídios suficientes para determinar se o serviço está se dando de qualidade, porém pode funcionar como um norte para sinalizar que algo precisa ser mudado e, assim, poder dar seguimento ao processo de avaliação da qualidade que compreende a investigação de todos os atores do processo: gestores, profissionais e usuários.

Nesse sentido, a presente pesquisa desenvolve-se na busca pela compreensão do cuidado do enfermeiro, a partir da satisfação do usuário e concepções de segurança e qualidade, ao passo que se almeja que a construção de um sistema de saúde esteja centrado no usuário, com valorização da participação social como elemento chave para sua implementação de um processo de cuidado de qualidade (MERHY *et al.*, 2007). E entendendo que toda investigação se inicia por uma questão, (MINAYO, 2012, p.16), chega-se a seguinte indagação:

Como é produzido o cuidado do enfermeiro na ESF? De que forma os agentes do cuidar concebem a produção desse cuidado, no tocante à qualidade e segurança? O usuário está satisfeito e sente-se seguro com o cuidado que está sendo promovido pelo enfermeiro?

Entende-se que o ser humano se distingue dos demais seres não só pelo agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2012), validando, nesse ponto, a importância da compreensão humana acerca de suas vivências como usuária do sistema, como dispositivo indicador de qualidade e segurança dos cuidados.

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel primordial na promoção desse cuidado seguro e de qualidade, por desempenhar ações que vão desde o cuidado direto até o gerencial, devendo desenvolver tecnologias de cuidados que vão além do aspecto técnico-científico, valorizando a tecnologia das relações, definida por Merhy *et al.* (2007) como ferramenta primordial da sua prática de cuidado. Portanto, o conhecimento sobre a satisfação do usuário, reflete no julgamento da qualidade do cuidado e ajuda a entender as dinâmicas da atenção produzida nos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2010). Dessa forma, a investigação da satisfação dos usuários pode estimular o impacto das ações desenvolvidas, contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do cuidado oferecido e, por conseguinte, na qualidade de vida e saúde dos indivíduos e coletividade.

Sabe-se que o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2012a), associado ao fato de ser um país com dimensões continentais e com realidades de vida bastante diferenciadas entre seus estados geográficos. Por isso, passa pelo desafio de oferecer um serviço equânime, integral e universal e de qualidade para toda a sua extensão populacional.

No sentido de estruturar a discussão teórica e também de explicitar a formulação teórico-metodológica adotada, formularam-se os seguintes pressupostos teóricos:

1º Pressuposto – O cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família nem sempre se desenvolve de forma a promover qualidade e segurança aos usuários que estão sendo assistidos, sendo gerador de riscos e insatisfação por parte dos mesmos.

2º Pressuposto - A produção do cuidado na atenção básica a saúde não vem priorizando o usuário como sujeito do processo de mudança das práticas em busca de um cuidado integral e resolutivo pautados pela qualidade e segurança.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Compreender a produção do cuidado do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da concepção de segurança e qualidade e sua relação com a satisfação do usuário.

2.2 Objetivos Específicos:

- Analisar o processo da produção do cuidado do enfermeiro;
- Identificar as concepções de usuários e enfermeiros acerca da produção de um cuidado seguro e de qualidade;
- Apreender a satisfação dos usuários acerca da produção do cuidado do enfermeiro no âmbito da ESF, no tocante à qualidade e segurança;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: delineamentos e perspectivas.

A Saúde da Família configura-se como estratégia de atenção à saúde que nasce com o objetivo de buscar a melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica, no cuidado ao indivíduo e família, por meio da incorporação de uma assistência integral e resolutive, buscando satisfazer as necessidades de saúde dos cidadãos, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997; 2005).

O SUS, promulgado pela Constituição Federal de 1988, foi idealizado para atender a uma concepção ampliada de saúde, por meio da garantia do acesso, oferecendo cobertura universal, integralidade das ações e direito à participação da comunidade na gestão do sistema, por meio do controle social (SANTOS, 2010).

Conforme Decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, “o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011a).

Esses constructos ideários e doutrinários foram construídos a partir dos princípios oriundos do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como meta a construção de um sistema de saúde brasileiro que oferecesse acesso a todos os cidadãos. Esse movimento foi impulsionado pela participação de membros da sociedade civil, grupos políticos e profissionais da saúde que almejavam uma atenção à saúde mais igualitária e de qualidade (MORETTI-PIRES, 2012).

Como afirma Starfield (2004):

[...] todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2004, p.19).

Com isso, vê-se que o SUS apresenta como desafio a garantia de um serviço que atenda aos seus princípios idealizados (universalidade, equidade e integralidade), ao mesmo tempo, que garanta um serviço de qualidade a todos os cidadãos, sem distinção de raça, cultura, questões sociais ou econômicas.

No entanto, como salienta Moretti-Pires (2012), Santos (2010) e Elias (2004), associada à percepção empírica da prática diária, o sistema público de saúde do país, com seus ideários filosóficos e princípios doutrinários, não vêm se efetivando de fato para todos os cidadãos.

Sabe-se que, conforme legislações nacionais específicas, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, mediante a implementação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 1988; 1990). Contudo, o sucateamento progressivo do sistema público, tanto em termos estruturais como em relação aos recursos humanos existentes, assim como a centralização de serviços nas áreas de grande concentração populacional, vem fazendo com que haja, cada vez mais, uma maior disparidade entre o SUS da prática e o SUS de direito (ELIAS, 2004).

Como pontua Starfield (2004, p.26), em relação à realidade mundial, ao afirmar que a saúde está ligada diretamente à vantagem social, ao passo que “Quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor [...] Ou seja, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maior as disparidades na saúde”.

Com enfoque específico na realidade brasileira, essa é uma questão ainda presente e que, como dita Elias (2004), vem de um passado histórico de compra de serviços de saúde do setor privado e direito à saúde exclusivo a classes sociais privilegiadas.

Entretanto, as legislações nacionais de promulgação do SUS preveem a construção de um serviço de saúde mais equânime, integral e universal, por meio da garantia do acesso da comunidade a um serviço de qualidade e resolutivo (BRASIL, 1988).

Starfield (2004, p. 09; p. 12) recomenda que para uma maior efetividade e equidade dos serviços de saúde, é preciso se investir na atenção básica do país. A autora ainda

pontua que, em grande parte da realidade mundial, em meados da década de 1980 e 1990, foram sendo realizadas reformas na atenção à saúde, em busca da efetivação da atenção básica, devido aos “custos sempre crescentes, decorrentes do envelhecimento da população, melhor sobrevivência dos doentes crônicos como resultado de tratamentos médicos aprimorados, e o crescente papel de tecnologias caras no diagnóstico e manejo da doença”. Com isso, passa-se a discutir sobre a importância da implantação de uma atenção básica forte e de qualidade na tentativa de equilibrar os custos com os serviços de saúde e sua real resolutividade e efetividade, ao entender que “Uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte”.

Nessa perspectiva de custo efetividade, associada à necessidade de mudança da prática clínico-assistencial, passou a ser implantada no país, a partir da década de 1990, a Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente intitulada como Programa Saúde da Família (PSF), na tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde, por meio da ampliação do acesso e da qualificação das ações da atenção básica, tendo como base a reorientação das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2000, 2001a; 2012a; DALMASO; NEMES FILHO, 2001).

Foi pensada inicialmente na realização de ações programadas, que valorizam especialmente aos grupos ditos mais vulneráveis ao processo saúde-doença (hipertensos, diabéticos, crianças, idosos, etc.) e ações da atenção à demanda espontânea (BRASIL, 2005; 2006a), associadas às práticas de vigilância em saúde e prevenção de agravos.

Em 2012, com a publicação da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a atenção básica assumiu como um de seus fundamentos e diretrizes, a integração de “ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins”, tendo os profissionais o papel de “desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais”, sem enfatizar os grupos vulneráveis, como havia sido determinado na PNAB anterior (BRASIL, 2012a, p.21,22, 41; BRASIL, 2006a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) resignifica o trabalho em saúde no âmbito da atenção básica e de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos, busca avançar na

superação das desigualdades, reorganizar e reorientar o modelo assistencial, centralizando a atenção no indivíduo e na família (MATUMOTO *et al.*, 2011; BRASIL, 1997; 2005).

A Organização Mundial de Saúde, por meio da Carta de Lubiana, publicada na década de 1990, prevê que o serviço de saúde deve estar centralizado nas pessoas, valorizando a dignidade humana e a equidade (STARFIELD, 2004).

A centralidade nas pessoas também é foco das políticas de consolidação da atenção básica no Brasil, tendo como objetivo reverter o modelo baseado na clínica médica tradicional, para um modelo de valorização do indivíduo como sujeito de sua transformação social (FAVORETO; CAMARGO JUNIOR, 2002; SCHUBERT, 2009; BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, a ESF, como estratégia de reorganização da atenção básica do país, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS, assumindo o papel de coordenação do usuário em torno de todos os serviços de saúde, não devendo perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas referências necessárias, no contato com os outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na contra-referência (BRASIL, 2000; 2012a; MORETTI-PIRES; 2012)

Para isso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem estar instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, para que possam desempenhar um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade além de estarem fortemente articuladas com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, para a garantia da continuidade e qualidade do cuidado (BRASIL, 2012a),

A OMS prevê que os serviços de saúde sejam desenvolvidos com foco na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade, baseando-se no financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo. Nesse sentido, preconiza-se que as ações de saúde tenham com foco o desenvolvimento da atenção básica, como forma de equilíbrio entre a otimização da saúde e a equidade na distribuição dos recursos (STARFIELD, 1992; 2004).

Com isso, para que se alcance um desenvolvimento de ações de saúde pautadas nos princípios doutrinários do SUS, é preciso que se reorganize também os investimentos de saúde, para garantir uma maior cobertura de acesso da população aos serviços de saúde.

No contexto da ABS, a ESF assume o compromisso de melhoria da qualidade, por meio de reorganização das ações, delineadas a partir do conhecimento da realidade local, das necessidades de saúde e da melhor definição de competências e responsabilidades (BRASIL, 2004), valorizando o olhar para o sujeito e seu meio familiar como elemento primordial para qualificação do processo de cuidar em saúde.

Nessa perspectiva, a produção do cuidado na atenção básica deve adotar os preceitos defendidos por Merhy (2002) e Ayres (2006), de promoção do encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, a partir do seu modo de andar na vida, sendo que isso só ocorre quando é possível o acolhimento, a criação de vínculos e a responsabilização pelo cuidado em saúde, pois, assim, as necessidades de cada usuário, presentes no seu projeto de felicidade, serão devidamente acolhidas e articuladas no seu projeto terapêutico. E é nessa perspectiva que a ESF foi pensada, como possibilidade para essa renovação no cuidado em saúde, buscando atender às necessidades de saúde do sujeito, de forma integral (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011; BRASIL, 2012a).

Por isso, é fundamental que a ESF se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da autonomia, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a; BARROS; JORGE; PINTO, 2010).

Mattos (2005) afirma que a integralidade das práticas de saúde envolve a busca pela compreensão do sofrimento (vivido ou antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, buscando compreendê-lo com base a sua singularidade. Além disso, a integralidade perpassa pela compreensão do significado das propostas terapêuticas e a oferta de tecnologias e serviços que atendam às demandas de saúde suscitadas. Diante disso, a conduta não deve decorrer com base em protocolos rígidos, nem unilaterais e, sim, no diálogo entre o técnico (saber) e a compreensão da singularidade ou coletividade (usuário).

Nesse sentido, acredita-se que ao procurar discutir a produção do cuidado em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família, pode-se tomar como base a reflexão trazida por Assis *et al.* (2010), que incentiva a busca pela análise crítica das práticas de saúde desenvolvidas, investigando como elas estão estruturadas, sua finalidade, sua dimensão do alcance, público alvo e a concepção de saúde-doença trazida pelos agentes do processo de trabalho.

Com isso e diante dos objetivos da presente pesquisa, procurou-se dá voz aos agentes desse processo de cuidado do enfermeiro na ESF, sendo eles: o próprio profissional e os usuários do serviço.

O enfermeiro atua como um dos integrantes da equipe de profissionais da ESF, ao lado de médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população local (BRASIL, 2012a).

Dentre as funções desempenhadas pelo enfermeiro na ABS, a seguir estão as desempenhadas de forma específica (BRASIL, 2012a):

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV -Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V-Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Conforme disposto acima, o enfermeiro apresenta atribuições que vão de encontro à estratégia de atuação da AB, com foco no olhar para o usuário e família, realizando ações na própria unidade, nos domicílios e na comunidade, com o intuito de facilitar a adesão dos usuários ao serviço e qualificar as práticas de saúde, tendo em vista, como disposto por Campos (2007), a necessidade do SUS responder às necessidades de saúde de maneira ampliada através de ações complexas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde, não apenas de maneira curativa, enfocando a doença, ao passo que “para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual” (STARFIELD, 2004, p.27).

O enfermeiro tem como função peculiar “prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde”, com a possibilidade de ressignificar suas ações redirecionando-as às necessidades de saúde dos usuários e não para a racionalização do trabalho do profissional médico (ALMEIDA *et al.* 1997a, p.18; PEDUZZI, 2000).

A Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03/2001 prevê, na formação do profissional enfermeiro, a aptidão para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, desenvolvendo suas ações dentro dos princípios da ética/bioética; assim como, a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, intervir no processo saúde-doença, com a finalidade de proteger e reabilitar a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e integração da enfermagem às ações multiprofissionais (BRASIL, 2001b).

No entanto, o enfermeiro, ao desempenhar seu papel social de cuidador, vive as tensões próprias da produção dos atos de saúde: “a produção de procedimentos *versus* a produção de cuidado” (MATUMOTO *et al.*, 2011, p.3).

O presente estudo adota como referencial para a produção do cuidado em saúde, os textos de Merhy (2002) e Merhy, Onocko (1997) que ao teorizar sobre o processo de trabalho em saúde, afirma que este é dependente do “trabalho vivo em ato”, no qual só é possível acontecer na dinâmica relacional, ou seja, em ato, em ação, no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação.

Adota-se também que a produção desse cuidado é algo que está inerente a qualquer trabalhador da saúde, desde os vigias, funcionários da recepção e os ditos como profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos etc. -, na medida em que qualquer trabalhador que atua num estabelecimento de saúde, no contato com o usuário do serviço, atua na produção do processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, produção de resolutividade e criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida (MERHY, ONOCKO, 1997).

Além disso, reforça-se que o ato de produção no trabalho em saúde se dá no imediato ato de consumir, como um processo que se realiza imediatamente com a produção, nos espaços das “interseções”, produções e consumos (MERHY, ONOCKO, 1997).

Nesse sentido, ao adotar o conceito de produção do cuidado na perspectiva do “trabalho vivo em ato”, com a incorporação das tecnologias das relações como processo de produção primordial em saúde, incorpora-se também o conceito de clínica, como um processo que está sempre aberto para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve, ao intervir em processo de intersubjetividades.

Vale salientar, ainda, que a noção de cuidado adotada na presente dissertação é fundada nas proposições de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde. O cuidado aqui mencionado se articula intimamente à noção de integralidade, senda esta um dos pilares filosóficos da proposta do SUS no Brasil, ao imprimir um olhar ampliado sobre o homem, a saúde e o cuidado, traduzida na necessidade de múltiplos olhares sobre um dado objeto (AYRES, 2004; ALVES, 2005; BOSI; UCHIMURA, 2007).

Contudo, nem sempre a o cuidado e a clínica foi entendida como um processo aberto, centrado no sujeito e com valorização das subjetividades. Almeida e Roch (1997, p. 19) apresentam que:

O conhecimento médico clínico tem sua gênese no final do século XVIII, no mesmo movimento social de transformação do hospital enquanto local de cura, mas é no século XIX, na Inglaterra – para possibilitar esta transformação, ou seja, tomar corpo doente enquanto objeto do trabalho médico, higienizar e disciplinar o espaço hospitalar -, que surge a enfermagem enquanto uma prática para possibilitar este projeto de recuperação individual.

A enfermagem, nessa época, estava reduzida à parte do trabalho médico, ao atuar assessorando o médico no cuidado do corpo doente, por entender a clínica como limitada ao saber anátomo-fisiológico e que tem como finalidade a recuperação do corpo individual. Nesse contexto, o médico atua como presidente desse processo, através da manipulação do corpo e da possibilidade de restauração do objeto de trabalho médico, que é o corpo, produzindo, assim, sua recuperação (ALMEIDA; ROCH, 1997; FOUCAULT, 2011).

Com o passar dos anos, o conceito de clínica foi passando por mudanças, acompanhando as variações do paradigma do processo saúde-doença, resignificando o seu processo de trabalho, para deixar de ser parte de um trabalho de uma outra categoria profissional, para atuar como ciência e profissão autônima no campo da saúde (ALMEIDA; ROCH, 1997; FOUCAULT, 2011; ROSELLO, 2009).

Como afirma Roselló (2009), o objetivo fundamental da enfermagem atual é cuidar do paciente, da pessoa doente, e ajudar os cuidadores a exercer adequadamente sua função, entendendo que o cuidar de alguém é velar por sua autonomia, por sua independência em todas as ordens. E, para isso, o profissional que cuida tem a necessidade de possuir tanto, conhecimento técnico-científico, como relacional, a fim de atender às necessidades humanas em sua completude.

Para esse cuidado relacional, Merhy (2002; 2007) e Merhy, Onocko (1997) preconizam que a valorização da escuta, do acolhimento, do vínculo e da coresponsabilização no manejo do processo de trabalho em saúde. E, assim, referencia que o trabalho em saúde requer o uso adequado das tecnologias leve, leve-dura e dura, como já citado anteriormente. Para o autor, entende-se como tecnologia dura, aquela operada por equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais e outros. Já a tecnologia leve-dura está relacionada aos saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fordismo. Enquanto que a tecnologia leve se refere à tecnologia de relação, de produção de vínculo, do acolhimento, da autonomização do sujeito, até mesmo da forma de governar processos de trabalho, estabelecida nos encontros entre os diferentes componentes da equipe de saúde.

Nesse contexto, o enfermeiro, como profissional inserido na ESF, possui elementos inerentes à sua atuação profissional que o possibilitam contribuir de forma consistente com a construção de ações na atenção básica em saúde que valorizam o indivíduo e seu contexto familiar.

Ele possui base prática para conversar com a população, compreender as necessidades dos usuários e, assim, contribuir para a construção de uma assistência de saúde de qualidade. Por isso, a importância dos profissionais de enfermagem estarem engajados nos movimentos sociais e no contato direto com a comunidade (GAIO; FARIA, 2000). “Enquanto realizam suas funções gerenciais, educativas e de cuidados básicos, os enfermeiros podem contribuir diretamente na busca do controle social efetivo” (ARANTES *et al*, 2007, p. 471).

Araújo e Oliveira (2009) identificam que o enfermeiro, no trabalho na equipe de Saúde da Família, sente-se mais autônomos e valorizados. E seu trabalho favorece o fortalecimento do desempenho qualificado e resolutivo da assistência integral humanizada, superando as práticas tradicionais, transformando as condições de vida em favor da saúde da população.

A humanização das práticas funciona como política de governo e supõe troca de saberes, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, sustentado em construções coletivas. Define-se pelo aumento do grau de co-responsabilização dos atores do processo de cuidar da rede SUS e mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, interferindo no processo de produção de saúde pela geração de protagonistas diversos do cuidado (BRASIL, 2005).

Para esse cuidado adotado pela clínica das relações, é preciso que se entenda o usuário também como sujeito desse processo de cuidar, implicando mudanças nas relações de poder, entre os profissionais de saúde e os usuários. Um encontro dialético e dinâmico, contribuindo, assim, para a garantia de práticas inovadoras em todos os espaços de atenção e cuidado à saúde, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde (AYRES, 2001).

Defende-se aqui a prática da humanização como vertente orgânica do SUS, e defendida como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do sistema. Atuando como uma das dimensões fundamentais para qualificação da atenção em saúde no SUS, não devendo ser entendida como mais um programa a ser aplicado nos serviços de saúde, mas como uma política que deve ser desenvolvida e compreendida de forma transversal em toda a rede de saúde, que possibilita transformações das ações assistenciais propriamente ditas (BRASIL, 2005; AYRES, 2004).

Para isso, o profissional de saúde precisa estar engajado na comunidade, conhecendo suas particularidades, deficiências e potencialidades. É preciso também que tenha formação científica e técnica adequadas para agir sobre as questões de saúde, além de formação política e social, para uma verdadeira reflexão crítica de sua práxis, para que seja, assim, um verdadeiro agente de mudança na saúde.

Trabalhar no contexto da Saúde da Família exige que seja priorizada uma prática voltada para as tecnologias das relações, pois, segundo Ayres (2004), possibilita uma forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo e responsabilização contidos nessa organização da assistência à saúde.

Entende-se por acolhimento como uma relação humanizada que os trabalhadores têm de estabelecer com os usuários, configurando-se como atos de receber e ouvir, alterando a impessoalidade dominante no trato cotidiano dos serviços de saúde. Ato que possibilita ao profissional acolher as demandas apresentadas, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o

encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (MERHY, ONOCKO, 1997; SANTOS *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde ainda acrescenta que o “acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2011b).

Por isso que na publicação da nova PNAB (BRASIL, 2012, p.20), há a previsão de que a Atenção Básica tenha como um de seus fundamentos e diretrizes, o papel de possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, por meio do estabelecimento de mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento de forma integrada das ações programáticas e de demanda espontânea e, por isso, “pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes”.

Portanto, para que isso aconteça, os profissionais devem repensar o processo de trabalho em saúde, adotando novas metodologias ou tecnologias (ALBUQUERQUE; 2011), de valorização das tecnologias das relações na produção do cuidado em saúde.

Torna-se, então, condição fundamental para a construção e viabilização de reais mudanças institucionalizadas e legitimadas socialmente na atenção básica, que seja considerado o trabalhador do SUS como participante das políticas públicas em saúde em seus aspectos administrativos, técnicos, políticos e sociais (ARANTES *et al.*, 2007).

Para tanto, faz-se necessário mudanças das práticas profissionais com a proposição de abordagens que valorizam o indivíduo, a família e a comunidade, para que ocorra de fato a implantação de um novo modelo de produção do cuidado (BRASIL, 2005; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Ayres (2006) e Albuquerque *et al.* (2011) defendem o cuidado em saúde como prática que deve considerar a vivência do sujeito, a escuta do seu projeto de vida e uma abertura autêntica para estar com o outro, implicando num processo ativo de levar o sujeito a produzir suas próprias respostas ao seu sofrimento, ao reconhecer que, como ser humano, dispõe de autonomia para gerir sua vida.

Compreende-se, portanto, a importância do cuidado humanizado no âmbito de qualquer modalidade de atenção em saúde, para a configuração de uma atenção de qualidade às pessoas. Acreditando-se que, quando os trabalhadores de saúde assumem o

compromisso de estabelecer, junto aos usuários e familiares, uma comunicação pautada no respeito, valorização da pessoa humana, estabelecimento de vínculos e corresponsabilização, há grande possibilidade de construção de ações terapêuticas realmente promotoras de saúde (BARROS; JORGE; PINTO, 2010).

Nesse contexto, a profissão de enfermagem, bem como as demais da área de saúde, atua como agente essencial para qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e alicerçada em um processo de trabalho moderno e tecnicamente aceitável em sociedades desenvolvidas (ARAUJO; OLIVEIRA, 2009).

No entanto, em referência ao trabalho de enfermagem, o processo de massificação dos centros assistenciais, a burocratização do sistema de saúde, a estrutura piramidal do poder, os interesses econômicos, são fatores que vem interferindo gravemente a tarefa de cuidar (ROSELLÓ, 2009). Associado a isso, a prática do enfermeiro ainda estar voltada principalmente para a atenção clínica individual, curativa, sem ampliar a compreensão do processo saúde/doença (ERNEL; FRACOLLI, 2006), o que pode comprometer com a qualidade da assistência prestada e a resolubilidade do cuidado em saúde.

O desafio de produzir o cuidado em saúde de forma integral é possibilitar a garantia do usuário em ser atendido, ou seja, ter acesso pleno e universal a toda rede de serviços e ao próprio diálogo singular com os trabalhadores de saúde para o atendimento de suas necessidades e demandas de saúde (BARROS; JORGE; PINTO, 2010, p.81).

Nesse contexto, o Estado configura-se também como um dos sujeitos provedores da saúde dos indivíduos, mediante implementação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com isso, busca-se fortalecer a construção de uma atenção básica verdadeiramente de qualidade e que possibilite a satisfação daqueles que dela necessitam.

3.2 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: implicações para a segurança e qualidade da produção do cuidado do enfermeiro na ESF.

Após discussão explicitada no tópico anterior sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil, com enfoque na produção do cuidado de enfermagem na Saúde da Família, serão tecidas, a seguir, reflexões acerca da importância da satisfação do usuário, como dimensão de segurança e qualidade, para uma maior compreensão da produção do cuidado do enfermeiro.

Para isso, foram discutidos inicialmente os conceitos de qualidade e segurança, para que, em seguida, pudessem ser estabelecidas as conexões com a satisfação do usuário.

3.2.1 Qualidade dos serviços de saúde: concepções teóricas e históricas.

Para discussão acerca da qualidade dos serviços de saúde, foi adotado o referencial teórico de *Avedis Donabedian* como ponto de partida para discussão sobre a temática, pela relevância teórica e impacto nos textos que abordam sobre a qualidade da prestação de serviços de saúde.

Contudo, cabe salientar que pelo fato do autor acima citado ter restringido seus escritos a abordagem do atendimento médico, com “(...) utilização de variáveis estruturais, de processo e de resultado, ao estabelecer relações de causalidade” (NOVAES, 2000, p.555), foram adotados, ainda, outros referenciais teóricos que abordam a equipe multiprofissional de saúde e outros elementos que interferem na multicausalidade da qualidade dos serviços de saúde.

Segundo Donabedian, a qualidade dos serviços de saúde depende da análise das dimensões: *estrutura, processo e resultados*. Sendo a dimensão ‘estrutura’ representada pelas características físicas, adequação de instalações e equipamentos, formação e organização administrativa (normas e procedimentos). O ‘processo’ traduz a operacionalização do serviço, referindo-se à coordenação e a continuidade dos cuidados, interação entre profissional e usuário, o oferecimento da assistência com segurança e seu grau de adesão. E os ‘resultados’, referem-se aos impactos das atividades ou suas ausências na saúde dos usuários do sistema de saúde, a partir do grau de morbidade, longevidade, grau de deficiência e reabilitação, grau de recuperação e readaptação social; além da satisfação do paciente/usuário do serviço (DONABEDIAN, 1966;1988;1989).

O autor apresenta ainda “sete pilares” sob os quais a qualidade da prestação de serviços de saúde baseia-se: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Além desses, também são incluídos a ‘acessibilidade’, a ‘adequação desses serviços’, a qualidade do processo assistencial em seus aspectos técnicos e científicos, as ‘perspectivas do paciente’ e a ‘continuidade dos cuidados prestados’ como elementos imprescindíveis para a compreensão de qualidade nos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1966; 1988;1989; CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

Alguns critérios acima citados foram incorporados à conceituação da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca dos serviços de atenção básica em saúde, quando se preconiza que um serviço para ser de qualidade, este deve ser pautado na relação custo-efetividade, no financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo, como forma de equilíbrio entre a otimização da saúde e a equidade na distribuição dos recursos (STARFIELD, 1992; 2004).

Além disso, publicações nacionais ainda reiteram a necessidade de que os serviços de saúde para serem de qualidade devem estar pautados no acesso universal, contínuo e resolutivo, além da necessidade de que o cuidado seja centrado na valorização dos anseios, desejos, sonhos, crenças, valores, e as relações do usuário com os demais membros de sua família e com o seu meio social (BRASIL, 2005; 2012a).

Diante desse contexto de garantia da qualidade dos serviços de saúde, estudos vêm sendo desenvolvidos relacionados à temática da avaliação, como forma de diagnosticar a realidade dos serviços e, assim, pautar intervenções que favoreçam à qualidade.

Com isso, Guba e Lincoln (1987;1989), *apud* Moretti- Pires (2012), divide a história da avaliação em quatro gerações:

- **Avaliação de 1ª Geração:** fundamenta-se nas avaliações de desempenho, focadas na mensuração dos resultados;
- **Avaliação de 2ª Geração:** Focada na identificação e descrição tanto dos processos como das atividades que levam a estes;
- **Avaliação de 3ª Geração:** Preocupa-se com o julgamento e mérito do objeto avaliado, a partir da descrição e mensuração, mas com caráter externo;
- **Avaliação de 4ª Geração:** Toma como prioridade a valorização dos grupos de interesses nos processos avaliativos, dando voz aos múltiplos atores sociais implicados no objeto a ser avaliado. Revela-se na medida em que os processos detêm características mensuráveis, mas também subjetivas e intersubjetivas.

Contudo, apesar do objeto em estudo não apresentar como proposta a avaliação da qualidade, a dissertação aqui descrita toma como base os preceitos de qualidade empregados

pela avaliação de 4ª geração, que contempla as características subjetivas e intersubjetivas na prestação dos serviços de saúde.

O tema da qualidade é um fenômeno relativamente recente no contexto dos serviços de saúde. Em nível internacional, a qualidade encontra sua primeira fundamentação na Conferência de Alma Ata da Organização Mundial da Saúde em 1978, quando se recomendou a cooperação entre profissionais e usuários como parte de uma estratégia mundial para melhorar a saúde (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a OMS passa a desenvolver programas de garantia da qualidade dos serviços de saúde como prioridade das ações. Contudo, na prática, foi se consolidando uma maior preocupação por aspectos referentes a custos e recursos dos serviços de saúde, com foco na avaliação restrita para o olhar sobre o custo-efetividade (SERAPIONI; SILVA, 2006; 2011).

De fato, a qualidade empregada nos contextos dos serviços de saúde da época esteve quase que exclusivamente relacionada aos custos e ao nível de desenvolvimento econômico, disponibilização de aparatos tecnológicos e o tipo de sistema de saúde adotado (SERAPIONI; SILVA, 2006).

No entanto, vê-se que essas características da qualidade se justificam por questões históricas. Desde o período do feudalismo, encontram-se relatos sobre o emprego do termo qualidade nas práticas dos escambos, quando as pessoas procuravam desenvolver suas práticas, agregando a elas diferentes valores, preocupando-se com a qualidade dos produtos que eram objetos dos escambos (LIMA, SANTIAGO, 2011).

O termo foi inicialmente incorporado aos estudos da área de administração e engenharia e foi amplamente discutido em escala mundial por meio do que é considerado o maior verdadeiro precursor do movimento de qualidade a nível mundial, W. Edwards Deming, que iniciou seus estudos ao verificar que os empregados motivados em uma organização atingiam melhores níveis de produtividade. No entanto, percebeu que a fonte dessa motivação tinha a ver com “a atenção dispensada por parte da gestão a esses empregados, e não com outro tipo de recompensas como os prêmios pecuniários ou as promessas de progressão na carreira” (GOMES, 2004, p.09).

No período pós II Guerra Mundial, Demin, influenciado por Walter A. Shewhart - um estatístico que trabalhava nos Laboratórios Bell. SHEWHART-, passou a relacionar o controle estatístico à compreensão de qualidade, em relação à produção do material de guerra. Nesse contexto, resultou a criação, em 1946, da *American Society for Quality Control* (ASQC), que se dedicava à promoção e ao avanço das ferramentas de qualidade como princípios e práticas a serem adotadas nos locais de trabalho e nas comunidades, defendendo, assim, uma inovação contínua no domínio da qualidade (GOMES, 2004).

Essa sociedade passou por mudanças em sua concepção, ao longo do tempo, configurando-se hoje como a *American Society for Quality* (ASQ), que imprime esforços e ideias para atender às necessidades das empresas, indivíduos e organizações de qualidade em todo o mundo (ASQ, 2013).

A filosofia da qualidade adotada por Demin expressa 14 princípios para a obtenção da qualidade, que são direcionadas especificamente para os gestores. Seus princípios permanecem válidos ainda hoje. Contudo, o seu conceito de qualidade era demasiado restrito, focado exclusivamente nos aspectos técnicos do produto (GOMES, 2004).

Acompanhando o caminhar histórico, pontuam-se, ainda, as contribuições de Juran, que “definiu qualidade em termos da adequação de um produto à sua utilização pretendida”, aproximando, portanto, o conceito de qualidade à perspectiva do cliente ou utilizador. Em seguida, Armand Feigenbaum propôs a expressão “controle da qualidade total” ,em 1956, adotando a ideia de que a qualidade resulta de “um esforço de todos os indivíduos que colaboram com uma organização e não de apenas um grupo de projeto”, buscando a satisfação de todos os agentes envolvidos nas etapas de produção e processo aquisitivo, como, consumidores, funcionários, vizinhos da empresa e acionistas (GOMES, 2004, p. 11; 13).

Kaoru Ishikawa contribuiu também para as concepções de qualidade, ao desenvolver os Círculos de Controle da Qualidade, propondo o diagrama de “Espinha-de-peixe”, também conhecido como “diagrama de causa-efeito”, como uma ferramenta gráfica a ser utilizada pela administração para o gerenciamento e o controle da qualidade, procurando chegar à raiz de uma falha de qualidade explorando causas primárias do problema, causas de causas primárias e assim sucessivamente (GOMES, 2004; CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

Outros autores ainda contribuíram para os conceitos de qualidade ao longo da história, porém até meados dos anos 1980, o debate sobre a qualidade sempre girava em torno da dimensão técnica, ao passo que os aspectos organizacionais, processos gerenciais até então não eram valorizados.

Essa característica da qualidade nas áreas de administração e engenharia também repercutiu no contexto da saúde (AGUIAR *et al.*, 2006; KLUCK *et al.*, 2008).

As medidas para assegurar a qualidade da assistência à saúde são relativamente recentes, de meados da década de 1970 do século passado. No entanto, possuem descendentes de épocas remotas (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000). Adami (2000) apresenta que a primeira documentação formal sobre qualidade na assistência à saúde foi da época da Guerra da Crimeia, quando Florence Nightingale identificou a correlação positiva entre a excelência dos cuidados de enfermagem prestados e a queda da mortalidade entre os soldados, que decresceu de 40% a 2%. Nesse período, já se fazia referência sobre a importância da atenuação dos riscos à saúde e a garantia da qualidade dos serviços.

Com o tempo, o interesse por essa temática nos serviços de saúde foi ganhando cada vez mais destaque com a crescente demanda por serviços de saúde, que levavam ao aumento dos custos, limitação de recursos e evidência de variação da prática clínica, o que fez aumentar o interesse em medir e melhorar a qualidade das práticas de saúde em diferentes países do mundo (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000; QUINTO NETO, 2000).

No Brasil, acompanhando o movimento mundial, a qualidade nos serviços de saúde foi empregada inicialmente no contexto hospitalar, com o movimento de acreditação hospitalar, buscando a diminuição dos riscos e danos aos usuários, devido aos avanços científicos e tecnológicos que estariam ligados a geração desses riscos. Na década de 1990, ocorreram iniciativas independentes de acreditação nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro (ONA, 2001; ADAMI, 2006; QUINTO NETTO, 2000).

Com efeito, somente a partir dos anos 1990, a qualidade passou a ser referência nas políticas públicas de saúde, estando como o diferencial a priorização da opinião do usuário como aspecto determinante no julgamento da qualidade, além da importância da incorporação das práticas interdisciplinares, em detrimento da unidisciplinaridade, para que se avance em mudanças que possam valorizar o sujeito (SERAPIONI, 2010).

A novidade do movimento contemporâneo sobre qualidade é a incorporação da opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade, pelo fato da reconhecida centralidade do cidadão na administração pública e nos sistemas de saúde. Com isso, intensificam-se os estudos que relacionam a qualidade dos serviços à satisfação de seus usuários, entendendo que estes apresentam um duplo papel nos serviços de saúde – atua como consumidor da atenção e, também, produtor (NOGUEIRA, 1994; SERAPIONI; SILVA, 2006).

Adotando os conceitos empregados por Donabedian, a satisfação se configura também como critério de qualidade, inserido na dimensão *resultado*. Para alguns autores, essa dimensão encontra diversas dificuldades de mensuração, pois os resultados obtidos em saúde são devidos a múltiplos fatores (DONABEDIAN, 1966; SERAPIONI, 2010; CARVALHO *et al.*, 2000). Além disso, a satisfação do usuário também se configura como critério de difícil medição por meios quantitativos, tanto pelo múltiplos fatores envolvidos, como pela dimensão subjetiva da opinião do usuário.

A dimensão de satisfação também faz parte da definição de qualidade proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1988), que propõe que cada usuário possa ter acesso a prestações de serviços diagnósticos e terapêuticos a um menor custo, com segurança, obtendo a sua satisfação a respeito das intervenções recebidas, aos resultados obtidos e às interações humanas desenvolvidas dentro do sistema de saúde.

Nessa linha, torna-se interessante a conceituação de Ovretveit (1996, p. 2) que traz a qualidade como “completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço ao custo mais baixo para a organização dentro das regulamentações estabelecidas”.

A definição proposta por Ovretveit (1996) também é compartilhada por outros autores, como Fitzpatrick (1990), Ranci Ortigosa (2000) e Giarelli (2002) que propõem três dimensões para a avaliação da qualidade: (a) qualidade avaliada pelo usuário; (b) qualidade avaliada pelo profissional; (c) qualidade gerencial.

Essas dimensões possibilitam identificar e valorizar as experiências dos principais atores que agem no âmbito da saúde. Mais precisamente no contexto da atenção básica, essa abordagem torna-se imprescindível para garantir a qualidade do serviço (SERAPIONI; SILVA, 2006; 2011).

A qualidade também está relacionada à interação e à comunicação entre profissionais e usuários, além da estrutura organizativa dos serviços de saúde, sendo esses fatores configurados na dimensão *processo*, segundo conceito de *Donabedian*. Nessa dimensão, as metodologias utilizadas, o nível de formação de seus agentes, o fornecimento de uma assistência com segurança e o tempo de duração do atendimento ou da espera para uma consulta ou internação são elementos essenciais para a compreensão de qualidade (SERAPIONI, 2010; DONABEDIAN, 1966; 1978).

Contudo, a qualidade não pode ser analisada somente pela visão isolada das dimensões de *estrutura*, de *processo* ou de *resultado*, em separado, mas sim, na congruência e nas suas correlações, por ser ainda um conceito multifacetado e divergente entre os estudiosos. A Organização Mundial de Saúde considera que uma assistência de qualitativamente adequada deve incluir, dentre outros elementos: qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle dos riscos oriundos das práticas; acesso e aceitabilidade por parte dos usuários (DONABEDIAN, 1966; 1978; ROEMER; MONTROYA-AGUILAR, 1988).

No contexto Brasileiro, o Ministério da Saúde vem priorizando iniciativas que priorizem a implementação do acesso com qualidade aos serviços de saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde nos diversos contextos existentes no País. A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS, ao entender que qualidade deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2013).

No Brasil, desenvolveu-se inicialmente, em 1998, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação, além da aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários, para avaliação dos serviços hospitalares (BRASIL, 2001c).

Contudo, em 2004/2005, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, através de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, optou por reformular o PNASH, dando origem ao Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), com o objetivo de torná-lo mais amplo,

para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

No âmbito da atenção básica, as discussões sobre qualidade são também bem recentes. No contexto mundial, a OMS lançou, em 1989, um programa de promoção da avaliação da qualidade da atenção primária (*Quality assessment and assurance in Primary Health Care*), com o objetivo de sensibilizar gestores, administradores e profissionais da saúde a desenvolver métodos e técnicas para a melhoria da qualidade (SERAPIONI; SILVA, 2006).

No Brasil, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), por meio da Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2012b).

No PMAQ são utilizados indicadores de desempenho e monitoramento para avaliação da qualidade do SUS, sendo referentes aos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência) (BRASIL, 2012b).

Com isso, intensificam-se a proposta de melhoria da qualidade no contexto da atenção básica do país, em prol de implementação dos princípios e diretrizes constitucionais.

Na Atenção Básica, em especial, no contexto da Estratégia Saúde da Família, a busca pela satisfação do usuário, da comunidade, em geral, é de bastante valia, ao passo que entende o usuário como aquele sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde (TEIXEIRA, 2004).

A ênfase na satisfação do usuário pode contribuir para a busca de humanização das práticas, valorização das relações, incorporação de uma assistência segura e favorecimento da acessibilidade. No entanto, a dimensão da qualidade não se limita a analisar

somente a satisfação de seus usuários, ao passo que estes nem sempre sabem do que precisam e, poderiam, até mesmo, requerer terapias inapropriadas ou danosas (SERAPIONI, 2010). Portanto, como apontado por diferentes autores (HOPKINS, 1990; VUORI, 1991; WILLIAMS, 1994) a satisfação do usuário é apenas uma das facetas da qualidade.

3.2.2 Segurança como dimensão de qualidade dos serviços de saúde.

Pelo que já foi até aqui apresentado, vê-se que a construção histórica das discussões acerca da qualidade nos serviços de saúde também revela relação com a execução de práticas seguras.

De forma geral, sabe-se que com o advento dos processos tecnológicos, a incerteza das tomadas de decisões, o aumento da complexidade da prática clínica e das organizações dos serviços de saúde, intensificaram as chances de ocorrência de riscos advindos do processo de incremento tecnológico, elevando a possibilidade de efeitos adversos, comprometendo, assim, a segurança dos usuários do serviço (PRIETO RODRIGUEZ, 2008; ARANAZ *et al.*, 2004). Associado a esse fato, está o aumento da ênfase em relação ao direito do consumidor, o que contribui para o crescimento de cada vez mais de ações judiciais contra profissionais, em especial médicos e organizações onde atuam (QUINTO NETO, 2000).

Essas questões fazem com que se intensifique o interesse na área de segurança do paciente/usuário, como forma de implementar estratégias de melhoria da qualidade dos serviços.

Contudo, ao analisar o passado histórico dos serviços de saúde, vê-se que, por volta do século XIV, as práticas de saúde não valorizavam a dimensão da segurança. Nesse período, as práticas de saúde eram realizadas em casas de caridade sem o emprego das instituições hospitalares como espaço específico para essa prática. No entanto, com o advento da medicina, conhecimento sobre a microbiologia e a incorporação do hospital como ambiente para a realização de práticas de saúde, passa a ser percebida uma preocupação maior com a qualidade do cuidado a ser oferecido e diminuição dos riscos relacionados às práticas de saúde (FOUCALT, 2011). Passa-se, então, a preocupar-se também com a dimensão de segurança, como um elemento que contribui para a construção de uma assistência à saúde de qualidade.

Com isso, iniciam-se os estudos sobre a importância de se promover a segurança do usuário do serviço, como forma de garantia da qualidade do cuidado prestado nos ambientes de assistência à saúde, com o intuito de aprimorar a efetividade das ações em saúde.

No Brasil, um marco importante na atenção à saúde foi a instituição recente do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde (ANVISA, 2013; BRASIL 2013).

Com efeito, as discussões sobre segurança do paciente, ou segurança do usuário, vêm se tornando cada vez mais frequente no contexto de qualidade dos serviços de saúde. Tem-se como marco de confluência do movimento mundial a publicação do relatório pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América, em 1999, sobre erros relacionados com a assistência à saúde, *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To err is human: building a safer health system)* (MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013), que acrescentou a segurança do paciente como uma das dimensões de qualidade.

Apesar do relatório da IOM ser o marco da preocupação da segurança como dimensão de qualidade, percebe-se que mesmo nas obras de *Avedis Donabedian*, já havia a consideração do risco como fator que interferia na qualidade dos serviços, ao definir qualidade como “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo” (DONABEDIAN, 1978). Essa definição traz a preocupação com o equilíbrio entre a minimização dos riscos e dos custos para o emprego da qualidade.

A segurança do paciente/usuário possui diversas definições. Contudo, para o presente estudo, adota-se a definição da OMS, que foi ratificada pelo Ministério da Saúde, na implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ao empregar que “a segurança do paciente corresponde à redução do mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013).

Conforme Portaria de implantação do PNSP, entende-se por dano, o “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim,

ser físico, social ou psicológico”; Enquanto que evento adverso, como “incidente que resulta em dano ao paciente” (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, compreende-se que o conceito de segurança adotado atualmente traz forte relação com a redução e controle dos riscos de danos que o usuário está submetido em seu contexto de cuidado nos serviços de saúde, podendo ser advindos de questões físicas, sociais ou psicológicas. E é em cima desse contexto que a presente dissertação está se apoiando, ao entender que condições sociais e psicológicas também podem repercutir na segurança do usuário.

Sabe-se que até recentemente, os erros, riscos e eventos adversos eram considerados inevitáveis nos ambientes dos serviços de saúde, apesar da afirmação de Hipócrates, há mais de dois mil anos, “*primeiro, não cause dano*”. Entretanto, adota-se atualmente a proposta de repensar os processos assistenciais como forma de intervir e minimizar as falhas antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde (ANVISA, 2013), pois a compreensão atual identifica que é possível sim implementar estratégias para prevenir ou minimizar a ocorrência do erro.

A OMS estima que diferentes danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos em diversos países. Por isso, adotou como princípio fundamental dos sistemas de saúde a necessidade de se promover a segurança do paciente (ANVISA, 2013; SATURNO, 2008), por meio de estratégias de antecipação à ocorrência dos eventos, para minimizar os danos potenciais aos usuários do serviço.

Nessa perspectiva, menciona-se o modelo mais conhecido e citado nos textos sobre eventos adversos e segurança, que é o do “Queijo suíço” de *J. Reason*, que explica a aparição do efeito adverso como resultado da existência dos defeitos ou “buracos” nas diversas barreiras de estrutura e processos do sistema, que poderiam ser evitados. Outra forma de explicá-los seria pela falha na estrutura, desenhos de processos inadequados, ou finalmente, ainda com estrutura adequada, processos perfeitamente definidos e falha na execução devido à conduta humana (SATURNO, 2008).

Percebe-se nessa proposta que a explicação sobre os eventos adversos está ligada às dimensões de estrutura e processo, que são empregadas para a definição de qualidade dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1966; 1988; 1989).

A associação entre a segurança e o processo assistencial não é recente. Em 1855, Florence Nightingale, com base em dados de mortalidade das tropas britânicas, propôs mudanças organizacionais e na higiene dos hospitais, como forma de minimizar os riscos de danos à saúde dos soldados que estavam sendo cuidados (TRAVASSOS; CALDAS, 2013), incorporando a compreensão de que a interferência no ambiente e no processo assistencial pode repercutir na qualidade e segurança do serviço prestado.

Guilam e Castiel (2006) compreendem “risco” como uma palavra que possui diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia. Trata-se de uma palavra oriunda do espanhol, que dá a ideia de “grande penhasco”, relacionando-se, na época, à ocorrência dos perigos ligados às grandes navegações; assim, indicava tanto a ideia de perigo como a de possibilidade de ocorrência de algum evento.

Para Adami (2006), o risco é definido como a possibilidade de perigo incerto e previsível representando ameaça de danos para os clientes/pacientes, visitantes, trabalhadores e/ou instituições de saúde.

Para o presente estudo, adota-se a compreensão de que os riscos de danos no contexto dos serviços de saúde são advindos das dimensões **estruturais** e **processuais** do serviço de saúde, relacionados, respectivamente, às características físicas, instalações e equipamentos do ambiente e estrutura organizacional; aos processos de trabalho desenvolvidos, garantia da continuidade dos cuidados, fluxos de acesso dos serviços, interação entre profissional e usuário e profissional-profissional (DONABEDIAN, 1966; 1988; 1989; SERAPIONI, 2009), dentre outras características presentes no processo de cuidar em saúde.

Contudo, uma das principais dificuldades para se abordar os problemas de segurança é a crença de que os danos e eventos adversos são consequência de ações individuais. Entretanto, sabe-se que a maioria dos deles são advindos do processo assistencial (TEJEDOR FERNÁNDEZ, 2011), que depende, muitas vezes, da combinação entre o processo de trabalho desenvolvido, da estrutura física e organizacional, da qualidade técnica e relacional dos profissionais e da execução dos procedimentos de saúde que, por si só, já podem apresentar riscos à saúde das pessoas.

Villareal Cantillo (2009) ainda ressaltam que os erros e danos também pode ser advindos de falhas humanas, que estão geralmente relacionados à violação dos procedimentos

cometidos por cansaço, estresse, falta de motivação, de atenção, sobrecarga e/ou insatisfação com o trabalho e negligência e no processo de trabalho em equipe.

Por isso, a necessidade de um olhar multifacetário para a discussão sobre segurança das práticas de saúde, para não correr o risco de se adotar uma visão restritiva do erro, somente voltado para a prática técnico-assistencial.

Adotando essa perspectiva, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) defende algumas medidas simples e efetivas de segurança do paciente/usuário, para prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, tais como: “mecanismos de dupla identificação do paciente; melhoria da comunicação entre profissionais de saúde; uso e administração segura de medicamentos; realização de cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higiene das mãos para a prevenção de infecções e prevenção de quedas e úlceras por pressão” (ANVISA, 2013), que fazem parte das condições estruturais e processuais dos serviços de saúde. No entanto, ainda prioriza as dimensões técnicas da segurança do usuário.

Essas medidas propostas pela Anvisa fazem referência às seis áreas de atuação, ou seis metas internacionais de segurança, que foram identificadas pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, em 2005, que são elas: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3) Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*); 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, estando a higiene das mãos como a medida preventiva primária; e 6) Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas (OMS, 2009).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada em 2004, nasce com o objetivo, dentre outros, de apoiar os esforços para a promoção de uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a segurança do paciente (MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013).

Nesse sentido, intensificam-se, a nível mundial, os estudos e publicações que discutem sobre a prática de um cuidado seguro para a garantia da qualidade dos serviços de saúde.

A segurança do paciente/usuário exige, em todos os níveis, o estabelecimento de normas de qualidade, no processo de tomada de decisão, articulação dos recursos e a capacidade para responder às necessidades do paciente (VILLAREAL CANTILLO, 2009), no sentido de que se as nossas necessidades não forem satisfeitas ou expectativas não forem atendidas, de uma forma ou de outra, a qualidade não está sendo atendida (GOMES, 2004; COSTA *et al.*, 2010).

O que resulta no entendimento de que a busca pela segurança do paciente/usuário e da garantia da qualidade do cuidado perpassa também na busca pela satisfação das necessidades de quem está sendo atendido.

Gama e Saturno (2013, p.29) identificam que “os usuários estão cada vez mais educados, informados e participativos, exigindo qualidade”, o que faz com que sejam também participantes desse processo de construção de um serviço seguro e de qualidade.

Com isso, entende-se também que a satisfação do usuário não está relacionada somente à qualidade dos serviços, mas também à segurança do ambiente e processos de trabalho construídos e implementados.

Como já visto, a segurança é uma dimensão da qualidade, conceito este mais abrangente. Nesse ponto, sabe-se que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos ou dimensões, como descritos no quadro a seguir:

Quadro 1: Dimensões da qualidade dos serviços de saúde.

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização, respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade / Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: Adaptado de IOM (2001); OMS (2009) *apud* GAMA; SATURNO (2011).

Os preceitos, como atenção centrada no paciente, garantia do acesso, e equidade dos serviços são pressupostos defendidos, no âmbito nacional, pelo Ministério da Saúde, para garantia de qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005; 2012a).

É importante mencionar que, conforme Gama e Saturno (2013), a segurança tem interseções com quase todas as demais dimensões da qualidade descritas no quadro 1, acima. A segurança está relacionada à efetividade, no sentido de que, quando na prestação dos serviços baseados no conhecimento técnico-científico a todos que podem beneficiar-se deste, há previsão do risco de iatrogenia, efeitos adversos ou dano desnecessário, que podem comprometer a segurança do paciente/usuário. A segurança também está relacionada ao acesso, quando este é deficiente e “prejudica a prestação da atenção de forma oportuna e a tempo, pois os atrasos em atenções necessárias aumentam o risco de complicações”. Outra dimensão muito associada à segurança é a Atenção Centrada no Paciente, pois “tem sido demonstrado que respeitar as preferências e valores do paciente, além de estimular a sua participação em todas as tomadas de decisão que o envolvam, costuma favorecer a sua segurança” (GAMA; SATURNO, 2013, p.33).

Emprega-se também que a segurança está relacionada à incorporação de uma assistência integral e resolutive, que busque a valorização e satisfação dos sujeitos co-autores do processo de cuidar (gestor, profissional e usuário). Com isso, entende-se que a segurança do paciente/usuário não deve estar restrita à prestação de cuidados científico e tecnicamente aceitos, mas também, garantir que as demais dimensões de qualidade também sejam atendidas.

Nesse sentido, adota-se aqui que a segurança é um fenômeno singular, que depende da percepção do indivíduo que está sendo assistido (SMYTHE, 2010). Por isso, torna-se imprescindível o olhar para o usuário do serviço para a garantia de uma prática segura e de qualidade, ao passo que a segurança e a qualidade dos serviços de saúde está diretamente envolvida com o cumprimento das necessidades e expectativas dos usuários desses serviços (GAMA; SATURNO, 2013).

Essa temática sobre segurança e qualidade, por muito tempo, foi presente de forma maciça no contexto do ambiente hospitalar. A abordagem na atenção básica é algo bastante recente e encontra-se com uma tendência de expansão (SATURNO, 2008).

Em 2006, a Agência Nacional de Segurança do Paciente (*National Patient Safety Agency* – NPSA) publicou os 07 (sete) passos para a segurança do paciente na atenção primária. Contudo, vale salientar, que como é uma agência do Reino Unido, o entendimento sobre atenção primária diverge consideravelmente da realidade brasileira.

Os sete passos propostos visam estabelecer um guia de boas práticas, para que as organizações e equipes de saúde possam trabalhar de forma a promover a segurança dos pacientes/usuários atendidos. Conforme a NPSA, os sete passos são: 1) Desenvolver uma cultura de segurança; 2) Liderar e apoiar a equipe nas ações sobre segurança; 3) Integrar as ações com enfoque na gestão dos riscos; 4) Promover a notificação dos eventos; 5) Envolver, comunicar e discutir abertamente com os pacientes e o público; 6) Aprender e compartilhar as lições de segurança, incentivando a equipe a utilizar a análise de causa-raiz a fim de saber como e porque os incidentes acontecem; e 7) Implantar estratégias para a prevenção dos danos (NPSA, 2006).

Em 2008, o Ministério da Saúde da Espanha lançou um estudo sobre a segurança do paciente na atenção primária, denominado *Estudio sobre la seguridadde los pacientes en atenciónprimaria de salud* - APEAS, que pretendia aproximar a realidade da segurança no âmbito dessa atenção, através da obtenção de indícios de eventos adversos (SATURNO, 2008; TEJEDOR FERNANDEZ, 2011). Em março de 2009, foi desenvolvido um questionário de avaliação da cultura de segurança na atenção básica, como forma de facilitar o trabalho em equipe, a discussão aberta dos erros e a crença no clima de aprendizagem busca, para a busca pela melhoria contínua (ESPAÑA, 2011).

No contexto do Brasil, só foram encontradas publicações na atenção primária/básica somente relacionadas à cultura de segurança, sem uma abordagem mais ampla sobre a temática segurança, como está sendo discutido nesse presente material dissertativo.

Nesse sentido, percebe-se que, no contexto internacional e nacional, ainda são incipientes os estudos de emprego específico da segurança ao contexto da atenção básica/primária de saúde, estando a maioria das publicações empregadas com abordagem restritas à abordagem hospitalar, ou empregando a segurança somente na sua dimensão técnica.

3.2.3 Interseção entre segurança, qualidade e satisfação do usuário na produção do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

O usuário do serviço de saúde tem o direito de receber uma assistência à saúde de qualidade, com a garantia de serviços efetivos, eficientes, seguros e que lhe permita estar satisfeito com todo o processo de cuidado em saúde (MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013, p. 13).

Ao passo que, como previamente mencionado, o usuário apresenta um duplo papel nos serviços, de consumidor e produtor da atenção em saúde (SERAPIONI; SILVA, 2006), sendo, portanto, imprescindível a implantação de ações em saúde que busquem a valorização da satisfação dos usuários do serviço.

A inserção do usuário no processo de construção de uma atenção em saúde de qualidade é uma característica relativamente recente, haja vista que, conforme Serapioni (2010), somente a partir dos anos 1990, a opinião do usuário do serviço passou a ser priorizada pelas políticas públicas de saúde para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

No contexto nacional, a participação do usuário e da comunidade marcou o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo protagonista dos movimentos de Reforma Sanitária Brasileira, em busca da construção de uma nova política de saúde, pautada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde, permitindo à centralidade das ações no cuidado ao usuário e comunidade.

A gestão participativa, por meio do controle social garantido pela Constituição Federal e suas leis ordinárias, destaca-se pela possibilidade da população participar do processo de formulação e controle das políticas de saúde, como especificado abaixo:

A democracia participativa do conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. A democracia participativa traz as “ruas” para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo, e, no início do século XXI, timidamente para o poder judiciário, com o Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2006b).

No contexto do SUS, o protagonismo do usuário é algo bastante defendido pelas políticas de saúde, ao buscar promover impacto direto na melhoria do serviço. Portanto, torna-se fundamental conhecer como os usuários avaliam e sentem-se satisfeitos em relação à assistência prestada para, assim, poder repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a

forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (RAMOS; LIMA, 2003), em prol da segurança e qualidade de seus serviços.

Estudos evidenciam que a satisfação do usuário vem sendo considerada como um componente importante na qualidade do cuidado, sendo provedor de informações confiáveis e adequadas, por ser proveniente da opinião do público em relação aos serviços oferecidos, permitindo, assim, o aprimoramento das ações (RAMOS; LIMA, 2003; COTTA *et al*, 2005; MARGOLIS *et al.*, 2003).

Durante as últimas décadas, a satisfação do usuário vem sendo considerada um elemento importante na avaliação da qualidade do cuidado ao prover informações acerca da opinião daqueles que usufruem do serviço, permitindo seu aprimoramento. Salienta-se, ainda, que o papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre usuários e o serviço (COTTA *et al.*, 2005; ROSA; LIMA, 2003). Diante disso, Ramos e Lima (2003, p. 28) afirmam que:

[...] é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (RAMOS; LIMA, 2003, p. 28).

Tanto o modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian (1989), como da Associação de enfermeiras dos Estados Unidos, preconizam que um dos indicadores de qualidade é a satisfação do usuário (REED; BLEGEN; GOODE, 1998).

Cotta *et al.* (2005) acrescenta que inicialmente a busca pela identificação da satisfação do usuário no setor saúde estava voltada para investigação dos aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. No entanto, sabe-se que a qualidade transcende a dimensão técnica, compreendendo também a dimensão ética do conhecimento técnico-científico e metodológico, as relações interpessoais e percepções, assim como, a disponibilização de profissionais competentes, de recursos materiais, prestação de cuidados com segurança, ao reduzir significativamente a ocorrência de danos advindos do processo assistencial, satisfação do usuário, a garantia do acesso ao serviço de saúde e ao processo de cuidar de forma efetiva, atendendo às suas necessidades apresentadas (ADAMI, 2006a; RACOVEAN; JOHAANSES, 1995; CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

A satisfação do usuário é defendida como critério de análise da qualidade desde as publicações de Donabedian, tendo sido mencionada na dimensão *resultado* da qualidade

(DONABEDIAN, 1966; 1989). Além dele, outros autores ratificam a inclusão da satisfação na dimensão nos estudos de análise dos resultados (VUORI, 1991; CARVALHO *et al.*, 2000).

Para o presente estudo, foram priorizadas as dimensões processo e resultados para o alcance dos objetivos propostos, pois, conforme Donabedian (1966), as dimensões *processo* e *resultados*, restritas à satisfação do usuário, por serem entendidas como uma cadeia contínua de meios antecedentes seguida de fins intermediários, que, por sua vez, são meios para outros fins.

Pesquisas realizadas nos últimos anos revelou que a satisfação dos usuários está relacionada mais precisamente à comunicação entre profissional-usuário, a qualidade das informações recebidas, a maneira de ser dos profissionais, acessibilidade, a continuidade e o bom tratamento por parte dos profissionais e o ambiente físico das estruturas sanitárias (SERAPIONI; SILVA, 2006; 2011), estando a maioria desses elementos contemplados nas dimensões de *processo*.

Outros autores, como Bosi, Uchimura (2006), Cotta *et al* (2005) e Serapioni (2010) ainda apontam que as pesquisas realizadas nos últimos dez anos sobre satisfação evidenciam que os usuários mostram-se mais satisfeitos quando há uma relação positiva com os profissionais, quando o serviço de saúde valoriza a comunicação, a oportunidade de escuta, a maneira de atuar dos profissionais, acessibilidade, a continuidade do tratamento e a segurança dos cuidados prestados.

Na verdade, o que se pode entender é que a busca pela qualidade está relacionada não apenas em satisfazer às necessidades dos pacientes, mas garantir que todos os que precisam do mesmo serviço possam consegui-lo, garantido pelo direito da equidade (SERAPIONI, 2010).

Como proposto pela OMS, o sistema de saúde deveria estar voltado para:

- Valorização da dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Proteção e promoção da saúde;
- Ações de saúde centradas nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade sobre sua própria saúde;
- **Foco na qualidade**, incluindo a relação custo-efetividade;
- Financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- **Foco na atenção primária** (STARFIELD, 2004, p.19,20, grifo nosso).

Nesse compasso proposto pela OMS, o Ministério da Saúde segue sua lógica de priorização das ações de prevenção e promoção da saúde na atenção básica, em busca da qualidade na prestação dos serviços, com ênfase no cuidado ao indivíduo e família, incorporação da assistência integral, contínua e resolutiva e satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos, por meio da implantação da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional (BRASIL, 1997; 2005).

E, nessa proposta de melhoria da qualidade da ABS, o enfermeiro atua também como co-produtor desse cuidado, em parceria dos demais integrantes da equipe de saúde, gestores e usuários do serviço, nesse movimento de produção de um cuidado digno, seguro e de qualidade.

Atores defendem que garantir um atendimento seguro e eficiente é um dos elementos-chave da prática de enfermagem, conquistada por meio da prática do cuidado centrado no paciente, do trabalho em equipe, da formação e capacitação dos profissionais envolvidos, valorização do diálogo e das relações, buscando garantir, assim, uma maior satisfação dos pacientes em relação aos cuidados recebidos e, assim, uma melhor qualidade e segurança do cuidado oferecido (HAMSTROM, KANKKUNEN *et al.*, 2012; D'ANTONIO, 2012; WILSON, 2010).

Entretanto, sabe-se que a enfermagem atua como contribuinte também para a produção do erro e eventos adversos, devido à natureza intervencionista de sua prática, como a realização de administração de medicamentos e outros procedimentos terapêuticos no cuidado direto com o paciente/usuário. Em contrapartida, o fazer de seu trabalho, com a adoção de posturas direcionadas à prevenção do erro, discussão aberta sobre a segurança de seu cuidado, podem fazer com que se atenuem os riscos envolvidos, para a promoção de práticas em saúde seguras e de qualidade (YAMANAKA *et al.*, 2007; HUGHES, CHANG; MARK, 2009; HAMSTROM, KANKKUNEN *et al.*, 2012; BRADY, 2009; WILSON, 2010).

Defende-se que quando a prática da enfermagem está centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, a assistência tende a ocorrer embasada em atitudes e habilidades éticas diretamente implicadas na promoção de um ambiente seguro, (COLES; JONES, 2009;

VILLARREAL CANTILLO, 2007; CASTNER, *et al.*, 2012; BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Desse modo, adota-se a reflexão proposta por Smythe (2010) que propõe a comunicação e o diálogo como ferramentas para a produção de práticas seguras e de qualidade. Preceitos, estes, que são defendidos pela Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) no âmbito do SUS, criada em 2003, e que tem como objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, contribuindo para a produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho, ao serem embasados por valores norteadores como a autonomia, protagonismos dos sujeitos co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010, 2004b).

Essas prerrogativas citadas acima que tanto podem estar relacionados à condução de uma prática segura e, por conseguinte e para o desenvolvimento de uma assistência à saúde de qualidade. E pelo fato da segurança ser compreendida como um fenômeno singular, que depende da percepção do indivíduo que está sendo assistido (SMYTHE, 2010), imprime-se aqui a importância da ênfase da satisfação do usuário acerca da segurança das práticas de cuidado que estão sendo desenvolvidas e da qualidade dessas práticas, apesar da literatura ainda priorizar somente a relação entre satisfação e qualidade.

Nesse sentido, a percepção dos usuários sobre a prática do cuidado do enfermeiro na ESF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do seu fazer. Com isso, o usuário é identificado como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde, favorecendo a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita (TEIXEIRA, 2004).

Até mesmo a Aliança Mundial de Saúde emprega a importância de se envolver o paciente na segurança do seu próprio cuidado, como forma de fortalecê-los a expressar suas experiências pessoais e defender a mudança em seu contexto local (WHO, 2008a).

Portanto, emprega-se que para que o cuidado possa se dar de forma segura e com qualidade, alguns elementos pontuados por Ayres (2004) precisam ser priorizados, como o

diálogo, a humanização das práticas, a capacidade de escuta e o acolhimento do sujeito, entendendo o humanizar para além das formulações das políticas de saúde, gestão dos serviços, formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, o que resulta no ir de encontro às transformações das ações assistenciais propriamente ditas.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

A presente investigação se desenvolveu sob o prisma da pesquisa social em saúde, conforme pressupostos elencados por Minayo (2010), na medida em que procurou estar pautada na busca pela compreensão da produção do cuidado do enfermeiro na ESF, sob a vertente das concepções sobre qualidade e segurança, tendo o foco na satisfação do usuário do serviço de saúde.

Diante disso, o percurso metodológico foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, numa perspectiva crítico-analítica, por entendê-la como profícua ao estudo de investigação da satisfação do usuário, entendendo-o como ser humano em sociedade, com suas relações, história de vida e sua produção simbólica acerca de suas experiências, enquanto potencial participante do processo de cuidado do enfermeiro na atenção básica.

Como afirma Minayo (2012), o estudo das relações, das opiniões, das representações, e percepções da produção interpretativa humana, sobre como percebem um determinado aspecto de sua vida, encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar neste universo complexo, ativo e dinâmico.

Ao ser adotada a pesquisa qualitativa, procurou-se dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos sujeitos envolvidos no processo de cuidar do enfermeiro na Atenção Básica, conforme sinaliza Minayo (2012) em relação às preocupações da pesquisa qualitativa:

Na pesquisa qualitativa se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2012, p.21).

Assim, com base no enfoque teórico-metodológico deste estudo, deve-se ressaltar que o corpus desta pesquisa não foi simplesmente “coletado” como um “dado puro” e pré-existente ao desenvolvimento da investigação. Pelo contrário, os resultados aqui apresentados são frutos da inserção da autora no local da pesquisa e de suas interpretações, sentimentos e

pensamentos acerca das percepções do processo saúde-doença, das relações e processos de trabalho em que a produção do cuidado está sendo desenvolvido.

Almeja-se, aqui, ir de encontro aos sentidos, concepções e satisfações despertadas pelos indivíduos que vivenciam a prática do cuidado do enfermeiro no exercício na ESF. Nessa perspectiva, optou-se também pelo uso de investigação por métodos mistos, na qual o investigador recolhe, analisa e mistura os dados, na tentativa de se aproximar de um significado da combinação e o cruzamento dos múltiplos pontos de vista: profissionais e usuários do serviço de saúde (CRESWELL; CLARCK, 2013).

Nos próximos tópicos, serão explorados os percursos traçados e os procedimentos utilizados para a produção de respostas plausíveis ao presente objeto de pesquisa. Ressalta-se, de antemão, que o caminho apresentado a seguir não foi fruto apenas do planejamento pensado inicialmente, mas também de mudanças oriundas da inserção no cenário pesquisado e do contato com as participantes da pesquisa.

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, mas precisamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV). E na tentativa de aproximação com o cenário escolhido, apresentam-se, a seguir, alguns comentários sobre esse território no sentido de descrever melhor suas características e peculiaridades locais.

4.2.1 Cenário Geral da pesquisa: contexto de sócio histórico e demográfico

Em relação ao contexto histórico, Fortaleza, em 13 de abril de 2013, comemorou 187 anos, desde a elevação de seu povoado à condição de vila. No entanto, como afirma Bruno e Farias (2011), o núcleo original de Fortaleza é anterior, no século XVII. Neste início, possuía projeção econômica e política – era um pequeno povoado “perdido” no litoral brasileiro. A base econômica local estava na pecuária. No começo do século XVII, ocorreram as primeiras tentativas de conquista do litoral cearense, surgindo, assim, uma polêmica sobre o local e quem teria “fundado” Fortaleza, Martim Soares Moreno ou a Matias Beck. No entanto, as abordagens histórias mais recentes não coadunam com a ideia de “fundação”, ao referir-se que as cidades não são construídas propriamente num ato fundador e heroico, mas na sucessão do tempo e com esforço anônimo de várias gerações.

Apenas dois séculos depois, cerca da metade do século XIX, Fortaleza tornou-se o principal núcleo urbano, político, econômico e social do Ceará. Iniciou seu desenvolvimento às margens do Rio Pajeú. Atualmente, possui uma área de abrangência de 314,930 km², localiza-se no litoral norte do estado do Ceará e limita-se ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, respectivamente; ao sul com os municípios de Pacatuba e Itaitinga e a oeste os municípios de Caucaia e Maranguape (Fig. 1) (IBGE, 2013; BRUNO; FARIAS, 2011; FORTALEZA, 2007).

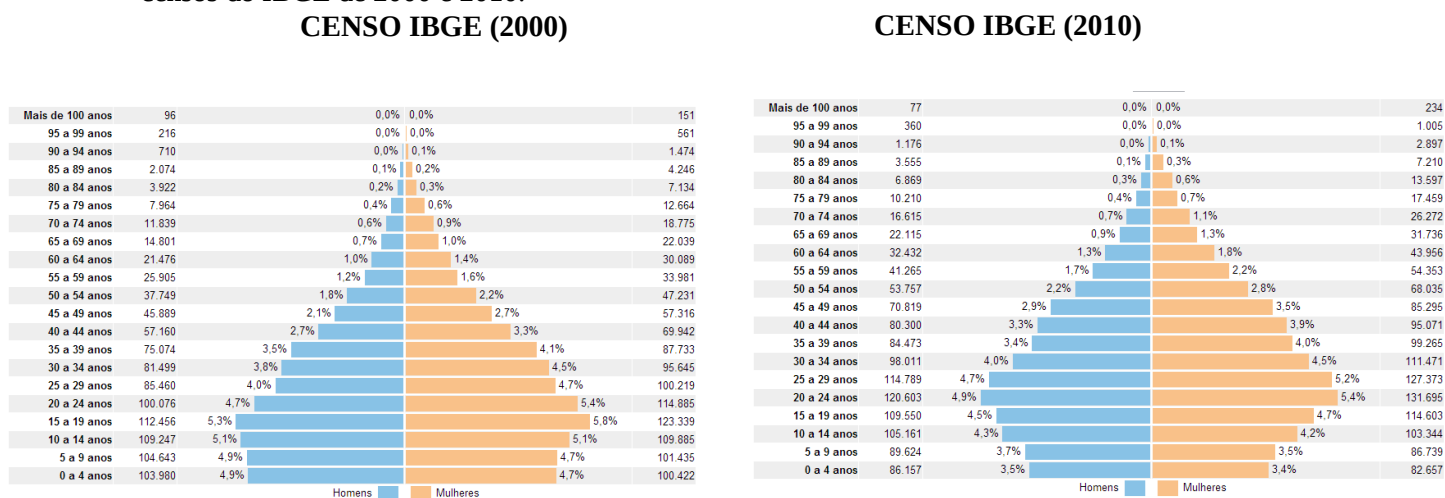
Fig. 1 – Mapa de Fortaleza. Fortaleza, 2013.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013).

Fortaleza tem cerca de 2.452.185 habitantes, sendo a quinta capital do país em termos de população (FORTALEZA, 2013a). De acordo com o último Relatório de Gestão publicado em *site* oficial, a característica populacional da cidade vem mudando nos últimos anos, com aumento progressivo da população adulta e idosa, com base nas diferenças de distribuição populacional entre os Censos de 2000 e 2010, realizados pelo IBGE (Fig. 2):

Fig. 2: Distribuições da população da cidade de Fortaleza, por sexo e por grupos de idade, conforme censos do IBGE de 2000 e 2010.



Fonte: Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000; 2010).

Atualmente, a cidade encontra-se dividida em sete regiões administrativas denominadas de Secretaria Executiva Regional (SER) que possuem um papel executivo das políticas setoriais, que de forma articulada definem suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestam os serviços articulados em uma rede de proteção social. Cada SER dispõe de um distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (MS) (FORTALEZA, 2007)

a) Sistema Municipal de Saúde

Conforme o Plano Plurianual de Fortaleza 2014-2017 (FORTALEZA, 2013a, p.24), “grande parte da população de Fortaleza necessita da assistência média do SUS, que é financiado com recursos públicos do Município, Estado e Governo Federal. O SUS é responsável por todo atendimento ligado à saúde do cidadão de forma gratuita e universal, desde o atendimento ambulatorial até procedimentos mais complexos como o transplante de órgãos”.

A cidade apresenta instalações para realização de serviços de atenção primária, secundária e terciária. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais.

A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. A rede própria é formada por 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (Cemja), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações. No total, são 4541 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até novembro de 2013 (FORTALEZA, 2013b; CNES, 2013).

Em 2011, a rede pública de saúde contava com 17.148 profissionais da área da saúde que se dividiam entre médicos (3.998), dentistas (591), enfermeiros (1.731), agentes comunitários de saúde (2.367), auxiliares/técnicos/atendentes (6.060) e outros (2.191) (FORTALEZA, 2013a).

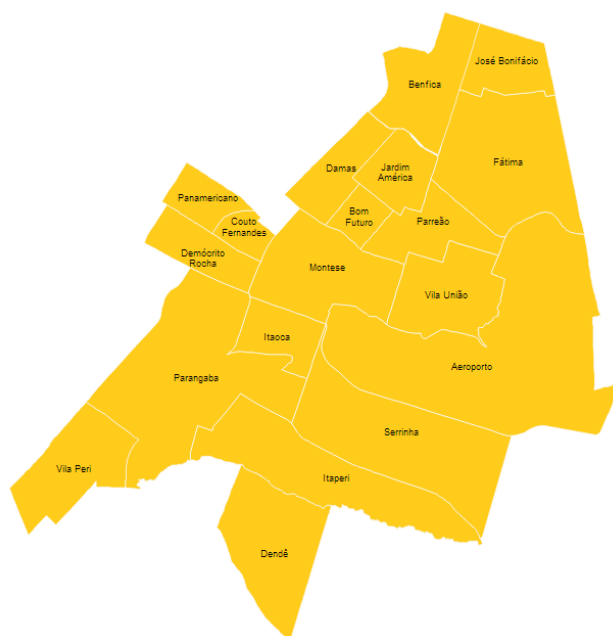
No tocante a atenção básica à população, a cidade tem como referência a Estratégia Saúde da Família, que tem como suporte os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por outros profissionais, como fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas (FORTALEZA, 2013b).

Fortaleza é considerada a terceira cidade do Brasil com maior cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), entre os municípios com mais de 1,5 milhão de habitantes, atingindo 35% da população da capital. A cidade fica atrás apenas de Belo Horizonte, com 75% da cobertura do PSF, e Recife, com 56%. Os dados são do DataSUS, banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, do Ministério da Saúde (FORTALEZA, 2012)

Em relação ao cenário específico da pesquisa, justifica-se a escolha pela SER IV, pelo de que essa secretaria abriga a estrutura física do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos Enfermagem e Saúde, ao qual a autora da pesquisa está vinculada, além do fato de ter vivenciado a realidade da produção do cuidado de enfermagem em uma UBS dessa regional, como interna de enfermagem, pela Universidade Estadual do Ceará, no ano de 2010.

A Secretaria Executiva Regional (SER) IV foi inaugurada em 25 de abril de 1997. Com área territorial de 34.272 km², abrangendo 19 bairros, sendo o mais populoso o bairro da Parangaba, com cerca de 32.840 mil habitantes; e o menos populoso é o Dendê, com apenas 2.480. A rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e um Centro de Atendimento à Criança (Croc). A Regional possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês (FORTALEZA, 2013c). A seguir, encontra-se o mapa da SER IV da cidade de Fortaleza (Figura 3), com seus bairros e divisões:

Fig. 3: Mapa da Secretaria Executiva Regional IV do município de Fortaleza. Fortaleza, 2013 (FORTALEZA, 2013c).



Fonte: FORTALEZA (2013c)

Em conversa inicial com a coordenadoria de saúde da SER IV, verificou-se que todas as unidades básicas de saúde, possuíam equipes da Estratégia Saúde da Família. No total, são 12 (doze) unidades de saúde, abrangendo 39 (trianta e nove) equipes de Saúde da Família, tendo cada equipe a presença de um enfermeiro.

Durante o percurso de contato com o campo, identificou-se que as unidades apresentavam uma média de três equipes de Saúde da Família, sendo cada uma composta por um enfermeiro. Verificou-se, também que nem todas as equipes possuíam todos os

profissionais preconizados, conforme a Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2012 (BRASIL, 2012), como será melhor discutido adiante.

4.3 Participantes da Pesquisa

Para atender aos objetivos da pesquisa, procurou-se ouvir os atores do processo de cuidado, conforme definição das dimensões para avaliação da qualidade: (a) qualidade avaliada pelo usuário; (b) qualidade avaliada pelo profissional; (c) qualidade gerencial, como proposto por Bosi e Uchimura (2006), Ovretveit (1996), Fitzpatrick (1990), Ranci Ortigosa (2000) e Giarelli (2002).

Contudo, ao ter como foco de investigação a produção do cuidado do enfermeiro na atenção básica, adotou-se como gestor desse processo o próprio profissional, como sugerido por Assis *et al.* (2010, p. 65), ao afirmar que “cada trabalhador é também gestor do cuidado”, gerando, assim, a existência de “microgestões na produção do cuidado em saúde a cada encontro entre trabalhador-usuário”.

Com isso, a pesquisa foi realizada por meio de contato com dois grupos: Grupo 1 – enfermeiros, que compõem a equipe de Saúde da Família da SER IV da cidade de Fortaleza (1ª Fase da pesquisa); Grupo 2 – usuários do serviço de produção do cuidado do enfermeiro na ESF da SER IV da cidade de Fortaleza (2ª Fase da pesquisa).

A 1ª fase da coleta de campo iniciou no mês de setembro/2013, com o contato com os enfermeiros da ESF. O processo de seleção de participantes se deu por inclusão progressiva, com o tamanho final da amostra definido por saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começaram a ter uma regularidade de apresentação, a coleta de informações foi interrompida (MINAYO, 2012; FONTANELLA *et al.*, 2011).

Na seleção de enfermeiros e usuários, foi adotado um ponto de partida para início da pesquisa. Na primeira fase da pesquisa, foram selecionados 01 (um) enfermeiro por unidade básica de saúde da família da SER IV. Como o quantitativo de unidades básicas perfaz um total de 12 (doze), a quantidade inicial foi de 12 (doze) enfermeiros, tendo sido escolhidos de forma intencional, obedecendo os critérios de estar presente no dia da ida da pesquisadora à unidade.

Além disso, foi utilizado, ainda, para a seleção dos enfermeiros o critério de ter, no mínimo, 06 meses de atuação no serviço, considerando ser este tempo suficiente para que os mesmos tenham incorporado a assistência de enfermagem. Foram excluídos, os enfermeiros que se encontravam de licença saúde ou por outras demandas, por dificultar o acesso para obtenção das informações.

Na 2ª fase da pesquisa, procurou-se selecionar os usuários, adotando como critério de inclusão: ser adulto, homens e/ou mulheres, com faixa etária entre 19 a 59 anos (BRASIL, 2013b). A escolha dessa faixa se justifica pelo fato da participação da pesquisadora no Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família, da Universidade Estadual do Ceará.

A escolha das unidades para realização dos grupos focais ocorreu devido à aceitação pela coordenação e enfermeiro, que participou da 1ª fase; além de disponibilidade de espaço físico para realização dos grupos. Foram excluídas as unidades que se localizavam em áreas de difícil acesso para a pesquisadora, além de serem consideradas de risco de violência.

4.4 Coleta de campo

O contato com o campo foi iniciado com o contato com a Secretaria Municipal de Saúde, para obtenção da carta de anuência para realização da pesquisa. Nesse momento, os objetivos e a sugestão de percurso metodológico foram apresentados, além da relevância e dos benefícios que os resultados poderiam trazer para o município.

Após esse contato, procurou-se conversar com a Coordenadoria de Saúde da SER IV para saber sobre a viabilidade da realização da pesquisa nas unidades adscritas. A partir disso, o projeto foi enviado à Plataforma Brasil no mês de março/2013, que o direcionou para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No entanto, por questões desconhecidas pela autora, o parecer só foi emitido no dia 07 de setembro de 2013, o que fez com que atrasasse o início da coleta de campo.

Após emissão do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com nº 387.139, divulgado em setembro/2013, fez-se contato novamente com a Coordenadoria de Saúde da SER IV, para confirmar início da pesquisa.

Em seguida, foram iniciadas as visitas às unidades de saúde, em meados do mês de setembro/2013, para contato com o coordenador da unidade e, assim, poder agendar o início da primeira fase da pesquisa.

1ª Fase da Pesquisa: Uso de Formulário para caracterização do campo (Apêndice B); Formulário para caracterização dos enfermeiros (Apêndice C); Entrevista semiestruturada (Apêndice D) e Observação Sistemática (Apêndice G).

A primeira fase foi iniciada em set/2013 e finalizada no mês de out/2013. Na maioria das unidades, as visitas iniciais coincidiram com o início das entrevistas, sendo que somente em duas unidades, o contato com os enfermeiros teve que ser reagendado para outro momento, conforme disponibilidade do profissional.

Como ponto de partida, procurou-se, inicialmente, conversar com um enfermeiro de cada unidade. Nessa primeira fase, foi apresentado, inicialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A1), quando foram apresentados os objetivos da pesquisa, o percurso metodológico, além de outras informações pertinentes. Após aceite favorável, foram utilizadas dois formatos de formulários, sendo o primeiro para caracterização do campo empírico (Apêndice B) e o segundo para caracterização dos enfermeiros (Apêndice C). Ao final, foi realizada uma entrevista semiestruturada com os enfermeiros (Apêndice D). Além disso, a pesquisadora ainda realizava observação sistemática, registrando anotações em um diário de campo, desde o primeiro contato com o campo.

Durante o contato com cada enfermeiro, também foi apresentada a possibilidade de retorno à unidade para realização da 2ª fase da pesquisa.

Optou-se por utilizar formulários para obtenção de dados, por ser um instrumento preenchido pelo pesquisador de obtenção, geralmente, de dados quantitativos, de forma mais rápida e precisa (FIGUEREDO, 2009). Enquanto que os dados de cunho subjetivos, nessa primeira fase, puderam ser investigados pela realização de observação sistemática e entrevista semiestruturada.

A escolha pelo uso de entrevista semiestruturada, justificou-se pelo objetivo de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, apresentando-se como fonte de informação tanto de dados secundários, que dizem respeito a fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, etc; como de

dados primários, também denominado de dados “subjetivos”, que se referem a informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia. A classificação semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2012, p. 64).

Empregou-se, também, o uso de observação sistemática, por ser uma maneira de compreender a realidade de forma complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permitiu captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVINOS, 2009). Para realização dessa técnica, a pesquisadora utilizou um diário de campo para anotações e registros das observações, com base no roteiro disponível no Apêndice G.

Voltando ao delineamento dos instrumentos de coleta de dados, utilizou-se o formulário para caracterização do campo, com o intuito de identificar a quantidade de equipes em cada unidade; se todas estavam completas, com a equipe mínima de profissionais preconizada pela PNAB (BRASIL, 2012a) e, em casos de deficiência, quais seriam as categorias profissionais em falta; as ações realizadas pelo enfermeiro na unidade; média de atendimentos realizados pelo enfermeiro, por semana; e se a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) oferecia de forma periódica cursos de formação profissional.

Por meio do formulário para caracterização dos enfermeiros, procurou-se identificar sexo; idade; naturalidade; estado civil; renda pessoal; formação em pós-graduação; tempo como graduados; tempo de atuação como enfermeiros na unidade; qual vínculo de trabalho possuíam com a SMS; se possuíam algum outro vínculo de trabalho; e se haviam realizado cursos de formação nos últimos dois anos na área de saúde da família.

Nesse processo, obteve-se que 11 enfermeiros eram do sexo feminino, possuíam uma média de 37,8 anos de idade; oito deles eram casados. Em relação à prática laboral, recebiam uma média de 7,5 salários mínimos, sendo 11 deles com vínculo estatutário e possuíam uma média de cinco anos de tempo de atuação no local atual de trabalho. Em relação à formação, os enfermeiros possuíam uma média de 13,7 anos de tempo de formação de graduação e todos possuíam, ao menos, um curso de formação de pós-graduação.

Nessa primeira fase da pesquisa, identificaram-se algumas características que se encontram melhor detalhadas no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2: Caracterização das Unidades Básicas de Saúde da SER IV, da cidade de Fortaleza,CE, com base nos dados de observação sistemática.

Unidade A: A visita no período da manhã. Boa recepção pela coordenação e enfermeira. Unidade com pouca demanda no momento. A maioria dos usuários estava concentrada na recepção e alguns na frente de portas para consulta médica. Enfermeira relata, dentre outras questões, realização de ações dentro da comunidade (realização de grupos, palestras, visitas domiciliares...) e, no ambiente interno, restritas às consultas clínicas individuais, por falta de infraestrutura; além de referir falta de incentivo da gestão e tratamento sem isonomia entre as categorias profissionais. A entrevista teve que ser interrompida três vezes, para que a enfermeira pudesse atender demandas variadas de usuários, mesmo o horário não estando reservado para atendimento.
Unidade B: Visita no período da manhã. Boa recepção pela coordenação e enfermeira. Unidade com grande quantidade de usuários no período, concentrados na recepção e na frente de consultórios médicos. Enfermeira relata ações restritas à consulta individualizada e visita domiciliar. Enfermeira apresentou-se com desânimo para o trabalho, devido às limitações de infraestrutura e falta do apoio da gestão, referindo, também, tratamento sem isonomia entre as categorias profissionais. A entrevista teve que ser realizada na presença de mais duas enfermeiras na sala, por questões de limitação de espaço físico.
Unidade C: Visita no período da tarde, com pouca demanda no período. Alguns usuários aguardando consulta médica, outros realizando aferição de sinais vitais. Boa recepção pela coordenação e enfermeira. Enfermeira manifestou ações restritas à consulta individualizada. Apresentou-se pouco desmotivada para o trabalho, devido às limitações de infraestrutura. Unidade em funcionamento em prédio provisório, devido à reforma no prédio original.
Unidade D: Visita no período da tarde, com moderada demanda no período. Grande parte dos usuários aguardando consulta médica. Boa recepção pela coordenação e enfermeira. Enfermeira manifestou ações restritas à consulta individualizada, por questões de limitação estrutural. Referiu desânimo, devido às limitações de infraestrutura e falta de apoio da gestão municipal. Funcionamento em unidade provisória, devido à reforma em unidade original.
Unidade E: Visita no final da tarde, com pouquíssima demanda no período. Boa recepção pela coordenação. No entanto, houve inicialmente um pouco de resistência para que a entrevista fosse realizada, devido ao fato da presença de uma profissional da SER IV, que afirmou não ter sido comunicada do início do projeto de pesquisa. Após esclarecimentos, a entrevista pôde ser realizada. Unidade apresentava-se em reforma. A enfermeira referiu ações restritas à consulta individualizada, por questões de limitação estrutural, além de algumas atividades relativas ao PSE. Apresentou-se desmotivada com o trabalho, referindo desejo de atuar em ambiente hospitalar, por questões de limitações de infraestrutura e falta de apoio da gestão na atenção básica. Mostrou-se com receio de possíveis retaliações, devido à realização da pesquisa.
Unidade F: Visita realizada no período da manhã; elevada demanda no período, com filas na recepção e farmácia. Boa recepção pela coordenação e enfermeira. Enfermeira referiu ações voltadas para triagem e atendimento de enfermagem individualizado. Referiu insatisfação devido a limitações de infraestrutura e de gestão.
Unidade G: Visita realizada no período da tarde, com moderada demanda no período. Usuários aguardando consulta médica e de enfermagem; e outros na recepção. Enfermeira relatou ações restritas às consultas individualizadas. Mostrou-se com uma boa relação afetiva com os usuários. Referiu insatisfação por limitações estruturais.
Unidade H: Visita realizada no período da tarde, com baixo fluxo de usuários. Grande parte aguardando consulta médica; outros, consulta de enfermagem. Boa recepção pela coordenação e enfermeiro. Enfermeiro manifestou ações restritas às consultas individualizadas, realização de triagem e visita domiciliar. Referiu, dentre outras coisas, insatisfação devido a limitações de infraestrutura. Unidade encontra-se em reforma no período.
Unidade I: Visita realizada no período da tarde. Fluxo moderado de usuários, espalhado nos corredores da unidade. Boa recepção pela coordenação, que se mostrou motivada com a pesquisa. Enfermeira mencionou ações restritas às consultas individualizadas e visita domiciliar. Mostrou-se priorizar o vínculo e a escuta durante as consultas. Refere insatisfação pela questão de infraestrutura. Funcionamento da unidade em instalação provisória, devido à reforma na unidade original.

Unidade J: Primeira visita realizada no período da tarde, com boa aceitação pela coordenação. No entanto, precisou ser reagendada, devido à indisponibilidade da enfermeira participante realizar a entrevista naquele momento, sendo remarcada para outro período. Segunda visita no horário da tarde, com baixíssimo fluxo de usuários, com algumas pessoas no corredor e na fila para receber medicação. Enfermeira refere ações preventivas e de promoção da saúde na comunidade e, na unidade, com consultas individualizadas, além de visita domiciliar. Apresenta, ainda, insatisfação pela questão de infraestrutura e falha no fornecimento de materiais.

Unidade K: Visita realizada no período da manhã. Moderado fluxo de usuários. Boa aceitação pela coordenação e enfermeira. Enfermeira mostrou-se receosa com a entrevista, por temer retaliações. Menciona ações restritas às consultas individualizadas. Refere insatisfação pela limitação de infraestrutura. Atendimentos realizados em instalações provisórias, por questões de reforma na unidade original.

Unidade L: Contato inicial feito no período da tarde. Boa aceitação pela coordenadora. No entanto, a entrevista teve que ser reagendada, por indisponibilidade da enfermeira. No dia marcado para retorno, a enfermeira faltou, alegando questões de saúde, sendo reagendado novo momento. No terceiro dia, no período da tarde, a entrevista pôde ser realizada, com boa aceitação, pela enfermeira. Moderado fluxo no período. Grande parte dos usuários aguardando consulta médica; outros na fila da recepção. Enfermeira apresentou insatisfação pelas limitações de infraestrutura, porém ressalta um bom trabalho em equipe na unidade. Menciona ações voltadas para consultas individualizadas, triagem, visita domiciliar, início de realização de grupo.

Ao final do emprego dos formulários, as entrevistas eram iniciadas, partindo de cinco questões norteadoras: 1 – Produção do cuidado do enfermeiro na unidade; 2- Fluxo(s) do usuário no serviço para realização de ações relacionadas à enfermagem; 3- compreensão de qualidade e segurança relacionada à produção do cuidado do enfermeiro na Unidade; 4- Limitações e Facilidades de produção de um cuidado seguro e de qualidade; e 5-Estratégias para implementação de um cuidado seguro e de qualidade.

Com o decorrer de cada entrevista, outros questionamentos iam sendo adicionados à entrevista, como, por exemplo: se mesmo com as limitações apresentadas, os enfermeiros conseguiam desempenhar um cuidado integral e resolutivo; se compreendiam se o cuidado produzido poderia ser entendido como seguro e de qualidade.

Ressalta-se que todos os enfermeiros aceitaram ter sua entrevista gravada. Somente uma enfermeira apresentou uma resistência no início da entrevista para realização da gravação, alegando estar com problemas vocais, mas acabou aceitando logo em seguida.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, acompanhada por bolsistas de Iniciação Científica e enfermeiras, que fazem parte do grupo de pesquisa, para que pudessem iniciar a inserção no campo da pesquisa científica. As entrevistas foram conduzidas individualmente ou em dupla.

Após essa primeira fase, as gravações foram transcritas, respeitando a fidedignidade dos relatos. Foi feita iniciada análise dos dados transcritos, sendo percebida

saturação teórica das informações apresentadas, fazendo com que essa primeira fase fosse previamente concluída, para início da segunda. Frisa-se que se caso fosse percebida a necessidade de retorno às unidades para continuação das entrevistas, a primeira fase seria retomada, mesmo tendo já tendo iniciado a segunda, conforme propõe Minayo (2012) para estudos de pesquisa qualitativa.

2ª Fase: Formulário para caracterização do usuário (Apêndice E) Grupo Focal (Apêndice F) e Observação Sistemática (Apêndice G).

A segunda fase foi iniciada em meados do mês de outubro/2013 e foi finalizada no mês de novembro/2013. Nesse período, foram inicialmente selecionadas as unidades, conforme critérios de inclusão e exclusão previamente mencionados. Diante disso, foram selecionadas as unidades A, B, C, D, H e L, conforme nomeação empregada no Quadro 2.

Como ponto de partida, procurou-se, inicialmente, conversar com o enfermeiro participante da primeira fase da pesquisa, para identificação da viabilidade de realização da 2ª fase, conforme critérios previamente mencionados. Após escolha das unidades, foi feito um planejamento de realização das atividades, conforme cronograma reajustado para coleta de campo e disponibilidade de realização das unidades.

O retorno às unidades seguiu a ordem: B, H, D,A,C e L. Nessa segunda fase, a pesquisadora foi a campo, sempre acompanhada por uma bolsista de Iniciação Científica ou uma enfermeira participante do grupo de pesquisa. Foi disponibilizado, em algumas unidades, um lanche para ser oferecido aos usuários que aceitassem a participar da pesquisa, sendo previamente comunicado à unidade e com custos financeiros pagos pela pesquisadora. O lanche só foi oferecido nas unidades que dispuseram de espaço físico para organização desse momento.

Foi preparado também um papel em forma de convite (Apêndice H) para ser entregue aos usuários e, assim, fortalecer o convite para participar da pesquisa

Após escolha dos usuários, de forma intencional e conforme os critérios de inclusão e exclusão explicitados anteriormente, foi, inicialmente, solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A2), quando foram apresentados de forma mais clara os objetivos da pesquisa, o percurso metodológico, além de outras informações pertinentes.

Após aceite dos usuários em participar da pesquisa, foi utilizado um formulário, para caracterização dos usuários (Apêndice E), com questões relacionadas à idade, naturalidade, estado civil, renda pessoal, renda familiar, atividade laboral, tempo de usuária da unidade e motivo de ida à unidade.

Após emprego desse formulário, foram iniciados os grupos focais, realizados com base os pressupostos de Minayo (2010), que orienta que cada sessão deverá conter entre 06 (seis) a 12 (doze) participantes.

O grupo focal vem sendo citado como técnica na área da saúde, nas publicações a partir da década de 1980. Utilizado como técnica de pesquisa qualitativa, cuja obtenção dos dados ocorre a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo. Conforme estudiosos, pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. Tem como propósito desenvolver um processo que permita a compreensão das experiências do grupo participante, a partir do seu próprio ponto de vista. Pode servir como forma de aproximação, integração e envolvimento com os participantes (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; LERVOLINO; PERLICIONI, 2001; MINAYO, 2010).

Os grupos focais foram realizados com uma média de 40 minutos/cada, sendo realizado por um animador/moderador, que foi pesquisador principal, que se incumbiu de proporcionar um ambiente relaxado e que pudesse conduzir a uma troca de experiências e perspectivas, para que diferentes percepções e pontos de vistas pudessem vir à tona, sem que houvesse nenhuma pressão para que seus participantes cheguem a um consenso; Além da presença de um relator, que auxiliou o animador/moderador nos aspectos organizacionais e que também esteve atento ao processo de desenvolvimento do grupo, registrando o processo criativo e interativo do grupo, conforme caminhos preconizados por Lervolino e Perlicioni (2001) e Minayo (2010;2012).

Os grupos foram conduzidos como um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos de usuários que compartilhavam a experiência de estarem participando desse processo de cuidado na unidade de Saúde da Família. Foi utilizado um roteiro (ANEXO F) previamente estruturado, com base nos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2010; 2012).

As três bolsistas de Iniciação Científica, além de uma enfermeira participante do Grupo de Pesquisa, fizeram o papel de relator nos grupos focais desenvolvidos, tendo sido cada uma determinada para participar de, no mínimo, um grupo focal. Como foram realizados seis grupos, duas delas participaram de dois grupos/cada.

Ao todo, participaram 48 usuários, com uma média de sete participantes/cada, respeitando os limites mínimo e máximo de participantes para cada grupo.

Com a coleta, identificou-se que 90,7% dos usuários eram do sexo feminino; possuíam uma média de 45,2 anos de idade, tendo sido investigados os usuários com idade entre 22 a 59 anos; e 42% eram casados. Em relação à prática laboral, 51% não trabalhavam. Aqueles que tinham alguma renda (trabalho, pensão ou aposentadoria) possuíam uma renda pessoal em torno de 1,2 salários mínimos; enquanto que no total de usuários investigados, foi identificado que a renda familiar possuía uma média de 02 (dois) salários mínimos.

Ressalta-se que durante o contato com as unidades nessa segunda fase da pesquisa, continuou sendo utilizada observação sistemática, com uso de diário de campo.

Os grupos focais serão identificados ao longo do texto de acordo com a ordem com que foram realizados: Grupo I, Grupo II, Grupo III, Grupo IV, Grupo V e Grupo VI.

Conforme conversa com coordenação e enfermeiros participantes da pesquisa, os grupos focais foram marcados para serem realizados no horário em que os usuários teriam que chegar à unidade para aguardar consulta médica, devido à necessidade de chegarem mais cedo do que o horário previsto para atendimento. Com isso, o pesquisador apresentava um espaço em torno de 1h30min para realização do convite, organização do espaço e realização do grupo em si.

A fim de possibilitar uma maior aproximação com os grupos e facilitar a compreensão dos resultados, segue uma descrição sucinta dos grupos, a partir das impressões e registros, oriundos da observação sistemática (Quadro 3):

Quadro 3: Descrição dos grupos focais ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde da SER IV, da cidade de Fortaleza, CE, com base nos dados de observação sistemática.

GRUPO I – Grupo realizado na unidade B, mediante agendamento prévio com a enfermeira. Realização num corredor mais afastado da unidade, por restrição de disponibilidade de espaço físico. Diante disso, o lanche não pôde ser oferecido. Participaram seis pessoas, sendo cinco mulheres e um homem. Duas mulheres relataram que tinham contato com a unidade de forma esporádica. Discussões entre os usuários com ênfase para a dificuldade de marcação para atendimento médico; além de insatisfação com as falhas de infraestrutura da unidade, com condições de banheiro precárias; além de falha no fornecimento de equipamentos, medicamentos e, até mesmo, água para beber.
GRUPO II – Grupo realizado na unidade H, mediante agendamento prévio com o enfermeiro. Foi programado para que o grupo iniciasse no horário que os usuários chegariam à unidade, para aguardar consulta médica. Realização em auditório e com espaço para organização do lanche. Participaram seis mulheres, com discussões coletivas que enfatizaram a insatisfação pela dificuldade de marcação de consulta para atendimento médico, falha no fornecimento de medicações e relatos de insatisfações com atendimento de enfermagem, devido a restrições do enfermeiro em prescrever medicamentos.
GRUPO III – Grupo realizado na unidade D, mediante agendamento prévio com a enfermeira. Grupo realizado em uma parte mais externa da unidade, onde os usuários aguardavam atendimento médico. Não pôde ser realizado o lanche, devido à limitação de espaço. Participaram seis pessoas, sendo um homem. As discussões coletivas enfatizaram a insatisfação pela dificuldade de marcação de consulta para atendimento médico, falha na infraestrutura da unidade, demora para marcação e recebimento de exames.
GRUPO IV – Grupo realizado na unidade A, mediante agendamento prévio com a enfermeira, que disponibilizou um consultório de enfermagem para realização do grupo. No entanto, como o consultório apresentava um espaço reduzido e ficava localizado em um corredor mais isolado da unidade, o grupo foi realizado nesse corredor e o lanche disposto no consultório. Participaram seis mulheres, que aguardavam consulta médica. Discussões coletivas que relacionaram a segurança com as questões ligadas à relacionamento entre trabalhador-usuário, administração de medicamentos e outros procedimentos de enfermagem; relatos de insatisfação pelas condições precárias de infraestrutura e falha no fornecimento de materiais.
GRUPO V – Grupo realizado na unidade C, mediante agendamento prévio com a enfermeira, que sugeriu que o grupo fosse realizado em um dia, horário e espaço específico, quando teria uma boa quantidade de usuários aguardando consulta médica. Grupo realizado em um salão interno, mais afastado, no entanto, sem a garantia de privacidade auditiva, devido à circulação de pessoas. O lanche foi oferecido em um consultório de enfermagem. Participaram doze usuários, sendo dois homens. O grupo priorizou as discussões em relação à logística empregada para marcação de consultas, exames e encaminhamentos. Algumas mulheres relataram insegurança com o atendimento pelo enfermeiro, devido à crença na priorização do trabalho médico. Relatos que relacionavam segurança a questões de relacionamento trabalhador-usuário, execução de procedimentos de enfermagem, risco de violência, dentre outros fatores. Grande parte apresentou-se insatisfeita com a deficiência de infraestrutura, disponibilização de água para beber e higiene nos banheiros, além de falha no fornecimento de medicamentos.
GRUPO VI – Grupo realizado na unidade L, mediante agendamento prévio com a coordenadora da unidade, que sugeriu que o grupo fosse realizado em um dia, horário e espaço específico, quando teria uma boa quantidade de usuários aguardando consulta médica. Grupo realizado na recepção da unidade, por falta de espaço físico mais reservado, portanto o lanche não pôde ser oferecido. Participaram sete mulheres, cuja maioria mostrou-se satisfeita com o atendimento de enfermagem da unidade; duas usuárias referiram insatisfação com a infraestrutura, condições precárias de higiene, dificuldade para marcação de exames e consultas especializadas; além de relatarem serem mal recebidas por alguns trabalhadores da unidade.

4.5 Análise e Interpretação dos resultados

De início, desenvolveu-se uma análise descritiva simples dos dados coletados com o uso formulários, sendo feita por meio do uso do programa *Excel*, versão 2010.

Esses dados descritivos já foram previamente apresentados neste percurso metodológico, como forma de caracterizar os participantes da pesquisa, contudo ainda serão

melhor discutidos no capítulo referente aos resultados da pesquisa, a fim de auxiliar na interpretação dos resultados obtidos.

Enquanto que os dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada com enfermeiros, grupo focal com usuários foram devidamente transcritos, respeitando a fidedignidade das expressões e, assim, analisados e interpretados à luz da Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2010; 2012). Os conteúdos das observações foram complementares para a análise.

Para Minayo (2010, p. 316), fazer uma análise temática consiste em “descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Desse modo, a análise dos registros obtidos foi feita com base nas etapas propostas (Minayo, 2012): Pré-Análise; Exploração do Material e Tratamento dos Resultados/Inferência/ Interpretação, como melhor descritas a seguir:

- *Fase de Pré-análise:*

Nesse primeiro momento, foi feita a escolha dos documentos para análise, com base nos pressupostos iniciais e objetivos da pesquisa, por meio de uma leitura flutuante e compreensiva do conjunto dos resultados obtidos nas diferentes técnicas de coleta de campo. Com isso, os depoimentos e registros de observações foram se tornando mais sugestivos.

Nesse momento, procurou-se identificar se os discursos produzidos realmente davam respostas aos objetivos e pressupostos iniciais do presente trabalho.

Nessa fase pré-analítica, determinaram-se as *unidade de registro* (palavra-chave ou frase), *unidade de contexto* (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os *recortes* para a *categorização dos dados* e, em sequência, foram elencados os *conceitos teóricos* que orientaram a análise.

- *Fase de Exploração do Material e Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação:*

Essa etapa trata-se da análise, propriamente dita, constituindo-se de uma fase inicial classificatória, com eleição de categorias, com vistas a alcançar o núcleo de

compreensão do texto, denominados de núcleos de sentido, através da realização de inferências.

Nesse sentido, como propõe Minayo (2012), faz-se inferência quando se deduz de maneira lógica algo do conteúdo que está sendo analisado, sendo essa fase intermediária entre a descrição e a interpretação do material.

Para classificação, foi adotado o modelo de classificação de dados qualitativos, proposto por Assis *et al.* (1998), sendo construídos os quadros classificatórios para análise dos relatos de enfermeiros e usuários:

Para os relatos de enfermeiros, utilizou-se os modelos de quadros 04, 05 e 06, conforme apresentados a seguir:

Quadro 4: Noções gerais da produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Fortaleza,CE.

Participantes		Enf.1	[...]	Enf. 12	Síntese Horizontal
Aspectos de análise	Ações desenvolvidas pelo enfermeiro				
	Limites para execução das ações				
	Fluxo dos usuários na unidade				
	Limites para o fluxo				
	Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Quadro 5: Elementos relacionados à concepção dos enfermeiros acerca dos termos “Segurança” e à “Qualidade” da produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Fortaleza,CE.

Participantes		Enf.1	[...]	Enf. 12	Síntese Horizontal
Aspectos de análise	Elemento 1				
	[...]				
	Elemento “n”				
	Elemento 1				
	[...]				
	Elemento “n”				
Síntese Vertical					

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Quadro 6: Análise de categorização das entrevistas, com base nas estratégias listadas para a produção de um cuidado seguro e de qualidade. Fortaleza, CE.

Aspectos de análise		Participantes	Enf.1	[...]	Enf. 12	Síntese Horizontal
Estratégias para Segurança		Estrat. 1				
		[...]				
		Estrat. “n”				
Estratégias para Qualidade		Estrat. 1				
		[...]				
		Estrat. “n”				
Síntese Vertical						

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Sendo assim, foi feito inicialmente uma interseção entre os elementos identificados no Quadro 5, para identificação daqueles que foram, concomitantemente, relacionados à Segurança e Qualidade para a produção do cuidado do enfermeiro, para uma recategorização dos elementos em comum.

Para análise dos relatos dos usuários, obtidos nos grupos focais, procurou-se analisar e representar grupo, de forma geral, ressaltando as opiniões concordantes e discordantes, quando estas eram identificadas.

Nesse momento, também foi feita a análise em quadro, conforme exemplo do Quadro 7, a seguir:

Quadro 7: Análise dos grupos focais, no tocante à produção do cuidado do enfermeiro, relacionados à qualidade e segurança e satisfação do usuário. Fortaleza, CE. 2013.

Participantes		Grupo.1	[...]	Grupo 6	Síntese Horizontal
Aspectos de análise					
Ações desenvolvidas pelo enfermeiro					
Segurança	Elemento 1				
	[...]				
	Elemento “n”				
Qualidade	Elemento 1				
	[...]				
	Elemento “n”				
Pontos de Satisfação	Ponto 1				
	[...]				
	Ponto “n”				
Pontos de Insatisfação	Ponto 1				
	[...]				
	Ponto “n”				
Estratégias para Segurança	Estrat. 1				
	[...]				
	Estrat. “n”				
Estratégias para Qualidade	Estrat. 1				
	[...]				
	Estrat. “n”				
Síntese Vertical					

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Em seguida, foi feita a associação elementos daqueles que foram, concomitantemente, relacionados à Segurança e Qualidade para a produção do cuidado do enfermeiro, para uma recategorização dos elementos em comum.

Em fase de recategorização dos elementos comuns de cada grupo de participantes – enfermeiros e usuários- puderam ser identificados os elementos comuns para ambos os grupos. E, devido à semelhança entre alguns elementos, realizou-se a formação de grupos categoriais, que se refere à junção de elementos semelhantes identificados e relacionados aos termos de segurança e qualidade, conforme Quadro 8, do Eixo Temático II, dos resultados.

Após essa fase de categorização, foi feita uma inferência dos dados, com base nos pressupostos teóricos, objetivos e referencial teórico adotado. Desse modo, puderam ser elencados núcleos de sentido relacionados à concepção de qualidade e segurança de ambos os participantes, conforme dispostos abaixo:

Núcleo 1: Elementos estruturais interferem na produção do cuidado do enfermeiro com Segurança e Qualidade;

Núcleo 2: Processos de cuidar, de gestão e de trabalho funcionam como dispositivos para a produção de um cuidado seguro e de qualidade:

A partir disso, puderam ser associados os núcleos de sentidos aos pontos de (in) satisfação dos usuários em relação à produção do cuidado, seguro e de qualidade, do enfermeiro na ESF.

Ressalta-se, ainda, que para análise do(s) caminho(s) percorrido(s) pelo usuário no serviço, citados no Quadro 4 deste percurso metodológico, será utilizado o “Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”, proposto por Merhy e Onocko (1997).

Por fim, foi elaborada uma síntese interpretativa dos dados, inter-relacionando-os com os objetivos, referencial teórico e pressupostos da pesquisa, abrindo, assim, a possibilidade de novos olhares e descobertas a partir da análise, interpretação e discussão do material obtido.

A interpretação e discussão dos dados foi pautada com base no referencial teórico utilizado, sendo priorizadas discussões com base nas produções do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Aliança Mundial de Segurança do Paciente, Programa Nacional de Segurança do Paciente, obras de *Avedis Donabedian*, dentre outras publicações pertinentes que discutem a temática sobre produção do cuidado de enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Qualidade do cuidado nos serviços de saúde, segurança do paciente/usuário e satisfação do usuário no contexto da Atenção Básica, como forma de interligar esses conceitos e discussões para o alcance dos objetivos do presente estudo.

Nesse sentido, foram propostos dois eixos temáticos:

- 1. Produção do Cuidado do Enfermeiro da ESF: possibilidades e desafios**, sendo discutida a produção do cuidado, em si, do enfermeiro na ESF, além de serem apresentados e discutidos o (s) caminho (s) percorrido (s) pelo usuário nas unidades básicas de saúde, para compreensão do acesso;
- 2. Qualidade e segurança para a satisfação do usuário em relação à produção do cuidado do enfermeiro na ESF**, sendo discutidas as concepções acerca da produção do cuidado do enfermeiro seguro e de qualidade e a interface com a satisfação do usuário.

4.6 Questões éticas e legais

A presente pesquisa foi realizada com base em um recorte do projeto intitulado Segurança do paciente e qualidade da gestão do cuidado em enfermagem: avaliação da estrutura, processos e resultados, financiado pelo CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Ministério da Ciência e Tecnologia - Edital CNPq 16/2011- Pesquisadores Jovens Talentos e Intercâmbio com a Universidade Católica San Antonio de Murcia - UCAM – Espanha e Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Atendendo os preceitos éticos e legais da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que rege as normas para a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil para avaliação, sendo respeitados os princípios da Bioética descritos nessa resolução e obtido (BRASIL, 2012b), sendo emitido um parecer favorável para realização da pesquisa, conforme Anexo A

Tanto os enfermeiros, quanto os usuários, que optaram por participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo específico para cada categoria (Apêndice A1 e Apêndice A2), confeccionado em duas vias, ficando a primeira com o pesquisador e, a segunda, com o participante da pesquisa. Neste momento, foram apresentados os objetivos do estudo, a garantia do anonimato dos participantes, além do benefício da pesquisa, que se refere à discussão científica para a promoção de uma assistência de enfermagem mais segura e de qualidade no âmbito da atenção básica em saúde.

A fim de garantir o sigilo da identidade dos participantes na descrição e discussão dos resultados, procurou-se utilizar codificações específicas para identificação dos enfermeiros, grupos focais e discursos individuais dos usuários.

Os enfermeiros foram identificados com nome de flores; os grupos focais foram identificados de acordo com a ordem de realização no período de coleta de campo: Grupo I, Grupo II....; e quando apresentados os discursos individuais de usuários, estes receberam a seguinte codificação, conforme exemplo :U1-Grupo I, U2- Grupo II,U3 – Grupo V, etc.

5. COMPREENSÃO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA PERSPECTIVA DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À QUALIDADE E SEGURANÇA: Resultados.

Este capítulo constitui-se de dois eixos norteadores, que são eles: A produção do cuidado do enfermeiro da ESF: possibilidades e desafios; e Qualidade e segurança para a satisfação do usuário, nos quais foram analisados e interpretados para discussão do contexto da investigação.

5.1 EIXO I: PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO DA ESF: POSSIBILIDADES E DESAFIOS.

A produção do cuidado do enfermeiro na ESF tem o potencial de desenvolver processos de trabalho que possibilitem a construção de um fazer provedor de saúde aos sujeitos envolvidos nesse processo, não devendo estar reduzido a elementos essencialmente “procedimentares”.

Nesse sentido, pensa-se que discutir a produção do cuidado do enfermeiro no contexto da Estratégia Saúde da família requer uma análise crítica das diferentes práticas de atenção básica em saúde que vem sendo implementadas, procurando entender desde a concepção do processo de cuidar em saúde de seus agentes do processo de trabalho, as ações como vem sendo implementadas e o seu alcance, além dos caminhos percorridos pelo usuário para o provimento dessas ações.

Portanto, ao adentrar na realidade das práticas de cuidado do enfermeiro nas unidades de saúde da SER IV, fez com que pudessem ser analisados os processos de cuidados desenvolvidos, identificando os desafios e possibilidades na construção do trabalho em saúde.

As unidades investigadas, com lócus na SER IV, apresentam cerca de 39 (trinta e nove) equipes da ESF, tendo uma média de 3,4 equipes por unidade. Contudo, vale ressaltar que não foi investigada a proporcionalidade entre o quantitativo de famílias e o número de equipes disponibilizadas, por não ser este o objetivo da presente investigação. No entanto, o contato com o campo despertou para o fato de uma possível lacuna na proporcionalidade entre equipes e quantitativo de pessoas cobertas, como observado nos relatos a seguir:

“[...] aqui nesse posto o PSF não tá funcionando bem ainda [...] não atendo só minha área” (Girassol)

“[...] a gente atende um número bem maior do que tá previsto na portaria, né?” (Margarida)

Além dessa possível limitação do quantitativo de equipes, como expresso na coleta de campo, identificou-se também que nem todas as equipes estavam completas. Cerca de 9 (nove) unidades possuíam, pelo menos, um profissional a menos na equipe, dentre os profissionais listados como ausentes na equipe estavam: médico (n: 6 unidades), Agente Comunitário de Saúde (n: 3 unidades); aux/téc. de enfermagem (n: 2 unidades); e cirurgião-dentista (n: 1 unidade). Nesse sentido, ressalta-se que o enfermeiro estava presente em todas as equipes existentes nas unidades investigadas.

Esses dados apresentados despertam para a reflexão sobre a proposta de produção do cuidado em saúde na atenção básica, que apresenta como um de seus fundamentos e diretrizes possuir “um território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais”, respeitando o limite de no máximo 4.000 pessoas por equipe de saúde da família, devendo ser considerado que o número de pessoas por equipe depende do grau de vulnerabilidade das famílias (BRASIL, 2012a, p. 20).

Desse modo, compreende-se que a organização e planejamento das equipes deve ser pautada no princípio da territorialização para cálculo do quantitativo de equipes para atender as famílias adscritas. Além disso, ressalta-se que para o bom funcionamento e realização de ações preconizadas para a atenção básica, as unidades devem estar compostas de equipes multiprofissionais, de acordo com o mínimo preconizado e as especificidades da comunidade (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013c).

Contudo, vale destacar que autores trazem reflexões que compartilham com os achados da presente investigação, no sentido de que a realidade brasileira apresenta um crescente déficit no quantitativo de profissionais, que, segundo Assis *et al.* (2010) e Moretti-Pires (2012), pode ser explicada pela alta rotatividade e precarização do trabalho na saúde da família.

Os achados literários também compartilham com a evidência encontrada neste estudo de que o profissional médico é o que se apresenta como mais rotativo nas equipes de saúde da família. Para essa evidência, algumas hipóteses foram levantadas, dentre elas, estão:

a “forma de contratação, o perfil do médico do Programa de Saúde da Família e as condições de trabalho” (MORETTI-PIRES, 2012; CAMPOS; MALIK, 2008, p. 349).

Todavia, como a presente pesquisa teve como foco a compreensão da produção do trabalho do enfermeiro na ESF, as hipóteses acima mencionadas, sobre a rotatividade do profissional médico, não foi aqui aprofundada.

Enfatiza-se que a consideração apresentada por Moretti-Pires, (2012), sobre as formas de contratação e condições de trabalho estarem relacionadas com a rotatividade dos médicos também se aplica na realidade dos demais profissionais da equipe de Saúde da Família, segundo o próprio autor.

Nesse sentido, ao centralizar o estudo no contexto do enfermeiro, verificou-se que 11, dos 12 enfermeiros entrevistados, apresentavam-se como estatutários e somente um com vínculo de trabalho celetista, tendo sido selecionado por seleção pública.

Dentre os profissionais estatutários, identificou-se que atuavam na unidade há uma média de 5,4 anos, tendo sido contratados por meio do último concurso público municipal, ocorrido no ano de 2006. A enfermeira contratada por processo seletivo possuía 06 meses de trabalho na unidade.

Os enfermeiros entrevistados que possuíam vínculo efetivo relataram possuir salário em torno de 8 (oito) salários mínimos, trabalhando com carga horária de 40 horas/semanais; enquanto que a enfermeira contratada por regime celetista, com metade da carga horária de trabalho semanal, afirma receber salário em torno de 3(três) salários mínimos. Informações aqui repassadas sem fazer referência às diferenças entre salário base e gratificações recebidas nas ambas modalidades de vínculo trabalhistas.

Essa evidência apresentada denota a discrepância entre enfermeiros que, apesar de atuarem no mesmo contexto de trabalho, possuem vínculos e vencimentos salariais divergentes entre si.

Outro ponto também destaque foi a consideração de um dos enfermeiros entrevistados ao relatar a insatisfação pela não realização de concurso público municipal para suprir as deficiências do quantitativo de equipes para a melhoria das ações na Atenção Básica, visto que o último concurso ocorreu em 2006 e, em 2012, somente ocorreu uma seleção

pública, para contratação de profissionais com caráter temporário e regidos pelo regime de vínculo celetista.

Partindo dessa realidade identificada nas unidades investigadas no município de Fortaleza, consideram-se as colocações pontuadas por Moretti-Pires (2012), Antunes (2007), Wagner (2003) e Ferreira (2003) sobre a intensificação nos países capitalistas, surgida no transcorrer do século XX, de políticas neoliberais, que tem por princípio o livre mercado e a progressiva retirada da intervenção do Estado na economia, levando a consequências, como o elevado desemprego, associado a um quadro crescente de precarização das relações e das condições de trabalho, com ênfase no subemprego e nos vínculos de trabalho de curta duração.

Essas consequentes modificações no mundo do trabalho, decorrentes do processo de políticas neoliberais, de diminuição da intervenção estatal sobre a economia, fez propagar ao longo do país uma diversidade de modalidades contratação dos profissionais de saúde nos diversos campos de atuação dos serviços de saúde, com ênfase na precarização dos vínculos trabalhistas.

Campos e Malik (2008) e Lima e Oliveira (2012, p.95) relatam que as relações trabalhistas no Sistema Único de Saúde também vêm acompanhando essa tendência, com o intensificação da flexibilização das relações trabalhistas na área pública no Brasil e redução das ações estatais, que favorecem o aumento da terceirização na contratação de mão de obra, a contratação dos profissionais por meio de outras organizações, e não mais diretamente, levando a não vinculação do trabalhador ao Estado e “tensionamento” do conceito de direitos sociais.

Contudo, cabe lembrar que a PNAB prevê que um dos princípios que orientam a atenção básica é a construção de vínculos (BRASIL, 2012a), que, para isso, é preciso que o trabalhador esteja efetivamente inserido em seu ambiente de trabalho, contrastando com a política neoliberal de precarização dos vínculos trabalhistas e geração de rotatividade dos profissionais, que se encontra em expansão no estado do Ceará.

Em tempo, adota-se aqui a ideia de vínculo proposta por Artmann e Rivera (2006, p. 207) que, ao tecer discussões sobre a humanização das práticas de saúde, prevê o vínculo como ferramenta para o cuidado na atenção básica, relacionado a ideia de “uma população adscrita ou vinculada a uma determinada equipe profissional, com um sentido de território”,

produzindo “um sentido de permanência, de constância, de regularidade e de confiança que fortalece a noção de vínculo intersubjetivo”.

Merhy e Onocko (1997) referem, ainda, que a formação de vínculos com os usuários do serviço atua como estratégia de qualificação da assistência, para que os profissionais sejam tidos como referência para a comunidade de sua área.

Portanto, ressalta-se aqui essa contradição, já anteriormente pontuada, no sentido que pelas perspectivas neoliberais, há uma tendência a diminuição do vínculo do profissional da saúde com o Estado e, por conseguinte, com a comunidade.

Nesse sentido, “torna-se inviável uma política de saúde que desconsidera a importância da qualidade das relações de trabalho no setor” (PESSANHA; ARTUR, 2013, p.1578), ao passo que se entende que para a promulgação de uma política de atenção básica de qualidade, é preciso que sejam discutidas também as relações de trabalho no setor, com vistas a tornar um serviço que realmente atenda aos pressupostos de promoção da qualidade na saúde.

A ESF nasce com essa prerrogativa de conceber uma nova concepção de trabalho, com formação de vínculos entre os membros da equipe e entre estes e os usuário e família, diferente do modelo médico-centrado tradicionalmente difundido entre as práticas de saúde, baseando-se na interdisciplinaridade em detrimento da multidisciplinaridade e justaposição de práticas, permitindo uma maior diversidade de ações e um diálogo horizontal entre os profissionais, sem a superposição do conhecimento médico. Além disso, apresenta-se a proposta de adscrição de clientela com forma de qualificar o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita. (BRASIL, 2000).

Como apresentado na PNAB (BRASIL, 2012a, p.21) “A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado”, enquanto que “o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico”.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de se investir em políticas de relações trabalhistas que realmente vinculem o profissional à comunidade, no sentido de permitir estratégias de atuação na atenção básica mais efetivas e seguras.

Nesse contexto de compreensão da produção do cuidado, procurou-se, ainda identificar as principais ações desenvolvidas pelo enfermeiro, relacionando-as sempre com as que estão preconizadas para a garantia da qualidade da Atenção Básica.

Inicialmente, identificou-se que os enfermeiros entrevistados realizam uma média de 92 atendimentos/semanais, entre consultas de enfermagem, com realização de prescrição/transcrição de medicamentos; e atendimentos nos espaços de acolhimento/triagem. Além desses atendimentos individualizados dentro da própria unidade, seis enfermeiros afirmaram realizar atendimentos domiciliares e somente três referiram realizar atividades coletivas, como palestras e realização de grupos.

Complementa-se, ainda, que, no geral, os enfermeiros relataram que as ações desempenhadas na unidade são realizadas com base nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, ao realizar ações focadas na prevenção e tratamento de Hipertensão e Diabetes; prevenção e manejo da Tuberculose e Hanseníase; prevenção de HIV/Aids e realização de teste rápido; ações de promoção à Saúde da Mulher, com realização de pré-natal, planejamento familiar, prevenção ginecológica, dentre outros. Além dos programas preconizados, realizam ações de saúde relacionadas ao Programa Bolsa Família; ações de vigilância epidemiológica; atendimento às situações de urgência; e atendimentos de acolhimento com classificação de risco.

Com base nessas informações, discute-se que, conforme a PNAB 2012, o enfermeiro, como profissional integrante da equipe mínima da ESF, possui atribuições amplas e diversificadas no âmbito da atenção básica, sendo incumbido de realizar ações de cuidado em saúde no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, de acordo com as necessidades da população adscrita, garantindo um atendimento às demandas espontâneas, realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde. Possui, ainda, a atribuição de realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, no espaço das unidades básicas e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do

desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, percebe-se que o enfermeiro possui a incumbência de desempenhar ações amplas e diversificadas no contexto da atenção básica, por estarem vivenciando constantemente a dinâmica cotidiana de vida das pessoas nos territórios, estando, assim, incumbidos de articular e promover o cuidado que valorize tanto as dimensões de ordem fisiológica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado.

Desde os estudos de Almeida *et al.* (1997b, p.62), inserido em um dos livros clássicos sobre o trabalho de enfermagem, há a afirmação de que, para alcançar a saúde coletiva, “o trabalho de enfermagem tem se diversificado, indo desde o ‘cuidar’ de enfermagem, seja do indivíduo, família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação do planejamento em saúde”

Com isso, prevê-se que a formação de enfermagem necessita extrapolar os muros do conhecimento unidisciplinar, “procedimentar” e especializado; não no sentido de eliminá-los de sua prática profissional, mas sim de agregá-los a outros processos de trabalho necessários para o verdadeiro alcance da produção de um “trabalho vivo em ato”, como disposto por Merhy (2002) e Merhy e Onocko (1997), priorizando a construção de processos de cuidar que valorizem o sujeito, por meio da ênfase na construção de vínculos e priorização da escuta qualificada.

Para a melhoria da qualidade na AB, o enfermeiro precisa incorporar e implementar ações com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, sendo capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001a).

Contudo, como prevê um dos enfermeiros da pesquisa:

“Infelizmente a faculdade não prepara, né, de forma adequada, não sei agora, mas na minha época a gente saia muito crú em relação a isso [trabalho no PSF], a gente realmente adquire conhecimento e prática é na experiência profissional (Dália).

Desse modo, procurou-se investigar dentre os enfermeiros entrevistados, o processo de formação dos enfermeiros, quanto à realização de cursos de graduação e pós-graduação e a realização de cursos de capacitação para aprimoramento da prática na produção do cuidado em Saúde da Família.

Com isso, identificou-se que, apesar de todos os enfermeiros entrevistados apresentarem cursos de pós-graduação *latu sensu*, nem todos estavam relacionados ao contexto de Saúde da Família. Quatro enfermeiros apresentavam formação exclusiva em área hospitalar, com especializações em enfermagem médico-cirúrgica, clínica médica e, até mesmo, neonatologia. Dentre aqueles que tinham formação afins com sua área de atuação, foram identificadas referência à especialização em saúde pública ou coletiva, saúde da família, saúde mental, vigilância em saúde, educação em saúde, terapias naturais e gestão em saúde.

Sendo assim, destaca-se a importância dos enfermeiros estarem investindo em capacitações que verdadeiramente o preparem para atuação no contexto da atenção básica. No entanto, autores afirmam que os profissionais do serviço público não estão devidamente capacitados para a assistência e o cuidado de saúde centralizados na integralidade, universalidade e equidade. O que de fato ocorre é a priorização da sintomatologia e do movimento medicamentoso e curativista, em detrimento de intervenções preventivas de adoecimentos e agravos e promotoras de saúde (PAULI; BUOSSI, 2003; VILA; ROSSI, 2002; TAQUETTE *et al.*, 2005; MORETTI-PIRES, 2012; ASSIS *et al.*, 2010).

Moretti-Pires (2012) afirma que a formação dos profissionais de saúde ainda se encontra pautada em um currículo biomédico, que enfoca a doença e não a saúde, focado na formação de especialidades, com incorporação de protocolos rígidos de diagnóstico e intervenção medicamentosa, escapando os aspectos sociais, relacionais e contextuais que se mostram de entendimento necessário para uma efetiva e eficiente atuação do profissional de saúde.

O debate atual acerca da formação de pessoal para o trabalho em saúde envolve a preparação e a qualificação dos trabalhadores para a saúde coletiva, vislumbrando a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Sistema Único de Saúde (SUS) e a garantia dos seus princípios fundamentais (MARSIGLIA, 2004), no sentido de qualificar as práticas em saúde.

Nesse sentido, discute-se que a formação e as experiências de vida e laborais dos profissionais da área da saúde apresentam forte influência sobre suas atitudes na produção do cuidado, pois se acredita que uma formação fragmentada e focada na organização curricular disciplinar, em especialidades e no modelo hospitalocêntrico, tende repercutir em práticas profissionais desarticulados do contexto social.

Com isso, verifica-se que uma trajetória de inovações vem afetando os currículos e projetos políticos de ensino, em busca da formação de profissionais da saúde conhecedores dos problemas sociais e de saúde da população e capazes de intervir na reorganização do setor saúde (FAUSTINO, *et al.*, 2003).

Portanto, é válido ressaltar que, em 2001, foram publicadas novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde, com o intuito de:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira [...], garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001b, p.4).

Essa perspectiva adotada pela DCN vem de encontro à proposta de atenção do enfermeiro na Saúde da Família, que, segundo Araújo e Oliveira (2009), apresenta uma característica mais autônoma, que favorece o fortalecimento do desempenho qualificado e resolutivo da assistência integral humanizada, superando as práticas tradicionais, transformando as condições de vida em favor da saúde da população.

Nesse sentido, entende-se que essa nova proposta de curricular visa promover uma formação voltada para a mudança do modelo de saúde, com ênfase no compromisso social, para atender aos princípios e diretrizes do SUS, ao priorizar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, em detrimento das ações exclusivamente curativas.

Contudo, após doze anos dessa publicação, as modificações na prática ainda se configuram de forma lenta. A presente pesquisa revelou ainda o predomínio do paradigma

biomédico, com ênfase nas ações intervencionistas individualizadas, abordagens fragmentadas, valorização do saber técnico e centralizadas para a execução de ações tecnicistas.

Essas características apresentadas foram também citadas por Tesser (2006), e Moretti-Pires (2012), ao reforçarem que apesar das publicações na área da saúde coletiva e da atenção básica priorizarem a prática dos profissionais da saúde voltadas para o cuidado integral, resolutivo, de valorização das singularidades e coletividades; o modelo universitário e as práticas de saúde dos profissionais ainda estão pautadas no modelo curativo, individual, desconsiderando o entorno sociocultural e contextual das famílias.

Ressalta-se, portanto, como menciona Assis *et al* (2010), que é preciso que os profissionais da saúde desenvolvam competências para o trabalho exigidas pelo sistema de saúde e pela sociedade, voltadas para a responsabilidade social, formação pautada na integração de saberes e práticas integrais e humanizadas, na perspectiva humanística, ética, filosófica, técnica, social e política.

Ao passo que a formação unidisciplinar, nem a visão biomédica não se mostra apropriada por não contemplar o ser humano em si, como propõe Morin (2007) *apud* Moretti-Pires (2012), pelo fato do homem fazer parte de um contexto completo de vida, que envolvem além de questões orgânicas, as dimensões sociais, econômicas, políticas, culturais, epidemiológicas, dentre outras envolvidas.

De fato, o rompimento dos projetos de formação dos profissionais da saúde voltados para abordagem médico hegemônica e tecnicista configura-se como tarefa primordial e urgente, dada a complexidade de demandas do SUS e da ESF, de integralização da atenção, humanização da assistência, construção da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe (COSTA; MIRANDA, 2009).

Nesse sentido, torna-se imprescindível investir em políticas de educação permanente dos profissionais, com valorização das discussões em torno da importância da articulação do saber técnico e das práticas relacionais, buscando promover o diálogo em torno da concepção de saúde e da produção do cuidado na rede SUS, a fim de promover uma maior qualidade do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades, pois se acredita que uma formação que valoriza a troca de saberes, o estabelecimento de vínculos, tende a

repercutir em práticas de cuidado com ênfase no diálogo, no trabalho em equipe e de valorização do sujeito, em detrimento da sua doença.

Ainda no tocante à formação profissional, procurou-se investigar também como a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estava investindo na formação/capacitação dos enfermeiros para a melhoria da qualidade na atenção básica. Com isso, verificou-se que todos os enfermeiros relataram que a SMS promovia cursos de capacitação na área da atenção básica, sendo que quatro enfermeiros referiram que os cursos eram oferecidos de forma esporádica ou restritivo a um número reduzido de profissionais.

Dentre as temáticas identificadas como presentes nos cursos foram citadas: atendimento às situações de urgência; manejo nos casos de doenças infectocontagiosas, como tuberculose, hanseníase e sífilis; realização de teste rápido; cuidado relativo à saúde da criança, com manejo da asma, pelo Programa de Atenção Integral à Criança com Asma (PROAICA); cuidado à saúde neonatal; atenção à saúde da mulher; saúde do idoso; realização do teste tuberculínico; manejo às pessoas em situação de tabagismo; além de temáticas relacionadas à gestão e auditoria em saúde.

Percebe-se, portanto, que temáticas variadas foram identificadas como presentes nos cursos de capacitação oferecidos pela SMS, o que se relaciona com o fato da necessidade de atualização constante dos profissionais para atuarem na atenção básica, pelas diversidades de demandas apresentadas pela comunidade. No entanto, é imprescindível destacar que esse movimento de capacitação promovido pela SMS deve ocorrer de forma contínua e contextualizada com a prática diária dos profissionais inseridos no contexto da comunidade.

Uma consideração que aqui merece ser ressaltada é a questão da educação permanente das equipes de Saúde da Família, como instrumento de valorização de mudanças positivas na atenção básica do país, para que cada equipe possa se capacitar em saberes que, muitas vezes, não foram trabalhados durante a graduação, ou que não garantiram formação satisfatória ao que a prática cotidiana demanda, coerente com a visão ampliada de saúde (TESSER, 2006).

A educação permanente ainda se torna necessária, no contexto aqui investigado, pelo fato de que convivem ao mesmo tempo nos serviços de saúde, profissionais que apresentam formações na área da saúde em épocas diferentes de conclusão do curso de graduação em enfermagem. No presente estudo, verificou-se que os enfermeiros apresentaram

uma média de 13,7 anos de conclusão da graduação, com identificação de profissionais que concluíram o curso há cerca de 30 anos, enquanto que outros com apenas cinco anos de conclusão.

Com isso, reforça-se, ainda, a necessária a incorporação de políticas de educação permanente aos profissionais para que estes possam atuar de forma satisfatória no SUS, de forma atender aos seus princípios e diretrizes.

O enfermeiro, no âmbito da Atenção Básica, possui competências variadas voltadas à promoção da saúde de indivíduos e famílias, com base nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2012a).

Com a PNAB, publicada em 2012, o enfermeiro possui a atribuição, dentre outras, de:

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, entende-se que o enfermeiro, como os demais profissionais da saúde, possui o desafio de desenvolver suas práticas de saúde de modo a consolidar a Saúde da Família como porta de entrada prioritária do SUS na Rede de Atenção à Saúde, orientando suas práticas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, com o intuito de resolver ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população (BRASIL, 1997; 2012a; MORETTI-PIRES, 2012).

Contudo, como já previamente mencionado, identificou-se que, em geral, os enfermeiros entrevistados priorizavam ações de caráter individual, realização de procedimentos, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamentos.

Somente três enfermeiros afirmaram realizar atividades grupais, enquanto que, em todos os grupos focais realizados, não foi identificado nenhum usuário que tenha participado

ou que tenha conhecimento sobre algum grupo realizado por enfermeiros na unidade. Alguns usuários ainda relataram não ter tido ainda contato com o enfermeiro de sua equipe, por frequentar a unidade apenas para realização de consultas médicas, como exemplificado a seguir:

Orientação? [orientação realizada pelo enfermeiro] Aqui não tem nada disso não. Você vai pra enfermeira, aí faz o procedimento que faz né, aplica remédio, essas coisas assim, mas orientação assim, essas coisas, não tem não (Grupo V)

Associado a isso, apresenta-se o fato de que os enfermeiros que afirmaram realizar atividades grupos, referiram que estes estavam voltados para discussão de temas específicos, focados no idoso, gestante e usuários de fumo. Fato que produz em recorte populacional, sem atender às demais demandas existentes de saúde.

Dentre os enfermeiros que relataram a realização de grupos, refiram, ainda, ter dificuldade para a realização e permanência desses grupos, por questões de infraestrutura da unidade : “Então assim, a gente tem dificuldade de fazer trabalho de grupo porque a gente não tem estrutura e nem espaço físico” (Alfazema)

Em síntese, identificou-se algo similar à realidade investigada no estudo feito por Assis *et al.*(2010) e Moretti-Pires (2012), que as práticas subjetivas e coletivas são pouco consideradas na atenção básica, sendo as ações restritas às consultas para acolhimento de queixas, prescrições de condutas restritivas e realização de procedimentos, mesmo durante as visitas domiciliares, o que favorece a baixa resolubilidade, na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada, fazendo com que o usuário retorne constantemente ao serviço, por não ter tido sua demanda de saúde realmente acolhida.

É preciso assegurar que o cuidado na atenção básica esteja centrado no indivíduo e na família, para que a continuidade do atendimento seja contemplada, com vistas a assegurar a atenção em saúde de qualidade (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2008). Por isso, enfatiza-se que a produção do cuidado na Saúde da Família deve ser pautada no desenvolvimento de projetos terapêuticos inclusivos, de valorização da singularidade de cada sujeito, desenvolvendo ações coletivas promotoras de saúde e preventivas que visem intervir nos diversos fatores relacionados à forma de adoecer e sofrer das pessoas (ASSIS *et al.*, 2010).

Nesse sentido, é notória a necessidade de mudanças no processo de cuidar do profissional, para que este possa embasar sua prática na valorização do indivíduo, família e comunidade, para que de fato ocorra a implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

Ainda no contexto da investigação, verificou-se também que somente seis enfermeiros identificaram a visita domiciliar como prática realizada na atenção básica.

Sobre a visita domiciliar, Assis *et al.* (2010, p.73) assegura que pode ser entendida como uma “prática cuidadora que desafia a clínica tradicional ou como extensão dos arranjos instrumentais da clínica”, no sentido de que podem favorecer a produção de um espaço propício para que o profissional se depare com a realidade sociocultural do indivíduo sob cuidado e, assim, promover uma maior sensibilidade para o desenvolvimento de práticas de cuidado que valorizem o sujeito em todas as suas dimensões de vida.

Além disso, Trad (2006) ainda reforça que essa prática de aproximação do profissional com o ambiente familiar favorece a compreensão e o enfrentamento conjunto dos problemas vivenciados pelas famílias.

Vale ressaltar que a PNAB 2012 prevê que uma das características do processo de trabalho dos profissionais da saúde na Atenção Básica é a realização de atenção à saúde “no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada” (BRASIL, 2012a, p. 41).

Contudo, as práticas aqui investigadas parecem caminhar no sentido inverso ao que está sendo reforçado pelas políticas de melhoria da qualidade da atenção básica do país, no sentido de ainda exercerem práticas predominantemente curativas, voltadas para o esquema de queixa-conduta.

Ainda sobre o contexto de visita domiciliar, Azeredo, Cotta e Schott (2007) asseguram que a inserção no cotidiano do indivíduo e família, faz com que os profissionais conheçam melhor as variáveis que direta ou indiretamente interferem no bem-estar e desenvolvimento. Com isso, podem planejar de forma mais fiel, ações mais efetivas e resolutivas, de acordo com a realidade da comunidade de referência.

Além das considerações até aqui discutidas, identificou-se também que as práticas realizadas pelo enfermeiro estavam voltadas para a priorização de ações voltadas para grupos

de risco específicos, conforme preconização disposta na antiga portaria ministerial da atenção básica, de incentivo à implementação de ações voltadas para a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

Seguem relatos que exemplificam essa realidade:

*“nós atendemos por área né, cada equipe tem delimitado sua área e nós atendemos desde as crianças, desde de criança ao idoso né, **dentro dos programas do ministério...que é o atendimento a criança, o atendimento a mulher**, desde do pré-natal ao planejamento familiar, **DST/AIDS** né... ao **atendimento do hipertenso, diabético, acompanhamento dos idosos**, principalmente aqueles idosos acamados, que a gente faz visita domiciliar (Begônia) (grifo nosso).*

*Por semana, **nós temos agendados pelos programas** [...]Quando é sexta feira, é destinado pela manhã, ao...a reunião com os agentes de saúde, pra trocar ideias e ver os problemas e dificuldades da área, né? **E a tarde, normalmente, a gente deixa demanda livre** (Gardênia) (grifo nosso).*

No entanto, destaca-se que a atual política prevê que a atenção básica tem como um de seus fundamentos e diretrizes, a integração de “ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins”, tendo os profissionais o papel de “desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais” que estejam relacionados à realidade de sua comunidade adscrita (BRASIL, 2012a, p.21,22, 41).

Como exemplificado pelos depoimentos apresentadas acima, as ações programáticas verticalizadas ainda influenciam significativamente a produção do cuidado dos enfermeiros investigados, sem a priorização devida às demandas espontâneas, que, muitas vezes, não chegam diretamente à porta das unidades de saúde.

Nesse sentido, presume-se que enquanto as ações de enfermagem estiverem voltadas para a prática dentro das unidades de saúde, sem o contato devido com a comunidade, a proposta de intervenção em saúde sobre os condicionantes e determinantes da saúde daquele território, não conseguirá ser efetivamente implementada.

Acredita-se que as ações programáticas, muitas vezes, fazem com que as práticas de saúde realizadas promovam recortes populacionais, com um acesso focalizado, ao restringir o atendimento a determinados serviços ou programas, transformando, portanto, a universalização das práticas em sistemas segmentados, desarticulados e excludentes.

Portanto,

[...] apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos (BRASIL, 2011b, p.20).

Não tem como garantir o acesso dos usuários, se o serviço trabalha na lógica de inclusão prioritária de determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida), pois “podem ser cuidados na atenção básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite” (BRASIL, 2011b, p. 22).

Nesse sentido, é preciso que seja assegurado um cuidado em saúde ampliado, em que a equipe de saúde se comprometa em uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento tanto às demandas biológicas, como às de ordem emocionais e humanas dos usuários, na medida em que as normas e procedimentos por si só não promovem a adesão ao tratamento e muito menos atendem às reais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004b), pois a atenção básica tem a função central de acolher, escutar, problematizar e reconhecer como legítima as demandas apresentadas, e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2012a, 2011b).

Revela-se, então, a necessidade de se buscar a inversão do modelo de atenção à saúde, entretanto, como afirma Assis *et al.* (2010), isso se constitui como uma tarefa de difícil execução, pois estabelece um processo de mudança que envolve uma política de formação articulada com a prática, incidindo diretamente em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho.

É preciso, também, assegurar a implementação da proposta da Estratégia Saúde da Família, que nasce com a perspectiva de reorganização e reordenamento das práticas da atenção básica, de modo a privilegiar a produção do cuidado em saúde que valorize as ações que incidem sobre os determinantes e condicionantes de saúde e a promoção da saúde, em

detrimento das práticas curativas (BRASIL, 1997; 2006a; 2012a; MORETTI-PIRES, 2012; MENDONÇA, VASCONCELOS, VIANNA, 2008).

Com isso, torna-se primordial a incorporação, pelos profissionais da saúde, de estratégias de cuidado que valorizem o sujeito e suas necessidades, para a produção de ações mais efetivas, seguras e de qualidade, entendendo a atenção em saúde de forma segura, na medida em que se busca fazer com que o usuário se sinta seguro com esse cuidado produzido.

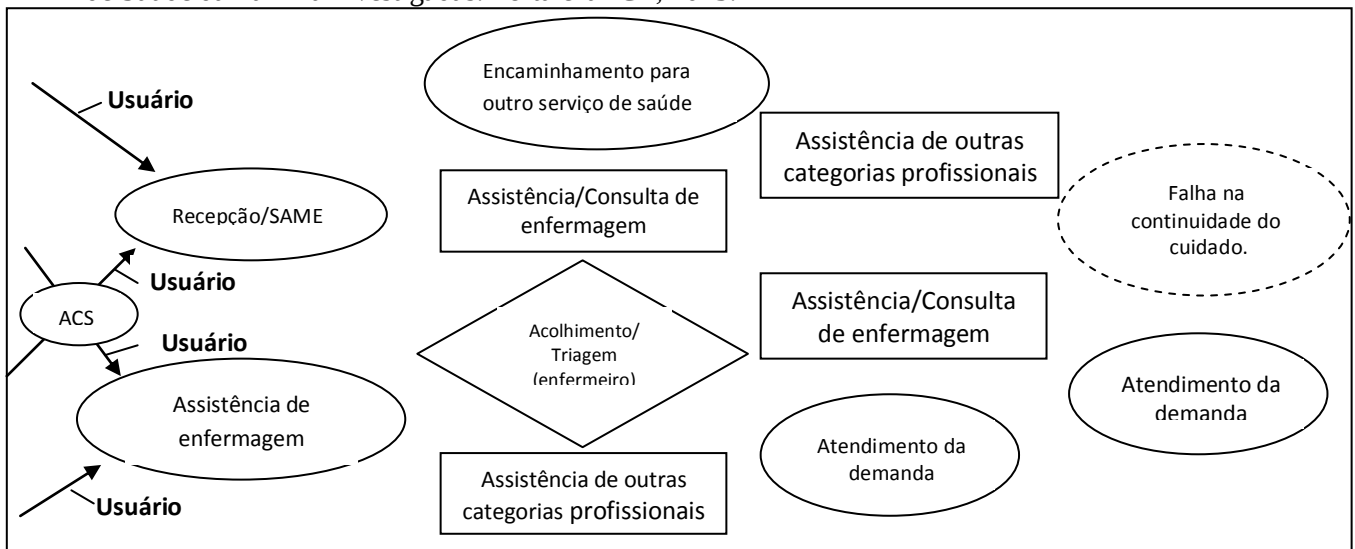
5.1.1 Desafios para a produção do cuidado: acesso e outros limites.

A compreensão da produção do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família também requer conhecer o(s) caminho(s) que o usuário percorre nas Unidades Básicas de saúde e que estão relacionados com o papel do enfermeiro na Atenção Básica.

Portanto, a partir das entrevistas, grupos focais e observações sistemáticas, puderam-se ser identificados os múltiplos caminhos percorridos pelo usuário para ter acesso ao serviço de saúde e, mais especificamente, aos atendimentos com o enfermeiro.

Para apresentação esquemática, realizou-se inicialmente a construção de um fluxograma esquemático, disposto no Apêndice I deste estudo, que levou à construção de um fluxograma analisador, conforme proposta adotada por Merhy e Onocko (1997), permitindo o desenho do modo de organização do processo gerencial existente nas unidades investigadas. A seguir, apresenta-se o fluxograma construído:

Fig. 4: Fluxograma das possibilidades de caminhos percorridos pelos usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família investigadas. Fortaleza- CE, 2013.



Fonte: Adaptado do Fluxograma Analisador de Merhy e Onocko (1997).

Para uma maior compreensão do fluxograma apresentado, acabe lembrar que, conforme Merhy e Onocko (1997, p.5), os desenhos gráficos mostram que:

Elipse: mostra tanto o começo da cadeia produtiva, quanto o fim, chamando a isto uma representação da entrada e da saída do processo global de produção, em análise.

Retângulo: mostra os momentos nos quais se realizam etapas de trabalhos importantes da cadeia produtiva, nas quais se realizam consumos de recursos e produção de produtos bem definidos, que vão servir para abrir novas etapas na cadeia, até o seu final.

Losango: representa os momentos em que a cadeia produtiva enfrenta um processo de decisão de caminhos a serem seguidos, que aparecem normalmente após cada etapa, e que são sempre momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingir etapas seguintes e distintas.

Elipse pontilhada³: mostra que o usuário não pode chegar ao fim da cadeia produtiva, pela descontinuidade do cuidado.

A partir dessa explanação, pôde-se compreender o fluxograma apresentado na Fig. 04, que apresenta os múltiplos caminhos percorridos pelos usuários para ter acesso aos serviços de saúde na atenção básica, mais precisamente, para a assistência de enfermagem.

Inicialmente, identificou-se que os usuários podem ter acesso à unidade diretamente por meio de uma recepção e/ou pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)⁴, que, nas unidades investigadas, vem funcionando como um setor de recepção para atendimento dos usuários. Outros, ainda, tinham acesso por meio dos Agentes Comunitário de Saúde de sua área, que encaminhava os usuários tanto para a Recepção ou SAME, como para assistência direta com o enfermeiro, quando o serviço não dispunha de um setor específico para recepção.

Em oito unidades pesquisadas, identificou-se que o usuário passava pelo serviço de recepção ou SAME como rota do fluxo de seu caminho na unidade. Nas unidades em que

³ Adotou-se uma elipse pontilhada, como adaptação do modelo de Merhy e Onocko (1997), para representar as falhas no serviço, que levam à descontinuidade do cuidado.

⁴ Nos depoimentos de usuários e enfermeiros, foi identificado que o SAME era citado como um setor de recepção para atendimento dos usuários que chegam ao serviço para serem atendidos. Por isso que, muitas vezes, ao longo do texto, o SAME está sendo tratado como similar à recepção, devido à significação apresentada pelos pesquisados.

esse serviço não era atuante, os usuários eram encaminhados diretamente para o enfermeiro de sua equipe.

Em outra unidade, foi identificado que o usuário que chegavam com uma demanda de saúde, passava inicialmente pelo auxiliar/técnico de enfermagem que atuava em sua área, para depois ser encaminhado para atendimento com algum profissional de saúde.

Passando por uma dessas quatro possibilidades de contato inicial, os usuários poderiam ser encaminhados para uma das outras quatro possibilidades: 1) Encaminhamento para outro serviço de saúde; 2) Assistência/Consulta de enfermagem⁵; 3) Acolhimento/Triagem, com classificação de risco⁶; ou 4) Encaminhamento para outras categorias profissionais.

Depois de acolhido por uma dessas outras quatro possibilidades, o usuário pode: 1) Ter sua demanda atendida; 2) Ser encaminhado para a assistência de enfermagem/consulta de enfermagem; ou 3) Ser encaminhado para outras categorias profissionais.

Após esse passo, o usuário tanto podia ter sua demanda atendida, como podia esbarrar na descontinuidade da produção do cuidado em saúde, pelas limitações do serviço que, muitas vezes, não garantem a integralidade das ações em saúde.

A identificação dessas diferentes possibilidades de caminhos que os usuários percorrem para serem atendidos no contexto da atenção básica, mais precisamente, pelo enfermeiro da ESF, fez com que pudessem ser verificadas limitações que repercutem na qualidade da produção desse cuidado.

No contato com usuários e enfermeiros, puderam ser identificadas algumas limitações para a garantia do acesso dos usuários para os serviços de saúde, em especial, para o atendimento de enfermagem. Dentre os quais, pode-se citar:

- Logística do atendimento voltado para restrição do acesso: disponibilização limitada de fichas;

⁵ Utilizou-se o termo Assistência de Enfermagem, no sentido de contemplar não somente a consulta de enfermagem, em si, mas também as demais atribuições do enfermeiro dentro da unidade de saúde: imunização, realização de procedimentos técnicos de enfermagem, dentre outros.

⁶ Nas unidades investigadas, a prática do acolhimento/triagem com classificação de risco sempre era desenvolvida pelo enfermeiro.

- Acolhimento restrito à realização de triagem com classificação de risco;
- Demanda excessiva para atendimento médico;
- Despreparo dos trabalhadores/profissionais para acolhimento e resolução das demandas;
- Entraves na referência para exames e consultas especializadas;
- Déficit na infraestrutura e no fornecimento de equipamentos, materiais e insumos.

A seguir, serão discutidas cada uma dessas limitações aqui citadas.

Em nove unidades investigadas, foi percebida, por meio dos depoimentos de usuários e enfermeiros, que a organização do serviço estava pautada em sistemas excludentes, como a disponibilização limitada de vagas, controladas pelo número de fichas entregues por ordem de chegada, sem, no entanto, priorizar as peculiaridades de cada usuário. Fato que pode ser ilustrado pelos depoimentos a seguir:

Até pra você conseguir uma ficha, tem que chegar muito cedo. Porque se você chegar, o que..., sete horas? Não consegue mais, porque as fichas são limitadas e a pessoa tá necessitando, né, ir ao médico, aí complica né? [choro] (Grupo V)

[...] a demora que é muito grande, quando às vezes a gente quer se consultar, demora demais, sabe, a gente fica naquela agonia né? Porque demora muito. A gente fica esperando, esperando. É muito chato! Mas é assim mesmo né? Muita gente! (...) Porque a gente tem que chegar aqui de manhã cedo, né? [Por volta de cinco horas] Pra poder ficar a fila e muitas vezes nem pega (Grupo II)

[...] Ontem eu cheguei aqui seis e meia da manhã, consegui a ficha pra hoje, quando cheguei aqui cheguei, doze e meia, pra poder ser uma das primeiras a ser atendida, quando vem, botam não sei quantas pessoas na minha frente, aí eu fico lá atrás (Grupo III)

No entanto, frisa-se que essa dinâmica administrativa de um serviço que seleciona os que vão ser ou não atendidos, sem a utilização de critérios válidos, esbarra no dilema da tão preconizada acessibilidade universal, proposta pelo SUS, pois entende-se que critérios administrativos que determinam os “escolhidos” por meio de limitação de fichas e agendamentos, proporciona exclusão de pessoas, no lugar de proporcionar o acolhimento e acesso aos indivíduos.

Essa realidade também foi percebida no estudo de Portela *et al.* (2012), realizado também na cidade de Fortaleza, assim como no estudo de Santos e Assis (2006) e Assis *et al.* (2010), em unidades de saúde localizadas no estado da Bahia, sendo destacados os inúmeros

obstáculos no acesso aos serviços de saúde, tais como burocratização do atendimento, lentidão nos processos de agendamento e acolhimento, com a identificação de um sistema de agendamento diário para consultas médicas, com número previamente estabelecido pelos profissionais, estando o acesso dos usuários modulado pela ordem de chegada, cartazes informativos sobre as vagas, dias de atendimento a determinado grupo específico ou procedimento clínico, presença do trabalhador na unidade, dentre outros.

Na realidade apresentada por Assis *et al.* (2010), foi apresentado ainda algo que também foi encontrado nas unidades aqui investigadas, que os agendamentos para o enfermeiro tinham o foco no atendimento de pré-natal e prevenção do câncer de colo de útero, com exceção das eventuais urgências.

Assim, é possível imprimir que a organização dos serviços investigados nesta pesquisa possui um sistema que pressupõe limites para a garantia de um atendimento realmente inclusivo. Usuários, na tentativa de conseguirem uma vaga, começam a chegar cada vez mais cedo às unidades para que possam conseguir pegar uma ficha, que é entregue por ordem de chegada à unidade. Essa constatação é similar aos estudos de Assis *et al.* (2010) e Santos (2005) que nas unidades de saúde, localizadas na região nordeste também foi evidenciada uma demanda espontânea travada por uma disputa por vaga cada vez mais injusta, excludente e tensa.

Essa forma de organizar o serviço por meio de entrega de fichas desperta tensões entre os usuários, como exemplificado pelo relato a seguir:

É assim, porque...tem o médico né, que tem que atender da área da gente, só que quando a gente vem pra pegar a ficha pro médico, não tem! Mas por quê? Porque tem umas pessoas que tá na fila, que pega a ficha e é para..., não vamos dizer vender, tem aquela taxa que a pessoa dá pra aquela pessoa, aí vem muito cedo, aí consegue pegar a ficha, por quê? [...] Tá fazendo do posto de comércio (U5-Grupo V)

Essa evidenciação apresentada pelo depoimento referido acima é algo que foi discutido por Ramos e Lima (2003, p.28), ao referir que “pela grande demanda reprimida, existe comercialização de lugar na fila de espera”.

Portanto, percebe-se que essa limitação do acesso acaba sendo gerador de tensões para a comunidade, na medida em que não garante o atendimento efetivo das demandas e forte insatisfação dos usuários em relação ao serviço.

O profissional no lugar de assumir uma postura acolhedora e resolutive, acaba, por vezes, assumindo uma postura de “privatização” do uso dos espaços de saúde, como ressalta Merhy e Onocko (1997), gerando, com isso, entraves no processo de acessibilidade e resolutividade da assistência oferecida.

Com isso, pensa-se que para que se possa garantir o acesso universal e resolutivo da atenção básica, é preciso que seja garantido o acolhimento das demandas, com a inclusão do usuário dentro do serviço, sem limitação de fichas e subordinação à prática burocrática organizacional de agendamento de grupos tidos como de risco.

Diante disso, o Ministério da Saúde prevê a implementação do acolhimento como forma de inclusão dos usuários, na medida em que privilegia o atendimento, tanto dos grupos ditos como prioritários, como das demandas espontâneas de saúde, abordando cada uma das situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempo (BRASIL, 2011b).

No entanto, somente três enfermeiros relataram a realização do acolhimento, como prática desenvolvida nas unidades aqui investigadas, como exemplificado pelos depoimentos, a seguir:

[...] a avaliação e a classificação de risco é feita pelo enfermeiro aqui na unidade. Nós utilizamos cores de fichas para os tipos de atendimentos (Acácia).

[...] a gente também faz a parte da triagem, do acolhimento com classificação de risco, né, pra tá vendo se aquele paciente tem uma urgência ou não de ser atendido e aí depois disso, a gente vê se o atendimento dele é da competência do enfermeiro mesmo ou se tem que ser encaminhado para outro profissional (Dália)

Na segunda feira, a gente de manhã faz o acolhimento da demanda daqueles pacientes, faz um agendamento pra semana toda, tanto para o médico, quanto para a enfermeira, tá? (Gardênia)

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012a), faz parte do processo de trabalho das equipes de atenção básica: “realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências”.

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e vem sendo adotado especialmente nas unidades básicas de saúde, pelas consequências diretas

na ampliação do acesso dos usuários. Trata-se, portanto, de uma mudança no processo de trabalho, com vistas a atender todos aqueles que buscarem o serviço (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES SILVA, 2009).

A prática do acolhimento na atenção básica viabiliza também a criação e fortalecimento de vínculos, na medida em que os usuários passam a se sentir acolhidos pelo serviço e os profissionais passam a conhecer verdadeiramente a história daquele usuário, facilitando, assim, a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, prioriza-se a realização de organização dos serviços que permitam o acolhimento das demandas de saúde, ao passo que, conforme Franco, Bueno e Merhy (1999) e Ramos e Lima (2003), um serviço que está pautado no acolhimento das necessidades do usuário tende a atender de forma mais satisfatória as questões de saúde e de vida das pessoas, pois a garantia do acesso e do acolhimento incidem efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

Nas realidades aqui investigadas, foi percebido que o acolhimento estava pautado na realização de triagem com classificação de risco, que, conforme Esmeraldo *et al.* (2009), permite que o serviço de saúde estabeleça critérios para definição de prioridades no atendimento do agravo à saúde, grau de sofrimento e grau de necessidade individual, familiar e social.

Contudo, o acolhimento não pode estar restrito a um espaço específico de triagem, mas sim ser definido como uma postura profissional de responsabilização com a demanda do outro, pois, conforme Brasil (2011b, p. 25), “o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar”.

Como apresenta Assis *et al.* (2010, p.23):

O acolhimento ultrapassa o ato da “triagem qualificada” ou da escuta interessada” e pressupõe ser um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para o enfrentamento e resolução de problemas, com ampliação da capacidade das equipes de saúde para responderem às demandas dos usuários, com possibilidade de potencializar a ação dos outros trabalhadores.

Nesse sentido, acredita-se que o acolhimento seja melhor expresso como um ato transversal, presente em todas as relações de contato entre dois seres; não estando reduzido a uma simples fase de passagem do usuário para entrada no serviço.

A Política Nacional de Humanização (PNH) define o acolhimento como “ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”, colocando o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política do SUS (BRASIL, 2006c, p. 6).

“É uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas”, podendo ser entendido como uma prática constitutiva das relações de produção do cuidado (BRASIL, 2011b, p. 19).

Por isso, Albuquerque *et al.* (2011) e Ayres (2006) incentivam a escuta atenta e qualificada no contexto dos serviços de saúde, para que leve o sujeito a produzir suas próprias respostas ao seu sofrimento, ao reconhecer que, como ser humano, pode dispor da capacidade de autonomia. Desse modo, o profissional de saúde pode levar o usuário a se questionar sobre suas ações e fantasias, sem dar respostas prontas às suas interrogações. A escuta pode possibilitar a compreensão da situação vivenciada pelo usuário, inclusive o entendimento da não-adesão deste ao tratamento, do seu desinteresse pelas orientações preventivas, e até a descoberta do seu desprendimento com a própria saúde.

Portanto, defende-se uma escuta qualificada que possibilite a autonomia do usuário para decidir o que é melhor para sua vida ou para seu projeto de felicidade (AYRES, 2006).

No entanto, alguns usuários participantes da pesquisa, ao serem questionados sobre a experiência com o atendimento realizado pelo enfermeiro, explicitaram que somente tiveram contato com os enfermeiros durante o “acolhimento”, apresentando suas impressões sobre o momento:

É o acolhimento né que a gente vai? A gente vai pra enfermeira, pra ela poder dá a ficha pro médico. É a única vez que eu sou atendida pela enfermeira. Só isso! (U2-Grupo VI)

O Atendimento da enfermeira é só aquele que a gente vem como se fosse um bombom que botou na boca e tchau! (U1-Gupo VI)

Esses relatos evidenciam que, em algumas realidades, as práticas do enfermeiro estavam reduzidas à realização de um momento estático de triagem, que leva o nome de “acolhimento”, sem o emprego do real significado que esse termo apresenta para a prática de saúde.

Para Silva Jr., Merhy e Carvalho (2003) e Teixeira (2003), o acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo como pronto-atendimento, ao passo que o verdadeiro acolhimento é expresso no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, fazendo surgir o legítimo diálogo defendido por Ayres (2006, p.70,71) para a cena do cuidado, em que não há mais “um sujeito (profissional da saúde) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, distorções, disfunções, sofrimentos etc.)”.

Nesse sentido, frisa-se que o acolher deve estar pautado na ética, na inclusão social, no respeito, no diálogo e no compromisso com a cidadania. E reduzir o acolhimento a práticas exclusivas de triagem, sem a garantia da escuta, estabelecimentos de vínculos e constituição da autonomia do sujeito, torna a prática realizada na porta de entrada, como somente mais um passo a ser seguido pelo usuário em seu fluxo na unidade.

Com isso, não se pode compreender o acolhimento como um simples espaço físico, pois, como exemplifica um dos depoimentos obtidos:

[...] a gente também parou de fazer o acolhimento porque a gente tinha um salão e hoje a gente não tem mais (Alfazema)

O acolhimento não ocorre somente no interior de um espaço físico restrito de triagem; pelo contrário, acontece nos “micro-espacos das relações individuais e coletivas”, quer seja na recepção, nos consultórios, nos corredores, no tipo de acesso, nas palestras, nos grupos, no tipo de oferta de serviço, entre outras formas de contato entre trabalhadores de saúde e usuários (SANTOS; ASSIS, 2006, p. 57; ASSIS *et al.*, 2010).

Na verdade, a implantação do acolhimento da demanda espontânea requer mudanças nos modelos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, a PNAB 2012 prevê que o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento devam ser seguidos com a proposição de conceder uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que o profissional deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2012a).

Acolher a demanda do usuário não se resume a uma triagem para encaminhamento exclusivo para a consulta médica. Se assim for, as senhas/fichas, provavelmente, sempre serão limitadas e o serviço não possibilitará a garantia do acesso, acolhimento e resolução das demandas apresentadas.

O acolhimento faz parte de uma das estratégias para o alcance da humanização dos cuidados em saúde, no sentido de favorecer a integralidade, a satisfação do usuário, as necessidades de saúde, promover a qualidade da assistência, a gestão participativa, o protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção (DESLANDES, 2006).

Com isso, enfatiza-se que esse sistema restritivo e excludente de agendamento de consultas, com marcação limitada de fichas vem causando insatisfações entre os usuários aqui investigados, que saem das unidades sem ter sido acolhidos e sem resolução para a sua demanda de saúde, contrariando a bandeira de garantia do acesso universal preconizado desde a implantação do SUS. Em lugar disso, percebe-se, nas unidades, investigadas, uma restrição do acesso, incidindo em recortes populacionais desarticulados com demanda real da comunidade.

Contudo, identifica-se, ainda, que o maior entrave de acesso encontrado pelo usuário seria para agendamento para consultas médicas, em detrimento de marcação de consultas para enfermeiros e outros profissionais da equipe, pois: *“Com a enfermeira, consegue. É fácil com a enfermeira. É difícil com médico”* (U3-Grupo V)

A limitação por atendimentos médicos é algo que pode refletir tanto na falta de oferta desse profissional no serviço, como explicitado anteriormente pela deficiência de equipes completas nas unidades aqui investigadas; como pode advir da lógica organizacional empregada nas unidades básicas.

Nesse sentido, identifica-se que a alta demanda de serviços, a falha na organização da demanda e a reduzida oferta vêm acarretando baixa resolubilidade nas questões de saúde, o que é reforçado, sobretudo, pelo exercício hegemônico de um cuidado centrado no ato prescritivo e na produção de procedimentos, no lugar de uma prática que valorize os campos de saberes interdisciplinares, de promoção da autonomia do usuário, sendo este o grande desafio da resolubilidade (ASSIS *et al.*, 2010; ASSIS; JESUS, 2012).

Essa priorização do cuidado médico acaba sendo resultado de uma cultura popular de supremacia do saber médico, que faz com que, tanto os usuários acreditem necessariamente estarem demandando de um atendimento médico, como fazem com os trabalhadores de saúde, que acolhem os usuários, quando não devidamente preparados, tendam a priorizarem os encaminhamentos para atendimentos médicos, sem contemplar as demais ferramentas de cuidado disponibilizadas pelos outros profissionais da saúde.

Essa questão, em parte, foi apresentada por um dos enfermeiros, que afirma que o fato dos funcionários da recepção ou, até mesmo, dos auxiliar/técnico de enfermagem atuarem como definidores dos caminhos a serem percorridos pelo usuário na unidade, sem uma preparação específica, faz com que, muitas vezes, leve à geração de demandas desnecessárias para o atendimento médico. Fato que está melhor exemplificado pelo depoimento a seguir:

[...] a pessoa que faz o acolhimento quando eles chegam, às vezes/ a gente conta com o bom senso da pessoa, que às vezes não é todo mundo que tem que não tem, né? E aí, assim, se eles chegam procurando uma demanda de consulta, aí que fica mais difícil, mas aí se assim, se a gente consegue perceber que naquela demanda do paciente a enfermeira pode entrar e dar uma solução, uma resolutividade aí é mais fácil (Margarida).

Nesse sentido, a formação adequada do profissional, associada a uma frequente discussão em equipe sobre o leque de possibilidades de ofertas de atendimento que o serviço dispõe, na medida em que define quem vai receber o usuário que chega; como deve ser avaliado o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar a uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc.

Com isso, “é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções” (BRASIL, 2011b, p. 22), ao passo que, como expresso por Cecílio (2001,

p.116) “quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma cesta de necessidades de saúde”, que caberia à equipe de saúde ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender a tais necessidades.

Nesse sentido, adota-se a afirmação proposta por Merhy (1994, p.138) ao afirmar que “[...] a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações”.

Campos e Guerreiro (2008) e Assis *et al.* (2010) pontuam que é frequente, no Brasil, a identificação de problemas na resolutividade da assistência, devidos à baixa oferta de serviço e à deficiência na articulação da atenção básica com os demais serviços da rede de atenção à saúde, levando à geração de demandas reprimidas e limitações na prática clínica.

Essas questões processuais de restrições de acesso repercutem também na segurança do cuidado, na medida em que os processos de trabalho desenvolvidos e a garantia da continuidade dos cuidados podem atuar como dispositivos protetores dos riscos de danos à saúde dos usuários (TEJEDOR FERNANDEZ, 2011).

Nesse sentido, vale salientar que a atenção básica, por meio da ESF, possui a responsabilidade de atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território, fazendo parte de uma rede de assistência à saúde, articulando o caminhar do usuário pelos serviços de atenção de média e alta complexidade, garantidas por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade e integralidade da atenção à saúde na rede de serviços (ASSIS *et al.*, 2010; TEIXEIRA, 2003), contribuindo, assim, para a segurança desse cuidado e a qualidade do serviço de saúde.

No Brasil, a população convive com um acesso aos serviços de saúde de forma seletiva, excludente e focalizada, quer seja na realidade dos serviços públicos ou privados, apresentando, como dito por Assis *et al.* (2010) e Minayo (2006), um certo descompasso entre o que é dito em leis e o que de fato legitima a sociedade.

Revela-se, ainda, que além de todo o exposto, o usuário ainda se depara com a impossibilidade de continuidade do acesso, como as limitações de referência para especialistas e realização de exames, para garantir continuidade dos cuidados.

Os depoimentos, a seguir, são esclarecedores:

[...] às vezes eles não consegue fazer um exame, ou se faz um exame demora dois meses pra chegar um exame. Então você faz pré-natal, tem gestante, que vocês faz o pré-natal a mulher termina o pré-natal e não chega os exames e aí? Se a mulher tiver sífilis, uma doença ou uma coisa parecida? Cê só vai saber quando o bebê nascer? (Hortênsia)

Eu acho assim, exames aqui demoram demais. A gente marca um exame e espera um ano! Eu to com um exame, que já to com um ano e eu não fiz, porque não tem. A gente fica na fila de espera aí passa um ano (Grupo I)

[...] to achando ruim assim é a fila de espera. Já faz um ano que eu tô na fila de espera. Eu venho, aí a menina diz “nãao”! Todo dia eu venho, já deve tá caduco [consulta com dermatologista] Eu tenho aqui a prova aqui guardada [solicitação de consulta]. E ainda não surgiu uma vaga aqui ainda. Como é que pode? Eu já vou pedir ao doutor pra me dá outra! (Grupo VI)

Você precisa fazer uma ultrassom, não faz! Eu acho assim, que um exame mais elevado teria que sair rápido. Uma ultrassom mamária... [...] As vezes demora, as vezes, sai mais rápido. Mas eu acho assim, que um tipo de exame desse era pra sair era logo (Grupo III)

A PNAB (BRASIL, 2012a) prevê que a atenção básica, por meio da ESF, tem o papel de coordenador os serviços para referenciar as demandas pertinentes aos níveis de média e alta complexidade, além de ter a garantia da contra referência a fim de que seja possibilitada a continuidade do cuidado, invertendo, assim, a racionalidade piramidal para um modelo cooperativo pensado como um círculo, como propõe Cecílio (1997).

E assim como proposto por Merhy e Onocko (1997), é preciso que o cardápio de serviços de saúde oferecidos pelo sistema esteja em consonância com a cesta de necessidade de saúde da população, perpassando pela garantia de uma oferta organizada, pois o acesso envolve demandas diferenciadas por tipo de atendimento necessário.

A organização dos serviços de saúde em uma rede regionalizada está previsto na Constituição Federal em seu artigo 198 que define: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]”. No entanto, a estruturação dessa rede deve ser pensada dentro de um território e tendo como referência uma população e as necessidades de saúde a serem supridas, visando a garantia da efetividade, melhoraria da eficiência do serviço, diminuição dos custos e a expansão do acesso a todos a que dele necessitam (BRASIL, 1988; SANTOS, 2008)

Para Silva e Magalhães Júnior (2008), há componentes que são indispensáveis para a organização do serviço de saúde em redes. São estes: um espaço territorial e uma população; serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas, adequadamente articuladas e integradas numa ótima condição de custo/benefício e oferta/necessidade; uma logística que contribua para identificar e orientar os usuários; e um sistema de regulação com normas e protocolos a serem adotados para organizar o acesso e a sua gestão.

Esses componentes, quando postos em prática, proporcionam a viabilização dos princípios doutrinários e organizativos que conformam o Sistema único de Saúde (SUS), ao passo que a conformação dos serviços em redes regionalizadas também possibilitam a melhoria do controle dos recursos de saúde, redução da duplicação de ofertas de serviços, estabilidade e confiança na relação entre o usuário e o sistema de saúde e maior resolutividade (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2008; CARVALHO; CECCIM, 2006).

Apesar disso, evidenciou-se na presente investigação, que, por vezes, o fluxo preconizado para a continuidade do cuidado do usuário da rede de saúde acaba sendo interrompido, por bloqueios próprios no sistema de referência e contra referência. Com isso, alguns usuários relataram que acabam criando rotas alternativas, na tentativa de buscar a continuidade ao cuidado iniciado, pagando consultas ou exames, por conta própria, ou com a ajuda de familiares.

Enquanto que alguns usuários referiram seguir por essas rotas alternativas, devido a falhas na rede de atenção à saúde, outros relataram não ter condições de seguir por essas vias colaterais, com pagamento de planos de saúde ou de consultas/exames particulares, devido a limitações financeiras.

Conforme dados sócio demográficos e laborais apresentados dos usuários investigados, percebe-se que a maioria não possui atividade laboral (n: 22; f:51%). Aqueles que possuem algum tipo de renda pessoal, como o trabalho em si, aposentadoria ou pensão, relataram que recebiam, em média, de 1,2 salários mínimos.

No entanto, apesar dessa limitação financeira, usuários referiram sentir-se na obrigação de terem que arcar com os custos. Fato exemplificado, a seguir:

“ Tem que pagar. Às vezes, as pessoas não tem direito [conseguir marcar consulta, exame], porque ganha um salário, pagar aluguel, é luz, é tudo. Como é que você vai pagar? É indignação, né? (Grupo IV).

Nesse contexto, reforça-se que para que a atenção básica realmente funcione como um nível de um sistema de saúde deve, segundo Starfiel (2004), oferecer aos usuários a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, garantir a continuidade do cuidado, ampliar a atenção a todas as situações de saúde e coordenar ou integrar as ações fornecidas. Todavia, ressalta Santos *et al.* (2010), que há a necessidade da (des) construção de uma prática voltada para a doença e (re)construção de um modelo de saúde que deixe de ser excludente e pouco resolutivo, para que assegure integralidade e dignidade ao usuário, com garantia de acesso e resolubilidade da atenção.

Conforme o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”, entendendo que a atenção básica deve atuar como principal porta de entrada do usuário à rede de saúde e como agente de garantia da continuidade do cuidado (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, a atenção básica tem o papel de coordenar a produção do cuidado em saúde, identificando os riscos, necessidades e demandas de saúde da população, para a elaboração, acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos singulares, a fim de organizar o fluxo dos usuários na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

Assis *et al.* (2010) defendem a necessidade de qualificação das práticas na atenção básica, para que esta possa tornar-se realmente porta de entrada preferencial do usuário na rede de atenção à saúde. E, estando inserido na rede, o usuário possa ter acesso as mais variadas ofertas de serviços de acordo com a sua necessidade, pois conforme o Relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008b, p. 59):

[...] equipes de atenção primária não podem responsabilizar-se de uma forma integral pela saúde de uma população sem o apoio de serviços especializados e de organizações e instituições exteriores à comunidade servida.

Portanto, se essa articulação da Atenção Básica com os demais serviços da rede não se concretiza, a produção do cuidado do enfermeiro estará sendo comprometida, tanto pela descontinuidade do cuidado, como pela insatisfação de usuários e profissionais em estarem dando seguimento ao processo de cuidar, devido às limitações do sistema.

Durante o período de observação e realização de entrevistas, foi possível perceber, ainda, entre os enfermeiros, certa angústia e insatisfação por não dá seguimento aos cuidados

de saúde iniciados, devido a limitações do sistema de regulação, limitações de infraestrutura, dentre outros, fazendo com que os usuários percam a credibilidade com os profissionais da unidade:

A gente faz até onde dá, como eu to te dizendo, as vezes morre e não tem assistência [...] a gente pede pro agente de saúde pra ir na casa, eles ficam dando retorno, mas às vezes se chateiam e nem vem mais, a gente perde a credibilidade, com certeza (Hortênsia).

Esse descontentamento percebido em alguns enfermeiros pode repercutir significativamente na produção do seu cuidar. Contudo, vale ressaltar que tanto os gestores, como os trabalhadores e usuários, assumem o papel de corresponsabilização para a garantia da qualidade do serviço, pois por mais que a gestão das referências esteja sob competência direta dos gestores administrativos, o profissional de saúde não se exime da responsabilidade de acolher o usuário de forma a promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, além de atuar na luta pela melhoria da efetividade da rede de atenção à saúde.

Com isso, imprime-se que a realidade das unidades de saúde aqui investigadas associadas às realidades apresentadas por Assis *et al.* (2010) e Moretti-Pires (2012) ainda encontra entraves para a implementação de uma Atenção Básica de qualidade, fato que pode ser advindo por um possível conformismo em estar continuando desenvolvendo ações estáticas e programáticas, sem reflexão e discussão crítica da realidade local ou pelo fato dos profissionais e gestores ainda não terem despertado, de fato, para os processos de mudança no cenário de saúde.

No entanto, sabe-se que a Estratégia Saúde da Família vem evoluindo ao longo dos anos, deixando de lado suas características iniciais de um programa que operacionalizava uma política de focalização exclusiva na atenção básica e direcionada a populações excluídas do consumo dos serviços, para o sentido de estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, com a responsabilidade de atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território, fazendo parte de uma rede de assistência à saúde, ao articular o caminhar do usuário pelos serviços de atenção de média e alta complexidade, garantidas por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade e integralidade da atenção à saúde na rede de serviços (ASSIS *et al.*, 2010; ASSIS *et al.*, 2007; TEIXEIRA, 2003).

Portanto, é preciso que o enfermeiro incorpore suas responsabilidades em quanto profissional de saúde da Atenção Básica, buscando produzir um cuidado em saúde na perspectiva do SUS, desenvolvendo os passos propostos por Franco, Bueno e Merhy (1999), promovendo relações acolhedoras, com escuta e resposta positiva, com capacidade de resolver os problemas de saúde da população, bem como a organização do processo de trabalho na lógica da equipe multiprofissional e interdisciplinar e humanizar a relação trabalhador-usuário.

Acolher o usuário no serviço de saúde busca inverter a lógica da organização e funcionamento do serviço, partindo da premissa que é preciso atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso universal e igualitário, ao passo que a impossibilidade de acesso a serviços e tecnologias necessárias ao enfrentamento da dor, do mal-estar, enfim, da recuperação da saúde representam um claro obstáculo a uma atenção humanizada (ASSIS *et al.*, 2010; TRAD, 2006).

É necessário que sejam incorporadas ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: “gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros” (BRASIL, 2012a, p. 26).

Em suma, além das limitações já apresentadas acima para a produção do cuidado do enfermeiro na ESF, outras ainda foram citadas, como: déficit de infraestrutura adequada e o fornecimento de equipamentos, materiais e medicamentos, que serão melhor apresentadas no eixo temática, a seguir.

Essa é uma realidade percebida na maioria das cidades brasileiras, relacionadas ao processo de desgaste para a implementação efetiva do SUS, devido a questões de limitações estruturais, formação dos recursos humanos e de organização do sistema de saúde que vem sendo implementado no país. Como afirma Moretti- Pires (2012), a realidade brasileira vivencia uma dicotomia do SUS, uma contradição entre a ESF idealizada e a ESF de fato.

Em suma, a realidade brasileira revela a existência de unidades com infraestrutura degradada, que não contam com sistemas de apoio ao diagnóstico e tratamento minimamente adequados, nem com centros de referência alcançáveis em tempo útil (RODRIGUES, 2011).

Contudo, ressalta Ramos e Lima (2003):

“às vezes as condições materiais são boas e busca-se praticar um bom atendimento, mas inexiste 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.” (RAMOS; LIMA, 2003, p.28).

Nesse sentido, como citado por Assis *et al.* (2010), cria-se nos serviços de saúde, entre os trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre a qualidade da assistência e o fornecimento de insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas.

De modo geral, as limitações apresentadas, como: formação e capacitação do enfermeiro e demais trabalhadores da saúde; vínculos trabalhistas; cuidado em saúde voltado para ações programáticas, individualizadas, centralizadas na unidade e com pouca abordagem coletiva; acesso com priorização dos grupos de risco e definido por fichas limitadas; acolhimento com abordagem restrita à realização de triagem; deficiência na referência e contra referência para marcação de consultas e exames; deficiência na infraestrutura e fornecimento de equipamentos, materiais e insumos, dentre outras aqui apontadas, também estão apontadas como desafios a serem vencidos pelos agentes atuantes na Atenção Básica (gestores, profissionais e usuários), em busca da melhoria da qualidade dos serviços e o alcance da satisfação do usuário.

Desse modo, por todas as limitações e desafios até aqui expostos acerca da produção do cuidado do enfermeiro na ESF, tornou-se necessário o delineamento proposto na categoria a seguir, a fim de atender tanto aos objetivos da presente investigação como dar voz aos usuários e enfermeiros, protagonistas desse processo de cuidar, para a compreensão do cuidado com segurança e qualidade, na busca pela satisfação do usuário.

5.2 EIXO II: QUALIDADE E SEGURANÇA PARA A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ESF.

O contato com os enfermeiros e usuários, por meio do uso de técnicas variadas e explicitadas no percurso metodológico desta pesquisa, permitiu que pudessem ser identificadas concepções dos participantes acerca da produção de um trabalho seguro e de qualidade desenvolvido pelo enfermeiro na ESF e suas interfaces com a consequente (in)satisfação do usuário.

Inicialmente, foi percebido que tanto os enfermeiros, quanto os usuários apresentaram dificuldades para definir o termo qualidade e segurança, fazendo indagações, como:

“[...] qualidade/segurança em que sentido?” (Margarida, Acácia, Grupo I, Grupo III, Grupo V) ou

“[...] isso é muito abstrato” (Dália).

Os depoimentos apreendidos sobre os termos, na maioria das vezes, seguiam em torno das limitações e desafios já previamente citados no eixo temático anterior, além de outros que foram sendo apreendidos ao longo da coleta de campo.

Desse modo, a leitura dos relatos levou à identificação de elementos, que foram agrupados em onze grupos, por questões de similaridade semântica. Ressalta-se que esses elementos foram identificados a partir dos depoimentos de enfermeiros e/ou usuários, que os julgavam ter relação com a produção do cuidado do enfermeiro na ESF, nos aspectos de segurança e qualidade. Ressalta-se, ainda, que dos grupos formados, somente três foram relacionados estritamente à compreensão de segurança; um foi associado somente à compreensão de qualidade; enquanto que sete estiveram relacionados concomitantemente com a compreensão de segurança e qualidade da produção do cuidado do enfermeiro, conforme quadro 8, a seguir:

Quadro 8: Grupos de elementos identificados a partir da compreensão de enfermeiros e/ou usuários acerca da “Segurança” e “Qualidade” da produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Fortaleza, CE. 2013.

	Segurança	Qualidade	Informante
Grupos de elementos relacionados individualmente à concepção de Segurança e Qualidade	Grupo 1: Exposição a riscos de violência física , relacionado ao risco de agressão física ou assaltos na unidade ou nas áreas circunvizinhas;		Enfermeiros e Usuários
	Grupo 2: Experiência Profissional , relacionado à experiência do profissional na ABS;		Enfermeiros
	Grupo 3: Crença na supremacia do saber médico , relacionado à cultura popular e de gestores da supremacia do trabalho do médico na saúde;		Enfermeiros e usuários
		Grupo 4: Prática baseada em protocolos , relacionada à necessidade de que as práticas sejam embasadas em conhecimentos científicos validados;	Enfermeiros
Grupo de elementos concomitantes à concepção de Qualidade e Segurança.	Grupo 5: Relacionado à Infraestrutura das unidades de saúde e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos;		Enfermeiros e Usuários
	Grupo 6: Ambiente laboral insalubre , relacionado ao processos de trabalhos sem a garantia de dispositivos de proteção laboral;		Enfermeiros
	Grupo 7: Compromisso profissional , relacionado ao ato dos profissionais de estar atento durante a realização de procedimentos, como para perceber as necessidades do usuário, procurando dá resolutividade ao cuidado;		Enfermeiros e Usuários
	Grupo 8: Gestão dos processos de cuidar e apoio e incentivo da gestão administrativa , relacionado à não isonomia no tratamento dos gestores em relação as categorias profissionais; demanda excessiva de usuários por equipe da ESF; limitação do acesso; falha no sistema de referência e demora realização e entrega de resultados de exames;		Enfermeiros e Usuários
	Grupo 9: Relacionamento entre profissional e usuário , relacionado ao relacionamento baseado na construção de vínculos, confiança e acolhimento;		Enfermeiros e Usuários
	Grupo 10: Trabalho em equipe;		Enfermeiros
	Grupo 11: Conhecimento e capacitação técnica , relacionado à formação e capacitação dos profissionais para prescrição/transcrição e administração de medicamentos; preparo e administração de imunobiológicos; esterilização de materiais e realização de outros procedimentos de enfermagem.		Enfermeiros e Usuários

A partir da análise do quadro 8, apresentado acima, pôde inferir que os grupos identificados podem ser interpretados como inseridos nas dimensões de estrutura e processo, conforme proposta defendida por *Avedis Donabedian* (DONABEDIAN, 1966;1988;1989) e que foram melhor discutidos por meio dos núcleos de sentido construídos abaixo:

- Elementos estruturais interferem na produção do cuidado do enfermeiro com Segurança e Qualidade: discussão com base nos grupos relacionados à ‘infraestrutura das unidades e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos’ e ‘ambiente laboral insalubre, associado à falha no fornecimento de equipamentos de proteção’; ‘conhecimento e capacitação técnica dos enfermeiros’; ‘experiência profissional’ e ‘prática baseada em protocolos’;
- Processos de cuidar, de gestão e de trabalho funcionam como dispositivos para a produção de um cuidado seguro e de qualidade: discussão com base nos grupos relacionados à ‘exposição a riscos de violência física’; ‘gestão dos processos de cuidar e apoio e incentivo da gestão administrativa’; ‘crença na supremacia do saber médico’; ‘compromisso profissional’; ‘relacionamento entre profissional e usuário’; e ‘trabalho em equipe’.

Sendo assim, esses núcleos serão discutidos conforme disposição abaixo:

Núcleo 1: Elementos estruturais interferem na produção do cuidado do enfermeiro com Segurança e Qualidade

Ao adotar o referencial de *Avedis Donabedian*, tem-se que nas dimensões estruturais, são contempladas as questões relacionadas às características físicas, adequação de instalações e equipamentos, padrões de segurança e higiene, critérios técnicos de equipamentos, nível de educação dos profissionais e estrutura organizacional para verificar sua adequação aos critérios e padrões estabelecidos (DONABEDIAN, 1966;1988;1989).

Desse modo, identificou-se inicialmente na coleta de campo que, entre enfermeiros e usuário, o elemento mais recorrente como relacionado à produção de um trabalho seguro e de qualidade foi a adequabilidade da infraestrutura das unidades e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos. Entre os enfermeiros, somente um não referiu esse item; enquanto que em relação aos usuários, em todos os grupos, pelo menos, um usuário referiu esse item como interferente no processo de trabalho na unidade, como ilustrado pelos depoimentos preferidos pelas duas categorias investigadas e conforme apresentados a seguir:

Para os enfermeiros:

[...]a gente não tem condição física, você atende na sala que não tem a menor estrutura, você tem que atender com a porta aberta porque você não

aguenta o **calor**, não tem um ar condicionado. Você **atende sem um computador**, você não tem como registrar um dado [...] a gente não tem um material, além de não ter esses insumos, **falta medicação, falta luva, falta máscara...** [...]“[...] às vezes você tem que fazer um pré-natal, às vezes você num tem um **sonar ou aparelho não presta**, você faz uma prevenção com o **aparelho com péssima luz**, quer dizer **qual é a segurança e a qualidade que você tá passando naquele atendimento?**” (Hortênsia) (grifo nosso).

“[...] **não tem água, não tem pia pra gente lavar a mão** [...] você tá vendo a maca? **Não tem papel**, não tem pano pra colocar, pra trocar! [...] a **autoclave não tem teste biológico**; a vacina, a geladeira da vacina, **ela quebra**, aí vem alguém aqui e conserta, com uma semana ela quebra de novo, que segurança que eu tenho, né? [...] O **banheiro tá com a descarga quebrada**” (Açucena) (grifo nosso).

“ [...] muitas vezes, o usuário não tem segurança, no sentido que, um procedimento, às vezes, **é feito num local improvisado**, que não é seguro” (Acácia)

Para os usuários:

“Eu sou uma paciente acompanhada, porque recebo minha manutenção do diabético e recebo os medicamentos. E quase nunca tem, né? [...] E recebo as fitas, as lancetas. Que é uma judiação aquelas lancetas, quer dizer, lancetas não, as seringas. Mandaram umas seringas, que parece que é pra aplicar em vaca! (...) às vezes, eu já fui atendida pelo enfermeiro né, e pelo médica, mas a gente é atendido, aí **falta a medicação**. Às vezes, não tem a medicação completa. Se você for preciso receber duas medicações, aí tem uma e a outra não tem (...) a gente vem tirar a pressão né, aí não tem. O **aparelho quebrado**” (Grupo V) (grifo nosso).

“ [Como seria um atendimento seguro e de qualidade?] **Chegar aqui e ter remédio**. Pra você ter ideia, chegou uma pessoa com febre hoje e **não tem termômetro** isso é um absurdo no posto! [...]” (Grupo II) (grifo nosso).

“[...] você chegar ali e **pedir um copo d’água**, chegar lá, o copo não tem. Quer dizer, eu sou operada. Vou ao banheiro, **Cadê o banheiro** pra você ir? Não tem!” (Grupo VI) (grifo nosso).

“A gente chega aqui pra fazer exame **e não tem material pra fazer os exames né?** (...) Sobre a consulta com a enfermeira, eu não tenho o que falar [...] **o que falta é estrutura pra atender a gente né?** É muita precária a estrutura daqui. Só isso mesmo que eu tenho a reclamar. **O posto aqui não tem estrutura!**” (Grupo I) (grifo nosso).

Como apresentado por enfermeiros e usuários e, ainda, percebido durante as visitas às unidades, a questão de falhas na infraestrutura e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos é algo recorrente em todas as unidades que foram investigadas. Tanto enfermeiros, como usuários referiram estar sendo prejudicados com essa

deficiência, o que, para eles, acaba repercutindo na qualidade e segurança do serviço desenvolvido na unidade.

Essa é uma realidade apontada por diversos estudiosos da área de atenção básica no Brasil, como Ribeiro *et al.*, 2004; Facchine *et al.*, 2006; Serapioni e Silva (2006; 2011); Oliveira, Carvalho e Silva (2008); Assis *et al.* (2010), Rodrigues e Anderson (2011), Rodrigues (2011) e Lima e Oliveira (2012), que elencam que nem sempre a infraestrutura das unidades básicas respeitam as exigências técnicas e éticas coerentes com suas atribuições, competências e responsabilidades.

Sobre esse contexto, é importante destacar que o Ministério da Saúde, por meio do manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, orienta profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção ou até na escolha de imóveis para aluguéis de estabelecimentos ambulatoriais para Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o trabalho das equipes Saúde da Família, propondo elementos-base para a estruturação e o fortalecimento da estratégia Saúde da Família, em busca da continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde que vem sendo proposto no país, para que a estrutura física da UBS não seja um fator que dificulte a mudança das práticas em saúde das equipes saúde da família (BRASIL, 2006b).

Além disso, em 2012, o Ministério da Saúde ainda reforça, por meio do PNAB, algumas recomendações de infraestrutura das UBS, a fim de garantir a efetividade das ações na atenção básica e a melhoria da qualidade de seus serviços (BRASIL, 2012a).

Contudo, por mais que não tenha sido objeto do presente estudo avaliar especificamente as dimensões estruturais das unidades de saúde investigadas, sabe-se que essas dimensões fazem parte da definição de qualidade adotada por Avedis Donabedian (1988; 1989), quando defende ser esta dimensão um dos componentes da qualidade dos serviços de saúde.

No presente estudo, os depoimentos dos usuários e enfermeiros foram incisivos em relacionar a deficiência na infraestrutura e o fornecimento de equipamentos com a compreensão de qualidade e segurança da produção do cuidado do enfermeiro na atenção básica.

Serapioni e Silva (2006), ao realizar um estudo de avaliação da qualidade no âmbito das unidades básicas de saúde de alguns municípios do estado do Ceará, revela que o Estado convive com três tipos de ambientes nos quais são realizados os atendimentos: 1) Estrutura física construída de acordo com os padrões preconizados pelo Ministério da Saúde; 2) Existência de espaço físico bastante restrito, composto muitas vezes de pequenos consultórios médicos e de enfermagem e sem local específico para o usuário aguardar o atendimento; e 3) Inexistência de uma estrutura física fixa para o atendimento, sendo o mesmo realizado em escolas, igrejas, casas de populares, etc.

De acordo com essa classificação de ambientes apresentada, é importante assinalar que na realidade aqui investigada, com base nas observações de campo e depoimentos, pôde ser percebido que as unidades estavam mais bem enquadradas no segundo tipo apresentado acima, existindo, portanto, espaços restritos para a execução de atividades específicas do serviço.

Em seis unidades, foram identificados processo de reestruturação da infraestrutura, sendo que em quatro dessas, os profissionais tiveram que se instalar em prédios provisórios, para realização da reforma no prédio original, enquanto que nas outras duas unidades, as atividades aconteciam no mesmo espaço que está sendo reformado, fazendo com que as ações ficassem bastante restritas.

Essa foi uma realidade presenciada em metade das unidades da SER IV, sendo utilizado como justificativa pelos enfermeiros para a não realização das ações preconizadas para atuação na atenção básica. Contudo, nas unidades que não estavam passando por processo de reestruturação física no período, os enfermeiros também relataram limitações na infraestrutura como dispositivos que impactam negativamente na produção do seu cuidado.

Diante desse contexto, é importante frisar que a nova Política da Atenção Básica prevê uma parceria do Governo Federal, estados e municípios para investimento financeiro para modernizar e qualificar o atendimento à população, tendo a proposta de construção de mais de três mil unidades e mais 20 mil a serem reformadas, ampliadas e informatizadas (BRASIL, 2012a).

Contudo, mesmo que a situação de reestruturação revele um caráter de provisoriedade da situação atual das unidades, o contato com enfermeiros e usuários revelou

que em algumas unidades esse processo de reestruturação da estrutura física estava se estendendo por um período superior ao que tinha sido previamente estabelecido:

“Essa construção aí faz é tempo [prédio original em reforma] [...] Diz que entrega amanhã, entrega depois aí não vai” (Grupo III).

Diante desse contexto, tanto enfermeiros lotados nas unidades em reestruturação, como aqueles lotados nas demais unidades, mostraram-se insatisfeitos com o espaço disponibilizado para o desenvolvimento das atividades, que muitas vezes, por ser bastante reduzido e sem condições adequadas para o trabalho, impediam a realização de atividades mais abrangentes, como palestras educativas, por exemplo, chegando também, a comprometer a privacidade do usuário no comento da consulta. Como bem comenta os enfermeiros, cujos depoimentos foram transcritos e apresentados a seguir:

“Nós não temos hoje nenhum local adequado, eu divido uma sala com outros profissionais aí do lado, que vê uma divisão, então o paciente não tem privacidade, nem o profissional não tem [...]” (Begônia) – [Funcionamento em outra unidade provisória].

“Aqui, no lugar que a gente tá hoje, a gente só não tá conseguindo fazer grupos, palestras [...] a questão da prevenção ginecológica, não teve ambiente. A gente consegue, não é da forma adequada, né, você pode ver que o local que a gente atende não tem como ter sigilo, não tem uma pia pra lavar a mão, mas aí gente vai se submetendo a essas coisas para não repassar pra população um prejuízo maior” (Margarida) – [Funcionamento em outra unidade provisória].

Nesse sentido, vale reforçar a necessidade de mudanças na conjuntura das unidades básicas para que se atenda de forma plena aos preceitos recomendados para os serviços de saúde do SUS, ao passo que na atual situação, enfermeiros referem não ter espaço, nem condições para o trabalho, fazendo com que, muitas vezes, tenham que:

“[...] pedir pro paciente trazer o material de casa, porque não tem!” (Alfazema) – [Unidade sem reforma no período].

Ou, até mesmo:

“[...] deixa de fazer procedimento para não correr risco, nem para a gente, nem para o próprio usuário” (Rosa) – [Unidade sem reforma no período].

Mendes (2012) afirma que a deficiência de infraestrutura tem várias causas, mas, geralmente, decorre da visão política de que a atenção básica é para pobres de regiões pobres, reiterando o conceito equivocado de que a atenção básica é de baixa complexidade tecnológica e, portanto, pode ser ofertada em quaisquer condições. Nesse sentido, como fica a segurança e qualidade do cuidado à saúde?

Travassos e Caldas (2013) e Gama e Saturno (2013) pontuam que as condições de infraestrutura e de recursos/administração, relacionam-se às causas de incidentes que, porventura, venham a ocorrer no cuidado em saúde, comprometendo a segurança do cuidado, sendo, portanto, necessário que se estimule estratégias de prevenção dos incidentes, por meio do desenho e planejamento adequado das estruturas e processos que implicam diretamente na melhoria da segurança e da qualidade dos serviços.

Com isso, estimula-se que é preciso romper com essa ideia de que a atenção básica é para pobres, o que levaria a diminuição de investimentos nessa área, pois, como bem cita Medes (2012), o Brasil contemporâneo, que se apresenta como uma das maiores economias do mundo, não pode permanecer com essas visões restritivas de saúde.

O Ministério da Saúde preconiza que Atenção Básica deve ser a estratégia prioritária das políticas de gestão em saúde, sem distinção de classe econômica de seu público-avó, pois se entende que se efetivada de forma plena, é capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012a).

Contudo, para que isso realmente se concretize, faz-se necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso, razão pela qual foi lançado o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, como previamente citado (BRASIL, 2006d).

Em tempo, Vanderley (2005) destaca que a falta de recursos materiais, humanos e de infraestrutura apresenta como elemento impeditivo para mudança do modelo assistencial, uma vez que a inadequação da estrutura física limita e/ou impossibilita a realização de atividades em grupo e até mesmo as individuais.

Para isso, os gestores da atenção básica devem garantir que as unidades possuam uma infraestrutura e fornecimento de materiais, equipamentos, medicamentos e insumos de forma adequada, para atender as demandas e garantir a continuidade do cuidado (ASSIS *et al.* 2010).

Com isso, destaca-se que, conforme recomendação da PNAB 2012, as unidades de saúde de atenção básica devem estar equipadas com, no mínimo (BRASIL, 2012a, p.35):

1 - Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;

2 - Área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros:

Além disso, preconiza-se, ainda, que haja manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das unidades; existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento das unidades, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS (BRASIL, 2012a).

Por isso, os investimentos em infraestrutura são urgentes, para que a reforma e a construção de unidades básicas sigam conforme a concepção do PSF e dos requisitos legais de conforto e segurança ambientais, como frisa Facchini *et al.* (2006).

Além disso, a presente pesquisa também identificou a possível falha no fornecimento de equipamentos, materiais e insumos para a produção do cuidado seguro e de qualidade, como apresentados pelos participantes.

Essa foi também uma realidade identificada no estudo realizado por Serapioni e Silva (2006; 2011), ao mostrar que os profissionais dispunham de forma limitada dos materiais de uso para o trabalho, o que comprometia de forma significativa o nível de qualidade dos atendimentos.

Também foi identificado no presente estudo a deficiência no fornecimento de medicamentos pela farmácia da unidade, como pode ser observado a seguir:

[...] seguro a gente não pode se sentir assim, medicação, tem muitas vezes que a gente vem e tá faltando, aí a gente tem que tirar do bolso da gente pra comprar, porque não tem mesmo e a gente tem que usar. Eu, por exemplo, vários remédios eu tenho que comprar, porque é de uso contínuo, eu não posso parar (U4- Grupo IV).

Nesse sentido, como ressalta Bermudez, Oliveira e Luiza (2008), sabe-se que a despesa com medicamentos tem um impacto significativo sobre os orçamentos das famílias, principalmente naquelas de baixa renda, revelando uma das faces das desigualdades sociais. E, como já referido no eixo I da análise, os usuários apresentam, em sua maioria, limitações

financeiras que podem impossibilitar a compra de medicamentos, pagamento de consultas, exames etc., para dá continuidade ao cuidado iniciado.

Em alguns grupos, foram identificados usuários que relataram estarem com seu tratamento de saúde comprometido pelo fato de não terem condições para a compra de medicamentos, que não estavam sendo disponibilizados na unidade.

Quintino, Silva e Ávila (2012) alertam que a assistência farmacêutica também deve ser vista como parte da atenção integral à saúde, proposta pela política de atenção básica.

De fato, o Ministério da Saúde recomenda que seja necessárias à realização das ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal, além de infraestrutura adequada, fornecimento e manutenção de equipamentos, “a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS” (BRASIL, 2012a, p.36).

E, mais especificamente ao cuidado de enfermagem, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE) ainda reforça que dos quesitos que contribuem para a qualidade do cuidado do enfermeiro é o fato de terem ou não à disposição os equipamentos, fármacos e tecnologias necessárias para fazer o seu trabalho, ao passo que a deficiência dos recursos materiais e humanos e manutenção adequada dos equipamentos conduzem à progressiva deteriorização dos serviços de saúde, comprometendo, assim, a sua qualidade (CIE, 2007).

No estudo realizado por Serapioni e Silva (2006) também evidenciou que o fornecimento de medicação não é suficiente para atender a demanda das unidades de saúde.

Além das deficiências já relatadas, foi identificado também o déficit no fornecimento de utensílios mínimos para suprimento de necessidades humanas básicas dos usuários. Fato que pode ser ilustrado pelo relato de uma usuária, apresentado a seguir:

“[...] Sobre a água né, não tem água aqui no posto. Água pra beber. Aí um dia, eu tava com febre, dor de cabeça forte, aí eu pedi a um rapaz um copo d’água né. Aí ele disse que não tinha água [...] como eu tava com febre, com muita dor de cabeça; eu moro longe, aí eu pedi um copo d’água porque eu tava com febre alta, aí o rapaz disse que não tinha água. E tinha sim. Tem pra eles, mas pra gente não tinha não, o que eu acho certo, porque essa água aí é pra eles, não é pra gente. Aí ele falou assim: Aí no banheiro tem. Aí eu tomei” (U12- Grupo V).

Essa foi uma evidência também apresentada no estudo realizado por Monteiro *et al.* (2012), cujos usuários referiram-se sentir-se insatisfeitos com a limpeza e desconforto das unidades de saúde.

Essa questão faz refletir acerca dos direitos dos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no País, garantidos pela Constituição do Brasil, principalmente no Título II, Capítulo I - Dos direitos e deveres individuais e coletivos, que confere a todos o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à propriedade, além do direito à educação, saúde, moradia, trabalho e lazer, dentre outros direitos constitucionalmente assegurados (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, cabe ao Estado a garantia desses direitos e aos usuários e profissionais do SUS o dever de assumir atitudes de luta pela garantia de concretização desses direitos, pois todos os cidadãos devem usufruir de políticas públicas, econômicas e sociais para a promoção da saúde de forma ampla, como a garantia de que tenham o direito, como ressalta Kerber *et al.* (2010), ao acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral), conforme proposta assumida constitucionalmente.

Ainda é válido salientar que dentre as responsabilidades comuns de todas as esferas de governo está a garantia de “infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades” (BRASIL, 2012a, p. 27), para possibilitar uma atenção básica de qualidade a todos os cidadãos, brasileiros ou estrangeiros residentes no país.

Outras deficiências ainda foram apresentadas por seis enfermeiros entrevistados no tocante à falha no fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e/ou pela exposição diária a riscos biológicos, que são acentuados por falhas na infraestrutura dos ambientes laborais, como exemplificado abaixo:

“[...]a gente quase não trabalha com equipamentos de proteção individual, a gente atende paciente, inclusive pacientes de tuberculose já muito resistente, a gente não tem os equipamentos, né?! [...] você vai atender um paciente com algum problema respiratório e você não tem uma máscara para se proteger!” (Açucena; Margarida; Rosa; Hortênsia; Acácia; Azalea)

Associada ao déficit no fornecimento de equipamentos de proteção identificou-se também a exposição dos enfermeiros a ambientes insalubres e sem equipamentos de proteção coletiva⁷:

“A estrutura na unidade fica um pouco a desejar, porque às vezes não traz tanta segurança. O acolhimento [local para triagem] é um local em que favorece às vezes até pra um atendimento, que nem um caso de TB, que é um local ventilado, mas pro outro lado, não é um local climatizado, né? Alguns consultórios também, pela questão estrutural, não nos dá muita segurança não” (Acácia)

“[...] a sala de curativo, em termos de estrutura, ela é totalmente insalubre porque ela não tem ventilação, ela é muito pequena [...]” (Alfazema)

“[...] as salas pra atender, num tem uma diretriz né, do Ministério, que diz que tem que ter um ventilador, num sei o que, uma janela. Olha aqui olha, tu tá vendo janela aqui nessa sala? É, tudo fechado! Então, pra atender um paciente com suspeita de tuberculose. Não tem pia pra lavar a mão, não tem sabão, não tem toalha, nem de papel pra enxugar a mão...” (Açucena)

“[...] é uma condição insalubre, até as salas não são limpas adequadamente, a unidade não é lavada em certa frequência, né?! O chão, as janelas, a maneira como as portas estão instaladas proporciona que os microorganismos que estão lá fora migrem para dentro das salas, e as salas, a maioria, tem ar condicionado e tem salas que não tem ar condicionado e você tem que atender de porta aberta por conta do calor intenso” (Rosa).

É sabido que o ambiente de trabalho dos serviços de saúde, em geral, são comumente geradores de riscos que podem comprometer a saúde e segurança do trabalhador em um período de curto, médio e longo prazo (SVEINSDO'TTIR; GUNNARSDO'TTIR, 2008; BRASIL, 2005).

Nesse sentido, os trabalhadores da saúde estão expostos, na maioria das vezes, a variados riscos que fazem parte do ambiente, como o biológico, químico e físico, devido, por exemplo, a exposição a secreções e sangue; a drogas, excreções, raio-X (SVEINSDO'TTIR; GUNNARSDO'TTIR, 2008). No entanto, apesar da literatura pertinente estar mais focada na discussão dos riscos ocupacionais no ambiente hospitalar, Nunes *et al.* (2010) identifica que

⁷ Entende-se como Equipamento de Proteção Coletiva (EPC), os dispositivo, sistema, ou meio, fixo ou móvel de abrangência coletiva, destinado a preservar a integridade física e a saúde dos trabalhadores, usuários e terceiros, como por exemplo: ventilação adequada no local de trabalho; piso antiderrapante, meios de isolamento de áreas de risco, extintores de incêndio, dentre outros (BRASIL, 2004c).

os profissionais da saúde, que atuam em serviços de atenção básica também se enquadram como vulneráveis a exposição a variados riscos expostos no ambiente.

Nesse ambiente, Ferrer et al. (2009) identifica que os enfermeiros e os técnicos/auxiliares de enfermagem estão dentre os profissionais mais expostos, devido a sua atuação direta junto a alguns fatores de riscos advindos de agentes biológicos, como as secreções e o sangue dos pacientes que estão sendo cuidados.

Contudo, Lima (2013) identifica, em seu estudo, que o enfermeiro, no contexto da atenção básica, apresenta, muitas vezes, uma exposição maior a agentes ergonômicos e psicossociais, devido à carga horária de trabalho; violência física, verbal, assédio sexual, características socioambientais do território, presença de narcóticos, “desgaste emocional”, cobrança por produtividade, suporte insuficiente da gestão, estrutura postural, organização de mobiliários, dentre outros.

Frisa-se que essa temática foi abordada por pelo menos metade dos enfermeiros, sendo relatado por um enfermeiro que *“gente minimiza mais risco pro povo do que pra gente, pro próprio profissional”* (Açucena).

Diante desse contexto, o Conselho Internacional de Enfermeiros evidencia a necessidade de criação de ambientes favoráveis à prática profissional do enfermeiro, com vistas a assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados realizado (CIE, 2007), pois para que se busque humanizar o cuidado, é preciso também que se invista nas condições de trabalho de quem cuida (LACAZ; CATO, 2006).

De fato, o enfermeiro precisa sentir-se seguro quanto à sua formação técnica e científica, disponibilização de equipamentos de proteção individual e coletiva que atenuam os riscos inseridos no ambiente de trabalho; promoção de ações voltadas para a ergonomia no trabalho; disponibilização adequada de equipamentos, fármacos e outras tecnologias necessárias para fazer o seu trabalho; ambientes que promovam a valorização profissional, com relações interpessoais positivas tanto entre os membros a equipe, quanto entre o profissional e gestores; além de serem assegurados de carga horária de trabalho e salários dignos e a garantia de seus direitos trabalhistas.

Um profissional satisfeito com o seu trabalho tende a fazer com que o usuário se sinta seguro com o cuidado produzido.

Por isso, apoia-se na reflexão trazida por Lima (2013), de que é preciso implementar políticas preventivas adequadas, com promoção de práticas seguras, protetoras e satisfatórias à realidade de atuação dos enfermeiros atuantes da atenção básica, por meio de políticas educativas, ações de sensibilização, que possam tentar modificar as práticas e a gestão dos serviços, a fim de possibilitar ambientes e processos de trabalho mais adequados à atuação dos profissionais da saúde e mais prazerosos e seguros para os usuários.

E, ainda nesse contexto de análise estrutural, pôde ser identificado também que enquanto que a experiência profissional foi apontada por enfermeiros como relacionada à compreensão de segurança do cuidado; o conhecimento e capacitação técnica dos profissionais para realização de procedimentos de enfermagem como relacionados à compreensão de segurança e qualidade da produção do cuidado do enfermeiro na ESF, segundo a concepção de enfermeiros e usuários.

Esses dados retomam a discussão proferida anteriormente sobre a importância da formação e capacitação profissional para a melhoria da qualidade e segurança do cuidado do enfermeiro.

Enfermeiros e usuários ressaltam que, para promover um trabalho seguro e de qualidade, é preciso ainda que o profissional apresente conhecimento científico, associado à capacitação técnica para realização de ações, como prescrição/transcrição e administração de medicamentos, preparo e administração de imunobiológicos; esterilização de materiais, dentre outros procedimentos de enfermagem. E, além disso, um dos enfermeiros entrevistados ainda mencionou a importância da experiência no trabalho na atenção básica como fator positivo para a segurança do cuidado, como exemplificado abaixo:

*“ [...] Em modesta parte, eu já tenho uma certa facilidade em lidar com a comunidade, mas não são todos os profissionais que tem esse dom de lidar, de trabalhar com a comunidade. Tem que ter muita **experiência**. O tempo vai fazendo com que você adquira essa segurança. Tá entendendo?”*
(Gardênia) (grifo nosso).

Além disso, um enfermeiro ainda ressaltou que para a qualidade do cuidado, é preciso, ainda, que as práticas de enfermagem estejam baseadas em normas e protocolos científicos respaldados para que suas ações possam ser coordenadas, organizadas e planejadas adequadamente.

Nesse contexto, para que o enfermeiro possa prestar uma assistência de qualidade e humanizada, Nascimento *et al.* (2008, p. 644) refere que é preciso que este profissional possa “inserir-se na rede social de cuidados de forma consciente, competente, tanto técnica quanto cientificamente”, planejando e organizando suas ações de forma a sistematizar e qualificar sua prática.

Núcleo 2: Processos de cuidar, de gestão e de trabalho como dispositivos para a produção de um cuidado seguro e de qualidade

Ao adotar o referencial de *Avedis Donabedian*, tem-se que nas dimensões processuais são contempladas as questões relacionadas à operacionalização do serviço, referindo-se à coordenação e a continuidade dos cuidados, interação entre profissional e usuário, o oferecimento da assistência com segurança e seu grau de adesão (DONABEDIAN, 1966; 1988;1989).

Desse modo, foram identificados elementos, interpretados a partir dos relatos de enfermeiros e/ou usuários, que foram relacionados com a dimensão “processo” proposta por *Avedis Donabedian* para apreciação da qualidade. No entanto, a maioria dos elementos aqui propostos foram também relacionados à compreensão de segurança, conforme percepção apresentada pelos participantes da pesquisa.

Um dos elementos mais apontados como relacionado à segurança, segundo a concepção de, pelo menos, quatro enfermeiros e usuários participantes de dois grupos focais, foi a exposição a riscos de ocorrência de agressões físicas e assaltos, tanto na unidade, como nas áreas circunvizinhas, devido a própria característica social e histórico de eventos na localidade. Como exemplificado abaixo:

“ [...] como você vê, não temos nenhum vigia aí na porta, não tem ninguém! Então a gente pode ser abordada até no momento aí fora, às vezes a unidade fica aqui deserta, com a o horário que a gente sai, a gente ser abordada até aí a fora [...] inclusive até com o próprio engenheiro, que ta lá no prédio lá [prédio da unidade que está sendo reformado] levaram o carro do engenheiro lá. Quer dizer, uma situação que ninguém ta seguro né?!”
(Begonia)

No contexto do trabalho do enfermeiro, A CIE revela que a violência no local de trabalho é uma realidade para muitos profissional, independente dos contextos do ambiente

hospitalar ou de atenção básica, devendo essa questão ser abordada de forma prioritária pelas políticas de saúde (CIE, 2007)

Lima (2013, p.36), ao citar os riscos aos quais os profissionais da saúde podem estar expostos no ambiente de trabalho da atenção básica, referiu a possibilidade de exposição a casos de “violência física, verbal, assédio sexual, características socioambientais do território e presença de narcóticos” que podem cercear o trabalho do enfermeiro nesse contexto de atuação.

Diante disso, estudo produzido por Batista *et al.* (2010) revela que a violência no contexto de trabalho da atenção básica interfere na organização do trabalho e em seus processos por causa da grande rotatividade de profissionais, da dificuldade de lotação de novos funcionários e do número de transferências de trabalhadores.

Nascimento e Costa (2009) ressaltam que um dos maiores desafios do modelo de saúde da família nos grandes centros urbanos seriam a exclusão e pobreza, situação territorial e predial, fragmentação e segregação, mobilidade e acesso, violência urbana, padrão de consumo de serviços, competição entre esferas de governo e financiamento, devendo ser esses assuntos pautas centrais de discussão do Governo.

De fato, essa é uma realidade presente em grandes comunidades brasileiras e, associado às questões de iniquidades sociais, podem repercutir em quadros de violência e sensação de insegurança para trabalhadores e usuários do serviço, impactando na produção do cuidado na atenção básica.

Esse fato ainda se mostra mais acentuado devido aos horários que os usuários precisam comparecer às unidades para tentar marcar consultas.

Trecho do relato que ilustra o fato:

“ a gente tem que chegar aqui de manhã cedo, né? Pra poder ficar a fila e muitas vezes nem pega. E a falta de segurança, minha filha, é imensa! (...) No posto dali [unidade que está em reforma] já entrou ladrão lá, já roubou os funcionários. Agora, no dia da reforma, assaltaram o engenheiro lá (...) eu me sinto mais segura lá na minha casa, que eu fecho o portão por dentro. Aqui é tudo aberto” (Grupo V) (grifo nosso).

“No caso, se você precisar fazer uma prevenção, você tem que vir pra cá pro posto umas 3 horas, né? Então, você corre o risco.” (Grupo V).

Como discutido no primeiro eixo de análise, o sistema de agendamento de consultas vem se apresentando como mais um bloqueio ao acesso dos usuários ao serviço de saúde, tanto por gerar limitações no atendimento das demandas de saúde e, agora citado, como fator de exposição dos usuários a riscos de violência à integridade física, como apresentado nos depoimentos citados acima.

Para o enfermeiro Bogarim, a limitação do acesso também atua como gerador de riscos de agressão física entre profissional e usuário, como apresentado no relato abaixo:

“[...] até pela demanda, às vezes o usuário já chega numa situação já de muito stress por tá rodando muito, procurando serviço, tentando ter acesso ao serviço e acaba descontando, se atritando com o profissional, né, e isso daí aumenta grandemente a questão dos riscos” (Bogarim)

Esse é um fato que merece discussão aberta entre os agentes de processo de cuidar, ao passo que produzir saúde, conforme a proposta da Atenção Básica, transcende a dimensão biológica do ser, avançando para discussão ampla sobre o contexto social, econômico, político e histórico onde a comunidade está inserida, a fim de produzir um cuidado realmente integral e resolutivo (ASSIS *et al.*, 2010; MERHY; ONOCKO, 1997).

O relato apresentado pelo enfermeiro Bogarim, acima, faz lembrar à atitude de conformismo relatado por Batista *et al.* (2011), ao apresentar que alguns enfermeiros mostravam-se passivos diante dos casos de violência que aconteciam na unidade básica de saúde, por entender estarem atuando em centros urbanos, a violência sempre vai estar presente.

Contudo, esse é um assunto que merece pauta entre os gestores da saúde, para que se possam minimizar os riscos de agressão física que os usuários e enfermeiros podem estar expostos no contexto de trabalho da atenção básica.

Nesse sentido, ainda merece destaque outro grupo de análise, gerado a partir da identificação de elementos referidos por enfermeiros e usuários como relacionados à compreensão de segurança e qualidade, sendo esse grupo nomeado pela autora como “gestão dos processos de cuidar e apoio e incentivo da gestão administrativa”.

Nesse grupo, há a disposição dos elementos relacionados ao tratamento não isonômico de gestores em relação a algumas categorias profissionais; evidência de demanda excessiva de usuários por equipe da ESF; além da insatisfação apresentada por ambos os

participantes da pesquisa relacionada à limitação do acesso do usuário ao serviço; falha no sistema de referência e demora realização e entrega de resultados de exames.

A demanda excessiva por equipes de Saúde da Família e a falha nos serviços de referência e contra referência foi algo já pontuado no eixo temático anterior para discussão sobre os processos de cuidado e que também foram citados por enfermeiros e/ou usuários como relacionados à compreensão de qualidade e segurança.

Durante as entrevistas, identificou-se que a demanda excessiva de atendimentos foi identificada por cinco enfermeiros, como fator relacionado ao comprometimento da produção de um trabalho seguro na unidade.

Desse modo, entende-se que um dos maiores desafios enfrentados pelo SUS é a garantia do acesso universal, integral e equitativo dos usuários ao sistema, sobretudo aos níveis secundários e terciários de atenção, além de problemas com a qualidade e a resolutividade dos serviços (LIMA; OLIVEIRA, 2012; OLINDA; MIRANDA, 2006), além da limitação da quantidade de equipes formadas, que não atendem à real cobertura necessária (ASSIS *et al.*, 2010; MORETTI-PIRES, 2012).

Na presente investigação, foi percebido que os enfermeiros mostravam-se comprometidos em desenvolver um trabalho seguro e de qualidade da unidade, ao tentar promover resolutividade às demandas apresentadas pelos usuários, entendendo que *“a gente tem sempre que tá procurando uma resolução da melhor forma possível pro paciente não sair da unidade sem ter uma resolução, nem que seja pra um encaminhamento”* (Alfazema), como forma de garantir a segurança dos usuários.

Contudo, os trabalhadores que atuam na atenção básica vivenciam, em geral, um desgaste para a implementação efetiva do SUS, por questões como as limitações estruturais, formação dos recursos humanos e de organização do próprio sistema de saúde que vem sendo implementado no país e, por isso, acabam vivenciando uma dicotomia do SUS, uma contradição entre a ESF idealizada e a ESF de fato (MORETTI-PIRES, 2012).

Lacaz e Cato (2006) ainda referem que os trabalhadores em saúde efetivamente lidam, a um só tempo, com as necessidades de prestação de serviços, com as exigências do trabalho e com o sofrimento por eles vividos, levando a desgastes físicos e emocionais aos

profissionais, que repercutem na qualidade do cuidado desenvolvido, conforme ressalta a CIE (2007).

Ainda nesse contexto, cerca de três enfermeiros referiram que não encontram apoio da gestão local ou municipal/estadual para a realização do seu trabalho:

O relato, tomado como exemplo, retrata um pouco da visão apresentada por alguns enfermeiros:

“[...] eu acredito que deveriam colocar os gestores direto, no caso das coordenações das unidades de saúde, pessoas mais comprometidas porque a maioria pelo menos até onde eu conheço, não tem muito compromisso, tá entendendo? então não tão nem aí pra resolver o problema, eu sei que o problema não chega nelas, muitas vezes elas não tem poder de resolver, mas pelo menos se juntasse pra resolver, tá entendendo? [...] chega aqui, só quer cobrar horário de funcionário, só isso. Ah, isso eles sabem de mais, cobrar horário, mas aí, pra resolver mesmo os problemas não estão nem aí. Jogam mesmo as coisas, vão empurrando com a barriga, empurrando pro outros, joga pra um, joga pra outro e no fim das contas ninguém resolver e quem padece é o pobre do usuário, o pob do paciente. Quem tá na ponta é quem sofre, com certeza, que fica sem assistência” (Hortênsia).

Além disso, uma enfermeira ainda referiu que a gestão municipal prioriza o trabalho do médico, em detrimento dos demais profissionais da saúde:

“[...] o prefeito diz [...] que nós não somos prioridade. Prioridade é o médico, que a população quer médico, então assim, isso aí também é, que segurança, né? [...] aqui só existe mais duas categorias na saúde de Fortaleza: os médicos e os não médicos. O médico é o médico e o resto é não médico. Nem pelo nome, nem pelo nome da profissão a gente é tratado [pelos gestores municipais]” (Açucena).

Cabe-se esclarecer que as entrevistas ocorreram logo após um período de greve dos enfermeiros, que reivindicavam, dentre outras questões, melhorias salariais, com isonomia entre as profissionais e melhores condições de trabalho.

A falta de apoio da gestão associada a condições de trabalho precárias e insalubres parece contribuir para a insatisfação do trabalho pelo enfermeiro. Durante as entrevistas realizadas, identificou-se que, pelo menos, sete enfermeiras apresentaram-se desmotivada com o trabalho, referindo que:

“se o gestor olhasse mais pro profissional, porque um profissional bem cuidado, satisfeito, ele vai produzir mais, ele vai deixar a população mais satisfeita” (Allfazema).

Sendo que para a satisfação do trabalhador, os enfermeiros ressaltam que é preciso que os gestores possibilitem:

“condições pra gente trabalhar mesmo, equipar a parte física, a parte de medicações, a parte de encaminhamento, que não tem nada mais angustiante que você detectar um problema no paciente e você não ter como resolver ou saber que vai levar meses até anos pra ser resolvido por falta de um exame, por falta de condições mesmo” (Hortênsia).

Partindo desse pressuposto, é preciso que se priorizem as condições de trabalho dos profissionais da saúde, não somente para atender às demandas dos usuários, mas também para garantir que os trabalhadores, em geral, sintam-se satisfeitos com o seu fazer.

Campos (2000) problematiza essa questão, ao referir a necessidade de um trabalhador envolvido e motivado, para a garantia de sua autonomia, liberdade e prazer. Contudo, os profissionais da equipe da ESF, pelas próprias características do trabalho, conforme o mesmo autor, acabam tendo um contato próximo com a realidade de desigualdades sociais, limitações econômicas que a comunidade vivencia, estando isso, associado, muitas vezes, às deficiências do sistema de saúde e a falta de apoio gerencial, levando a uma combinação de fatores que podem fazer com que os profissionais se sintam desmotivados para o trabalho.

Deslandes (2004) ainda resalta que para a humanização e melhoria da qualidade dos serviços de saúde é preciso que os trabalhadores atuem em ambientes e processos de trabalho saudáveis, com a garantia de sua autonomia e participação no controle dos processos de trabalho em saúde, criação de vínculos e responsabilidades. Isso implica, ainda, a garantia de terem suas vozes ouvidas pela administração como parte de uma relação dialógica e horizontal.

Uma vez que trabalhadores e usuários valorizados tende a tornar-se agentes mais engajados e participativos na construção de um modelo de saúde mais humanizado, integral e mais voltado para a coletividade (ASSIS *et al.*, 2010; CIE, 2007).

Contudo, as falhas na gestão dos processos de cuidado na Atenção Básica, relacionados às falhas gerenciais do sistema, como encaminhamentos para realização de exames, consultas e tratamentos especializados, associados à cobrança por produtividade pela

gestores locais e o desincentivo para o trabalho, fazem com que enfermeiros se tornem desmotivados para o trabalho, como elenca Lima (2013).

Essa cobrança por produtividade foi citada por quatro enfermeiros da pesquisa, ao mencionarem que os gestores, tanto locais, como das unidades administrativas superiores, não estão comprometidos com o bom desenvolvimento do serviço. Em contrapartida, cobram compromisso dos enfermeiros para resolução das diferentes demandas e o cumprimento rígido da carga horária de trabalho.

Com isso, percebeu-se, também, que enfermeiros se sentiam insatisfeitos pelo fato de não conseguirem dar continuidade ao cuidado iniciado na unidade, devido à ineficiência nos encaminhamentos para outros profissionais, procedimentos especializados e/ou realização de exames, além da demora no recebimento dos resultados de exames realizados. Ao mesmo tempo em que, não se sentiam apoiados pelos gestores para a realização do seu trabalho.

Algo similar foi apresentado no estudo de Moretti-Pires (2012) sobre o fato de que o trabalho na ESF leva o profissional a um enfrentamento com determinantes sociais da doença, mas sem recursos para lidar com os mesmos.

Diante disso, é importante frisar que os profissionais das unidades de saúde da família apresentam projetos individuais e coletivos próprios, que interferem no contexto de sua atuação profissional, pois “antes de serem trabalhadores, tratam-se de sujeitos que trazem, no ato da produção de saúde, subjetividade, historicidade e contextos da corporação a que pertencem” (MORETTI-PIRES, 2012, p.31), por isso merecem ser ouvidos para a construção de um processo de cuidar mais saudável.

Neste sentido, uma das formas de se contribuir para a efetivação e melhoria dos serviços de saúde é também intervir na reorganização do processo de trabalho e valorização do profissional (ASSIS *et al.*, 2010; CIE, 2007).

Paralelo a essas questões levantadas, soma-se ao fato da crença cultural da supremacia do saber médico em detrimento do saber das demais profissões de saúde e, mais especificamente, do enfermeiro, como elemento que interfere na concepção de segurança do cuidado. Questão que também foi identificada no depoimento de uma das enfermeiras, conforme apresentado acima, cujo gestor mostrou-se privilegiar o profissional médico em

detrimento das demais profissionais da saúde, sendo esta uma realidade também apresentada no estudo de Moretti-Pires (2012).

Essa cultura da supremacia do saber médico também repercutiu na resposta de alguns usuários participantes da pesquisa, ao esboçarem sentir-se inseguros com o cuidado do enfermeiro. No entanto, em três grupos focais (Grupo V; Grupo II e Grupo IV), foram identificados usuários que referiram sentirem-se inseguros pelo fato de estarem sendo atendidos pelo profissional enfermeiro, devido a questões como: crença de que o enfermeiro não tem conhecimento para realização de consultas e exames, como prevenção do colo de útero, que, culturalmente, seriam de competência do profissional médico; por ter tido experiência de consulta de enfermagem, onde o enfermeiro recusou renovar a receita de um medicamento, por estar fora de sua competência; e em outro grupo, pelo fato de ter sido prescrito um medicamento ao usuário, que, segundo relato, não atendeu à queixa de saúde apresentada.

A centralidade no saber médico foi algo bastante presente nos depoimentos os usuários. Durante a realização dos grupos, por vários momentos, o mediador buscou focalizar as discussões acerca da qualidade, segurança e satisfação em relação as ações desenvolvidas pelo enfermeiro, contudo, os depoimentos dos usuários eram centralizados, sobretudo, para referir as dificuldades para conseguir atendimento médico.

Para exemplificar a evidência dos três grupos referidos acima, segue depoimento proferido no Grupo V, apresentando a sensação de insegurança apresentada por uma usuária em relação a ter que realizar exame de prevenção do colo de útero com um enfermeiro:

“[...] Porque você vai colher uma prevenção, aí vai colher um líquido. Porque quando é o médico, ele já vai olhar outra coisa né, se tiver alguma outra coisa assim... Aí só pela enfermeira, só vai colher o líquido pra fazer a prevenção” (U12- Grupo V)

Nesse sentido, vale ressaltar que, conforme preconizado pelo PNAB-2012 e ratificado pela Portaria nº 145/2012, do município de Fortaleza, o enfermeiro possui a competência para “solicitar exames complementares, de rotina, de rastreamento e de seguimentos do paciente, desde que enquadrados nos Programas de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza”, estando, dentre os exames permitidos, a realização de citologia oncológica.

Contudo, percebe-se que a hegemonia do saber médico ainda é prevalente na cultura ocidental, muitas vezes, somando à priorização das práticas procedimentares e curativas (MORETTI-PIRES, 2012).

E, por fim, outros elementos, também mencionados por participantes, foi a importância do compromisso profissional e relacionamento entre profissional e usuário, citados por enfermeiros e usuários; e o trabalho em equipe, citado por enfermeiros, para a garantia tanto da segurança como da qualidade do cuidado.

O compromisso profissional foi pontuado pelos enfermeiros e usuários como relacionado à atitude do profissional em estar atento durante a realização de procedimentos, como para perceber as necessidades do usuário, procurando dar resolutividade ao cuidado.

Associado a isso, julga-se como primordial a construção de um processo de trabalho em equipe, associado ao bom relacionamento estabelecido entre profissional e usuário, devendo este ser baseado no vínculo e na confiança, apontados por Assis *et al.* (2010), como dispositivos orientadores das práticas, impulsionando a busca da responsabilização e da integração entre os sujeitos na organização das práticas de saúde.

Estudos, como o de Cotta *et al.* (2005), Bosi e Uchimura (2007), Serapioni e Silva (2006) e Assis *et al.* (2010) revelam que o relacionamento entre profissional e usuário baseado no processo dialógico, na construção do vínculo e da confiança faz com que o usuário se sinta mais seguro e satisfeito com o cuidado recebido.

Desse modo, entende-se que um cuidado, quando não pautado nos princípios do acolhimento, confiança e vínculos, *“acaba trazendo um certo grau de insegurança e de risco pra esse usuário que quebra um pouco a questão da empatia, né, do relacionamento profissional-usuário”* (Bogarim)

Em cerca de duas entrevistas com enfermeiros e em quatro grupos focais, foi identificada a relação empregada entre a relação profissional-usuário com a compreensão dos conceitos de qualidade e segurança, como melhor ilustrado por meio dos depoimentos, a seguir:

“eu procuro manter o vínculo com o paciente né? [...] pra que o paciente se sinta seguro e confie naquele profissional pra gente ter condições de educá-lo. Tá entendendo? Porque se você não conseguir essa confiança, você nunca vai ser um agente de mudança [...] ele se sente seguro, porque sabe

que quando ele chega aqui, ele sabe que eu atendo bem, sabe?! Porque ele confia! Pela confiança, tá? Mas aí...tem as outras falhas por conta...que não depende de mim né, como profissional, da infraestrutura. O que me compete, eu procuro fazer” (Gardênia).

A segurança assim, de você ir pra algum médico e ter aquela segurança de que ele tá fazendo aquele atendimento bem feito, seguro! [...]. É como que ela adivinhasse o que a gente sente (Grupo IV).

No entanto, em alguns grupos, experiências não positivas de relação entre usuários e trabalhadores da saúde⁸ também foram identificadas, como por exemplo, durante o relato de usuários que afirmam não serem bem atendidos e acolhidos por algumas categorias de trabalhadores da saúde, como funcionários que trabalham na recepção e/ou farmácia, como exemplificado a seguir:

“[...] Às vezes, também a gente não é bem atendido por certas pessoas, né? Dos médicos, eu não tenho nada a dizer. Nem dos enfermeiros, mas dos funcionários [...] muitas vezes a gente chega pra pedir uma informação e não tem que der. Aí eles dizem: sente aí, espere! E a gente fica à deriva, perguntando a um e a outra e ninguém vem dá uma informação [...]” (Grupo V).

“Eu acredito que essas pessoas que atendem, não são todas né? A maioria é mal humorada! Elas não atendem a gente bem. A gente chega é a maior humilhação do mundo [...] porque elas eram pra passar uma coisa positiva pra gente né?! [...] Só um pedido, eu queria assim. Não sou eu, mas todo mundo que chegasse aqui de manhã cedo, que fosse até naquele balcão, fosse bem atendido, que respondesse com um bom dia até mesmo com um sorriso. Isso é muito importante numa chegada, né?! Que elas sejam mais humana” (Grupo IV)

Contudo, experiências positivas também foram identificadas, como exemplificado a seguir:

“ [...] Chega aqui, a gente não vê uma cara feia dessas meninas. Elas atendem muito direitinho a gente. Agora as autoridades não dão condições pro posto de saúde pra poder trabalhar direitinho, com mais segurança” (Grupo III)

No entanto, mesmo tendo usuários com experiências positivas, outros com experiências negativas relacionadas ao contato com trabalhadores da saúde, foi unânime entre

⁸ Adota-se aqui a diferença entre profissional e trabalhador da saúde, pois enquanto o primeiro representa o trabalhador com formação para atuar em profissão relacionada às ciências da saúde, o segundo representa o trabalhador que atua em um ambiente de saúde, sem necessariamente ter formação específica para área de saúde, mas que de alguma forma exerce um processo de trabalho em saúde, através das relações de acolhimento, vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica (Merhy; Onocko, 1997).

os usuários e enfermeiros que o bom relacionamento entre profissional-usuário atua como dispositivo facilitador do processo de trabalho seguro e de qualidade.

Diante disso, vale lembrar que até mesmo *Avedis Donabedian* emprega a importância das relações interpessoais como fator relacionado à qualidade dos serviços de saúde, ao pontuar que para que um serviço seja de qualidade é preciso a associação entre dois fatores: um seria a tecnologia do cuidado médico, derivada da ciência, e o outro seria a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática concreta, ou, a “arte do cuidado”, influenciada sobretudo pelas relações interpessoais (DONABEDIAN, 1980).

Nesse sentido, vale citar a reflexão trazida por Merhy e Onocko (1997, p. 06):

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo “autogoverno” para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado com o “modo de atuar”. Pois ele pode ter uma relação mais “acolhedora” ou não, pode decidir se “quebra o galho” daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor “necessidade” por serviços, e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma data etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo (MERHY; ONOCKO, 1997, p. 06).

Desse modo, compreende-se que acolher o usuário com qualidade exige não somente o fornecimento de uma infraestrutura adequada, fornecimento de equipamentos, mas também requer que o trabalhador exerça o seu papel como um real trabalhador da saúde, imprimindo todos os seus dispositivos tecnológicos disponíveis. Entendo tecnológico no sentido empregado por Merhy e Onocko (1997), que transcende a dimensão tecnicista do cuidado, porque como afirma um dos enfermeiros entrevistados:

“Na verdade, eu acho que a qualidade do nosso atendimento se dá porque a gente tem que enxergar o paciente como um todo, ele não é só aquela queixa que ele vem naquele momento, né? Então assim, às vezes, a pessoa chega pra uma consulta de hipertenso e diabético e na verdade você vai conversando e você já nota que ela tem outro problema, um problema social, um problema, outro problema né? [...] então a gente não se fecha naquela queixa conduta, queixa conduta. Então, eu acho que a qualidade passa por aí, porque a gente não fecha naquela queixa que ele tá ali, a gente vai sempre tentando enxergar o que tem por trás de uma pessoa que a pressão descontrolou, que a diabetes descontrolou [...] então, assim, eu entendo que a qualidade passa por aí. Eu não me fecho naquilo que ele tá me dizendo, eu tento perceber tudo o que vem por trás que tá culminando naquela queixa que ele tá relatando” (Gardênia).

Desse modo, vê-se que o trabalhar em saúde precisa centralizar sua atenção no usuário, pressupondo ser ele um portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem

como de interesses e necessidades específicos (TRAD, 2006), pois no campo da saúde, Merhy e Onocko (1997) afirmam que esse é um território marcado pelo encontro que se estabelece entre duas pessoas em um contexto de intersubjetividade, cumplicidade e responsabilização diante de um dado problema.

Diante disso, reforça-se que o que impacta na produção do cuidado é a mudança no núcleo tecnológico, na reorganização do processo de trabalho baseado na escolha e no uso efetivo das tecnologias leves, leves-duras e duras, além da construção de um trabalho em equipe para a garantia da continuidade dos cuidados de qualidade (MERHY, 2002; CIE, 2007).

Por sua vez, a incorporação das tecnologias leves na prática do cuidado em saúde nos serviços não dependem somente da “boa vontade” de cada trabalhador ou do “perfil/vocação” de cada sujeito. Para isso, é preciso que a gestão ser qualificada e a cultura organizacional seja pautada na valorização de projeto de responsabilidades com a vida das pessoas, garantindo a implementação dos princípios de universalidade, equidade e participação das pessoas nas suas escolhas terapêuticas, para que o trabalho vivo seja o cerne do processo de trabalho (ASSIS *et al.*, 2010, p. 64).

Desse modo, entende-se que a congruência dos onze grupos de elementos aqui identificados, tanto relacionados a questões estruturais, como processuais, contribuem para a compreensão e construção de um trabalho seguro e de qualidade, segundo a percepção de usuários e enfermeiros e que, de certa forma, foram apoiados pela literatura.

Além disso, torna-se imprescindível reforçar a relação entre o bem-estar do profissional enfermeiro com a garantia de um cuidado seguro e de qualidade, ao passo que não somente é preciso que o enfermeiro tenha formação técnica para a garantia de um trabalho de qualidade, mas também é preciso que tenha formação de “vida”, que valorize os determinantes socioculturais do processo saúde/doença, a horizontalidade das relações, o estabelecimento de vínculos e coresponsabilização das ações junto aos usuários do serviço, resignificando o papel deste no processo de cuidado em saúde (MORETTI-PIRES, 2012).

Para isso, é necessário também que o profissional seja valorizado, com condições de trabalho e salários digno, contratos empregatícios estáveis, disponibilidade e incentivo para qualificação, além da garantia de condições estruturais adequadas, melhoria organizacional e fornecimento de equipamentos, tanto para o desenvolvimento de seu trabalho, quanto para a sua segurança, pois se entende que a satisfação profissional e a qualidade de sua prática tem forte relação com a forma com que os enfermeiros se sentem no que respeita à sua vida laboral (PEDROSA, 2011; CIE, 2007; STARFIELD, 2004).

Além disso, é válido frisar também que a segurança do usuário é um fenômeno subjetivo, como emprega Smythe (2010) e que, conforme Gama e Saturno (2013), e também confirmado na presente investigação, está relacionada à garantia de acesso ao serviço e ao cuidado centrado no usuário.

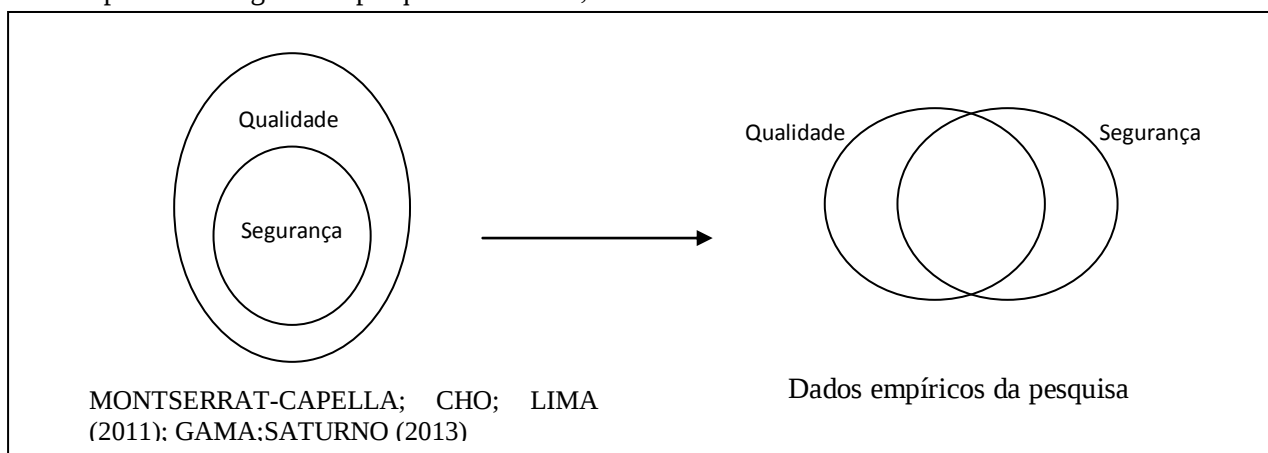
Em suma, identificou-se que enfermeiros e usuários, em geral, identificaram questões, aqui denominadas como grupos de elementos, que referiram estar relacionadas à produção de um cuidado seguro e de qualidade.

Contudo, vê-se que as compreensões de segurança e qualidade referidas pelos participantes apresentam vários pontos coincidentes, sendo que para Montserrat-Capella; Cho; Lima (2013) e Gama e Saturno (2013) a interpretação da qualidade seja algo mais amplo que a de segurança, ao entender que qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos e dimensões, sendo a segurança como uma de suas dimensões. E, conforme Gama e Saturno (2011, p. 33) “os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) estão irremediavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços. Porém, a recíproca não é verdadeira, pois é possível estabelecer atividades de melhoria da qualidade sem repercussão alguma na segurança”.

No entanto, ao ser adotado o conceito de segurança numa abordagem mais subjetiva, que depende da percepção do indivíduo que está sendo assistido (SMYTHE, 2010), sem a adoção do termo ‘risco’ voltado para uma significação tecnicista, verifica-se que para os participantes da presente pesquisa, os termos ‘segurança’ e ‘qualidade’ aparecem como quase similares, sendo, por vezes, utilizado como tal.

Para ilustrar essa discussão, utilizou-se a Fig. 5, a seguir:

Fig.5: Representações de Qualidade e Segurança, conforme a literatura pesquisada e dos dados empíricos emergidos da pesquisa. Fortaleza,CE. 2013.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Contudo, ressalta-se que não foi feito um estudo de análise de ambos os conceitos, nem tampouco este foi o objetivo da presente investigação. Somente procurou-se apreender as concepções empíricas de qualidade e segurança, na perspectiva de usuários e enfermeiros, para a compreensão da produção do cuidado do enfermeiro e suas implicações com a satisfação do usuário.

5.2.1 Satisfação do usuário: interface com a produção do cuidado de enfermagem seguro e de qualidade.

Durante a realização dos grupos focais, os usuários foram questionados acerca da satisfação com a produção do cuidado do enfermeiro na unidade de saúde. Porém, foi frequente entre os grupos, que as respostas girassem em torno da (in) satisfação com o serviço de saúde, de forma geral, devido à deficiência na marcação de consultas médicas, infraestrutura precária das unidades, inadequado fornecimento de medicamentos para a comunidade, demora na marcação de consultas especializadas e exames, relatos de mau atendimento dos funcionários que trabalham na recepção e/ou na farmácia da unidade, dentre outros fatores.

A maior parte dos usuários referiu sentir-se satisfeitos com o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro, excetuando os casos apresentados nos três grupos já mencionados anteriormente (Grupo V; Grupo II e Grupo IV), cujos usuários relataram estar insatisfeitos com o cuidado, devido a experiências não positivas vivenciadas anteriormente com o enfermeiro de sua equipe.

De forma geral, identificou-se que a (in) satisfação dos usuários girava em torno dos grupos de elementos apresentados no quadro 8, apresentado anteriormente, que foram relacionados à concepção participantes acerca de segurança e qualidade. Relação que se torna melhor exemplificada pela Fig. 6, a seguir:

Fig. 6: Relação entre Satisfação do usuário e produção do cuidado seguro e de qualidade. Fortaleza, CE. 2013.



Fonte: Elaborada pelo autor.

De forma geral, usuários referiram estar satisfeitos quando tinham sua demanda de saúde atendida, com a disponibilização de uma unidade de saúde com infraestrutura adequada, fornecimento de equipamentos, materiais e, sobretudo, medicamentos de modo a atender às necessidades da comunidade, garantia do acesso, sem limites de disponibilização de fichas para atendimentos e o direito de referência para exames e especialistas de forma ágil, quando se sentiam seguros em relação aos riscos de assaltos nas áreas circunvizinhas à unidade, quando experimentavam um contato com profissionais competentes e que transmitiam segurança em seu conhecimento científico e técnico, além de relações positivas com os profissionais, sendo este último, acompanhando do acesso, os mais citados entre os usuários.

Com isso, infere-se que a satisfação do usuário tanto está ligada a questões estruturais do processo de cuidado, como às dimensões mais processuais, ligados à educação, acolhimento, relação entre profissional e usuário, assim como, a capacidade de escuta, fatos que também foram apontados por Cotta *et al.* (2005).

Registra-se, também, que esses elementos são defendidos na prática do trabalho na Estratégia Saúde da Família, que se configura como uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e

comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população (ROSA; LABATE, 2005).

Nesse sentido, identificou-se também que nos grupos focais realizados nas unidades que possuíam o serviço de acolhimento, com classificação de risco, foi percebida maior satisfação com o atendimento, em relação às realidades onde o acolhimento não havia ainda sido implantado, por relatarem conseguir serem atendidos. No entanto, mesmo nessas unidades, a insatisfação com a demora para marcação de consultas especializadas e exames foi bastante presente.

Vale lembrar que as ações da saúde da família foram e continuam sendo pensadas para a melhoria da qualidade dos serviços, com o intuito de promover acesso equitativo e integral dos usuários a todas as instâncias dos serviços de saúde, assumindo um compromisso diferenciado, de valorização do indivíduo e da família, seguindo os encaminhamentos para uma reorganização da atenção básica do país, por meio de ações e serviços organizados em uma rede regionalizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (BRASIL, 2000; GOMES; PINHEIRO, 2005; BRASIL, 1988).

Desse modo, destaca-se, ainda, a consideração de Ayres (2004, p. 22), ao pontuar que um modelo de assistência que valoriza o cuidado como uma atitude terapêutica tende a se desenvolver de forma mais humanizada, permitindo o diálogo entre o “êxito técnico” e o “sucesso prático”, caminhando para um encontro de maior autenticidade e efetividade do encontro terapêutico. Sendo esse fato um dispositivo também de garantia de que os usuários do serviço se tornem mais satisfeitos.

Em suma, identifica-se que o acesso e o relacionamento com os trabalhadores da saúde foi o ponto crucial para a garantia da satisfação dos usuários.

Nesse sentido, Assis *et al.* (2010) ressalta que para a garantia da qualidade, tanto é preciso investir em infraestrutura adequada, como também na garantia de que as ações desenvolvidas contemplem a universalidade das práticas, acessibilidade dos usuários, estabelecimento de vínculos, continuidade do cuidado, integralidade das ações, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

No entanto, para que esse processo possa se desenvolver de forma satisfatória “é necessário que todo o serviço esteja funcionando de forma adequada em seus aspectos físicos e interpessoais, e que o usuário perceba estes aspectos como algo que lhe satisfaz, que o leva ao serviço”, pois entende-se que o conceito de acesso que vai além da disponibilidade de recursos e da distribuição espacial dos equipamentos e serviços. Ultrapassa, ainda, a simples existência do serviço de saúde. Com isso, vê-se que o acesso vai ao encontro da satisfação de uma necessidade específica construída pelo usuário e a resolução do problema pelo sistema de saúde (OLINDA; MIRANDA, 2006, p.76; LIMA; OLIVEIRA, 2012).

Contudo, as falhas estruturais e processuais apresentadas neste estudo e que foram, de certa forma, confirmadas pelos registros da literatura, retoma ao Modelo de Desatenção Hegemônico, apontado por Paim (2006), que se refere aos inúmeros problemas que revelam os maus-tratos e o desrespeito ao direito à saúde: filas de espera vergonhosas para a assistência médica, descortesia nos guichês dos SAMEs de hospitais e unidades de saúde; desatenção dos funcionários e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pela doença; disputa por fichas para exames complementares muitas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por baixos preços ou pagamento pelos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos de saúde e prestadores privados, dentre outros problemas ainda apontados pelo autor.

Nesse sentido, salienta-se que um cuidado seguro e de qualidade é dever de todos os gestores, profissionais e usuários do serviço, a fim de que sejam garantidos os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde e, mais especificamente, a proposta de tornar a Atenção Básica um serviço de qualidade, funcionando realmente como principal porta de entrada e regulador do cuidado do usuário na rede de atenção à saúde.

Diante desse contexto, reitera-se também que para a garantia da satisfação do usuário, é preciso que os cuidados estejam centralizados no sujeito que usa o serviço, para que sejam valorizados seus anseios, suas queixas e toda a sua dimensão de vida, por isso a necessidade de reorganização do processo de trabalho, para que se valorize o trabalho em equipe, qualificando a relação trabalhador-usuário, utilizando parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania, estimulando a criação de vínculos entre profissionais e usuários, no sentido de que este apresenta-se como dispositivo utilizado para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução de seus problemas (ASSIS *et al.*, 2010).

Para isso, é necessário que o usuário seja visto como cidadão de direitos, devendo ser escutado e suas reivindicações serem acolhidas, para que o cuidado se torne mais dinâmico e participativo, impulsionando o processo de trabalho em prol de atender às demandas de saúde que são evidenciadas.

Com isso, a relação estabelecida, a troca de vínculos, o acolhimento e a escuta qualificada poderão atuar como elementos que ampliam a qualidade da assistência, promovem a segurança do cuidado e favorecem a satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1966; SMYTHE, 2010; AYRES, 2004; MERHY, 2002).

Diante disso, entende-se que o trabalhador da saúde se constitui como agente fundamental para a construção e a viabilização das mudanças nas práticas de saúde (ARANTES *et al.*, 2007), devendo este também ser respeitado e valorizado pelos gestores que gerenciam o sistema de saúde, pois infere-se que trabalhadores satisfeitos, produzem um trabalho de melhor qualidade e segurança, para a garantia da satisfação do usuário.

Assim, propõe-se que é fundamental acolher tanto as demandas de usuários, como dos profissionais, a fim de que se possam repensar as práticas. Além disso, é preciso ainda que o profissional exerça sua prática com segurança, tanto no sentido técnico, como processual, centralizando suas intervenções no olhar para as necessidades e demandas do usuário.

Nesse sentido, propõe-se que a satisfação do usuário está relacionada aos grupos de elementos, que foram aqui citados como relacionados à concepção de qualidade e segurança, conforme se apresenta na Fig. 7, por meio do Círculo da Satisfação do Usuário, representado a seguir:

Fig. 7: Círculo da Satisfação do Usuário. Fortaleza, CE. 2013.



Fonte: Elaborada pelo autor

Esse círculo, denominado pela autora de “Círculo da Satisfação do Usuário”, denota tanto a relação da satisfação do usuário com os elementos elencados, mas também à necessidade das práticas e saberes dos profissionais estarem centralizadas no olhar para o usuário, entendendo-o como sujeito social, histórico, político e cultural.

Como ressalta Serapioni (2010, p. 209), “no âmbito da saúde o usuário desempenha um duplo papel: é o consumidor da atenção, mas também seu coprodutor”, por isso a importância de se procurar ouvir e acolher as demandas dos usuários para a melhoria da qualidade e segurança das práticas do enfermeiro na ESF.

Portanto, diante de todo o exposto, é válido também apresentar as estratégias para a melhoria da qualidade e segurança da produção do cuidado em saúde, suscitadas por usuários e enfermeiros e que também foram associadas à melhoria da satisfação do usuário.

O Quadro 9, a seguir, ilustra as estratégias suscitadas pelos participantes da pesquisa e que aqui foram classificadas com base na compreensão de tecnologias de saúde, proposta por Merhy e Onocko (1997).

Quadro 9: Estratégias para a melhoria da qualidade e segurança da produção do cuidado do enfermeiro na ESF. Fortaleza, CE.

Tecnologias (Merhy (1997)).	Estratégias de melhoria
Tecnologias Duras	• Melhoria da infraestrutura das unidades de saúde; • Fornecimento/manutenção periódica dos equipamentos, materiais para uso pelos profissionais para a sua atuação, além daqueles necessários para a sua segurança laboral; e dos instrumentos necessários à garantia das necessidades básicas dos usuários e profissionais da unidade; • Dispensação adequada e periódica de medicamentos;
Tecnologias Leve-duras	• Capacitação dos profissionais para o trabalho na atenção básica; • Garantia do acesso universal, integral e equitativo a todos os cidadãos a todos os equipamentos inseridos na Rede de Atenção à Saúde.
Tecnologias Leves	• Relacionamento entre profissional-profissional e profissional-usuário baseado no vínculo, confiança e acolhimento; • Trabalho em equipe;

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nesse sentido, orienta-se que a melhoria do acesso universal, integral e equitativo, associado à melhoria das relações e a garantia de que tanto os profissionais, quanto os usuários estejam satisfeitos com a produção do cuidado, é o caminho para que se alcance um espaço de qualidade e segurança para todos os agentes a que ele estão inseridos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações a serem descritas se conformam a partir da congruência entre a vivência investigativa, que se configura pelas concepções e demandas apresentadas por enfermeiros e usuários da atenção básica; além das observações de campo; reflexões trazidas pelo referencial teórico e as concepções e análise interpretativa da autora.

Considera-se que a proposição crítica deste estudo consolida uma dimensão de aproximação da realidade, com vistas a compreender a produção do cuidado do enfermeiro na ESF.

O ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa foi o questionamento sobre como é produzido o cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da qualidade e segurança e sua relação com a satisfação do usuário.

Nesse sentido, a investigação de campo identificou que as Unidades Básicas de Saúde investigadas sinalizavam um déficit no quantitativo de equipes de Saúde da Família, falta de profissionais de algumas categorias e, com isso, apresentavam uma alta demanda de famílias a serem atendidas por equipe de Saúde da Família existente. Dentre os enfermeiros, viu-se que a maior parte eram mulheres, com vínculos de trabalho estatutário, tendo somente um enfermeiro com vínculo celetista; formação específica na área de saúde da Família, apesar de alguns possuírem especialização em área hospitalar. Dentre os usuários, viu-se que a maior parte também era composta por pessoas do sexo feminino, sem vinculação de trabalho e com restrições financeiras na renda pessoal e familiar.

Enquanto às práticas de cuidado, viu-se que o enfermeiro ainda mantém uma prática na Atenção Básica que privilegia os cuidados ambulatoriais no interior da unidade básica e baseados nos grupos de risco listados na Política Nacional de Atenção Básica anterior, em detrimento das práticas coletivas e voltadas para as reais demandas de saúde da comunidade de sua área adscrita.

Identificou-se também que os usuários percorrem caminhos diversos para o atendimento de suas demandas, que nem sempre são atendidas, devido a entraves na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que vão desde o acesso inicial, por ainda ser feito, na maioria das vezes, com base na entrega de fichas diárias limitadas e por trabalhadores sem qualificação

adequada para triagem das demandas. Percebeu-se que poucas unidades atuam realizando o serviço de acolhimento, com classificação de risco, elevando-se as demandas para a marcação de consultas médicas, muitas vezes, desnecessárias. Além disso, identificou-se que os usuários apresentam entraves tanto para o acesso inicial, como para dar continuidade a esse cuidado iniciado, devido à demora dos encaminhamentos para outros equipamentos da RAS, para realização de consultas, outros tratamentos e exames. E, até mesmo quando os exames são realizados, os enfermeiros e usuários relatam que há demora no retorno dos resultados dos exames, para que os profissionais possam dar continuidade ao cuidado, comprometendo, assim, a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Paralelo a isso, percebeu-se que os enfermeiros apresentavam-se desmotivados para o cuidado na Atenção Básica, devido a falhas na infraestrutura, fornecimento de equipamentos para o trabalho em si e para a sua proteção laboral; falha na resolutividade das ações e por não estarem sendo valorizados pelos gestores locais e das unidades administrativas hierarquicamente superiores.

Em relação à concepção de qualidade e segurança da produção do cuidado do enfermeiro na ESF, identificou-se que tanto os enfermeiros, como os usuários, não possuíam uma definição clara para ambos os conceitos, citando-os como relacionados a algumas limitações que percebiam no ambiente do cuidado na atenção básica. Com isso, viu-se que para os enfermeiros e/ou usuários, a qualidade e a segurança estava relacionada a onze grupos de elementos inseridos no âmbito de estrutura e processo, conforme definição proposta por *Avedis Donabedian*.

Dentre os grupos de elementos que se relacionam com a concepção de um cuidado seguro e de qualidade, segundo enfermeiros e/ou usuários, foram listados: condições de infraestrutura das unidades e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos; situação do ambiente laboral, relacionado ao fornecimento de equipamentos de proteção individual e coletiva; nível de conhecimento e capacitação técnica dos enfermeiros para realização de seu cuidado; experiência profissional e realização de práticas de enfermagem baseadas em protocolos; exposição de enfermeiros e usuários a riscos de agressão e assaltos na própria unidade, quanto nas áreas circunvizinhas; gestão dos processos de cuidar, relacionados a referência e contra-referência do cuidado, e apoio e incentivo da gestão administrativa; 'crença na supremacia do saber médico; compromisso profissional; relacionamento entre profissional e usuário; e trabalho em equipe.

Além disso, percebeu-se que a maior parte dos enfermeiros e usuários sentia-se inseguro com o cuidado produzido na atenção básica, relacionando-o como sem qualidade, por perceber limites e entraves para a produção de um cuidado efetivo e condizente com os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde.

Enfermeiros relataram sentirem-se insatisfeitos com as condições de trabalho, devido às limitações acima relatadas, como também devido à falta de valorização profissional, relatando tratamento sem isonomia dos gestores em relação às categorias profissionais e falta de apoio da gestão para a melhoria da qualidade das práticas de saúde, falta de incentivo para realização de concurso público para admissão de mais profissionais efetivos e com vínculo com o Estado e a comunidade. Ainda, relataram estarem inseguros por estarem atuando em ambientes com estrutura física precária, insalubre e com risco de ações de violência física devido às questões sociais do ambiente de localização das unidades de saúde.

Enquanto aos usuários, a maior parte referiu também sentir-se insatisfeito com o cuidado, no entanto, relacionando sempre que a insatisfação seria com o cuidado de saúde, em geral, devido às limitações já previamente citadas. Diante disso, verificou-se que as limitações apresentadas por enfermeiros e usuários e que estavam relacionadas às concepções de um cuidado seguro e de qualidade, estavam associadas também à satisfação do usuário em relação ao cuidado, ao passo que quando as unidades apresentam limitações para a atenção à saúde, de forma geral, os usuários tendem a sentir-se mais insatisfeitos.

Outra relação percebida foi em torno da satisfação profissional e a satisfação do usuário, ao passo que profissionais mais valorizados e satisfeitos com o trabalho, tendem a produzir um cuidado com maior segurança e qualidade e, com isso, repercute-se na geração de usuários mais satisfeitos com o cuidado.

Nesse contexto, defende-se que a gestão do cuidado deve valorizar as opiniões e demandas apresentadas pelos dois agentes da produção do cuidado do enfermeiro: o próprio profissional e o usuário. Além de que, torna-se primordial a escuta dos gestores administrativos do cuidar em saúde, tanto os locais, como o coordenador da unidade, como aqueles responsáveis pela gestão das instâncias administrativas superiores, pois se viu que a produção de um cuidado seguro e de qualidade está ligado também a questões de financiamento das unidades, a forma de gerenciar a logística de atendimento e acolhimento das unidades e as referências das demandas para os demais equipamentos de saúde.

Entende-se que por mais que os profissionais de saúde, como os usuários, não tenham a gerência direta do financiamento e organização dos serviços de referência, eles atuam como coautores desse processo, reivindicando melhorias para os serviços de atenção à saúde, para que atendam aos princípios constitucionais preconizados.

Usuários e profissionais são cidadãos de direitos e deveres e que para serem entendidos como tal, precisam primeiramente entender o seu papel como corresponsável por esse processo de mudança na melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde, além disso, precisam ser valorizados e terem seus direitos assegurados. Tantos os profissionais precisam ter seus direitos como trabalhadores e cidadãos assegurados, como os usuários precisam ser contemplados com a disponibilização de um serviço de saúde que assegure o acesso universal, equitativo, integral e resolutivo, com segurança e qualidade.

Contudo, ressalta-se que um cuidado seguro transcende à dimensão técnica de segurança, chegando à dimensão de fazer com que o outro se sinta seguro com esse cuidado. E para isso, viu-se que é preciso tanto que as dimensões estruturais e técnicas estejam satisfeitas, como as dimensões processuais, advindas do processo de vinculação estabelecido entre profissional-profissional e profissional-usuário e da construção de relações acolhedoras, humanizadas e dialógicas, pois tanto para os usuários, quanto para os profissionais, a característica das relações estabelecidas interferem na concepção de segurança de ambos os participantes.

Identificou-se também que a qualidade está fortemente ligada à concepção de segurança, inferindo-se que um serviço seguro tende a ser, na maioria das vezes, também de qualidade.

Por todo o exposto, considera-se que apesar da literatura científica e as publicações ministeriais estarem apontando para a melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica, os enfermeiros e usuários investigados ainda se sentem insatisfeitos com o serviço de saúde. Em contrapartida, mais precisamente sobre a produção do cuidado do enfermeiro, vê-se que os usuários sentem-se satisfeitos, quando o cuidado está centrado na construção de relações positivas entre enfermeiro e usuário e quando o cuidado está baseado na atenção de suas demandas reais.

Com a presente investigação, considera-se que captar a satisfação dos usuários acerca da produção do cuidado do enfermeiro na ESF, a partir da perspectiva de qualidade e segurança, certamente não foi uma tarefa fácil.

Inicialmente, teve-se que enfrentar todas as dificuldades relacionadas à pesquisa de opinião e de satisfação dos usuários, que a literatura internacional e nacional sobre o tema já tinha identificado, como sendo limitante para a compreensão de qualidade, além da relação, ainda pouco restrita, à dimensão de segurança, por ser esta ainda compreendida de forma mais técnica.

Contudo, percebeu-se que o emprego da apreensão da satisfação na presente investigação foi bastante válido, pois fez com que os resultados obtidos pudessem exercer um mecanismo de aproximação com a realidade vivenciada pelos enfermeiros e usuários das unidades de saúde da SER IV do município de Fortaleza-CE, apresentando seus limites e potencialidades para a produção de um cuidado seguro e de qualidade.

Por fim, ressalta-se a necessidade um maior aprofundamento sobre a relação entre a satisfação do usuário e as concepções de segurança e qualidade, concomitante à necessidade de maiores estudos que vinculam a segurança e a qualidade no âmbito da atenção básica. Além disso, frisa-se, ainda, a necessidade de que as práticas de saúde preconizadas sejam urgentemente incorporadas às práticas cotidianas de saúde, a fim de que sejam garantidos os direitos de saúde e de vida a todos os cidadãos.

7. REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem** (São Paulo), v.13 (ed. Especial), p. 190-6, 2000.

_____. **Componentes da Qualidade e a prevenção do Erro Humano**. In: _____. **O Erro Humano e a Segurança do Paciente**. 2006a

_____. **Componentes da Qualidade e a prevenção do Erro Humano**. In: _____. **O Erro Humano e a Segurança do Paciente**. 2006b.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2013.

AGUIAR, G. N. *et al.* Planejamento participativo realizado em área de abrangência do Programa Saúde da Família. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 45-49, jan./jun. 2006.

ALBUQUERQUE, R.A. *et al.* Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.677-86, jul./set. 2011.

ALMEIDA, M.C.P de *et al.*. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P de; ROCH, S.M.M **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997a.

_____. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – Rede Básica de Saúde. In: ALMEIDA, M.C.P de; ROCH, S.M.M **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997b.

ANTUNES, R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: Druck, G. Franco, T. (Org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

ARANAZ, J. M. *et al.* Los eventos adversos en La asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. **Med Clín (Barc)**. p. 21–5, 2004.

ARAÚJO, M.F.S. de; OLIVEIRA, F.M.C. de. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. n.14, p. 03-14, set, 2009.

ARANTES, C. I. S. *et al.* O Controle social não Sistema Único de Saúde: concepções e Ações de enfermeiras da Atenção Básica. **Contexto Texto - enferm.** , Florianópolis, v 16, n. 3, set., 2007.

ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas, práticas**. V. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. Grupo Focal – Estratégia Metodológica Qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**. v. 9, n.1, 2004.

ASSIS, M.M.A. *et al.* Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.18, p.67-74, jan-jun, 1998.

_____. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. **Revista de APS** (Impresso), v. 10, p. 189-199, 2007.

_____. **Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182p.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.

ASQ, **American Society for Quality**. 2013. Disponível em: <<http://asq.org/index.aspx>>. Acesso em 15 de dezembro de 2013.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cien Saude Colet**. v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

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

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.3, p.549-560, set 2005.

_____. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In.: DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 416p.

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da vista domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.12, n. 3, p. 743–753, maio-jun. 2007.

BARROS, M.M.M.A. de; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A. Prática de saúde mental na rede de Atenção Psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010.

BATISTA, C.B. *et al.* Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 295-317, jul./out, 2011.

BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. da L. G. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, set. 2010.

BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 761-793, 2008.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**. v. 41, n.1, p.150-3, 2007.

BRADY, M. Hospitalized children's views of the good nurse. **Nurs Ethics**, v. 16, n. 5, p. 543-60, Sep 2009.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000, 44 p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático de saúde da família**. Brasília, 2001a. 128 p.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/ces nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Avaliação e Controle de Sistemas. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)**. 2001c. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/pnashsas/index.htm> >. Acesso em 24 de janeiro de 2014.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS**. Ed. 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 72 p.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria GM n.º 598, de 07 de dezembro de 2004**. Altera a NR-10- Segurança em instalações e serviços em eletricidade. Brasília: MTE, 2004c.

_____. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da saúde, 2005. 84 p.

_____. **Portaria n.648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006a.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 300 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 44 p.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 72p.

_____. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010, 72 p.

_____. **Decreto Federal n. 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 de set. 2011a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. 56 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília. 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. 2013a.

BRASIL, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Instituto Nacional do Semiárido. **População total residente por faixa etária**. 2013b. Disponível em: http://www.insa.gov.br/censosab/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=100. Acesso em 12 de novembro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. 2013c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 20 de dezembro de 2013.

BRADY, M. Hospitalized children's views of the good nurse. Nurs Ethics, v. 16, n. 5, p. 543-60, Sep 2009.

BRUNO, A.; FARIAS, A. de. FORTALEZA: **285 ANOS**. 2011. Disponível em: <<http://www.arturbruno.com.br/images/conteudo/file/cartilhaHFortaleza.pdf>>. Acesso em 24 de outubro de 2012.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc Sci Med**, v. 51, n. 11, p. 1611-25, Dec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise de co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S., GUERREIRO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

CAMPOS, C.V. de A.;MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p.347-68, mar./abr. 2008.

CARVALHO, G. *et al.* Avaliação de Ações e Serviços de Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 24, p. 72-88, 2000.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 149-82.

CASTNER, J. *et al.* A leadership challenge: staff nurse perceptions after an organizational. **J Nurs Adm**, v. 42, n. 10, p. 467-72, Oct 2012.

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

CIE, Conselho Internacional de Enfermeiros. **Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho= cuidados de qualidade**. CIE, 2007.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta: tipo de estabelecimentos**. 2013. Disponível em: <
http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230440&NomeEstado=CEARA>. Acesso em 12 de novembro de 2013.

COLES, J.; JONES, K. "Universal Precautions": perinatal touch and examination after childhood sexual. *Birth*, v. 36, n. 3, p. 230-6, Sep 2009.

COSTA, M.L. *et al.* Nível de satisfação com a assistência em fisioterapia coletiva: o olhar dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.3, p.503-514, jul./set. 2010.

COSTA, R.K.de S.; MIRANDA, F.A.N. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n.2, p. 300-4, mar-abril, 2009.

COTTA, R.M.M. *et al.* A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, out.-dez. 2005.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L. **Pesquisa de Métodos Mistos: série métodos de pesquisa**. 2ed. São Paulo: Bookman. 2013. 288p.

DALMASO, A. S. W.; NEMES FILHO, A. **Promoção à Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília: IDS; USP, 2001. p. 7-9.

D'ANTONIO, I. **A trinity of engagement transforms care at UPMC Shadyside's 6 Main.**2012.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, 2004.

_____. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In.: DESLANDES, S.F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.185-204, 2006.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem. Fund Quart.* v.44, p. 166-206, 1966.

_____. The Quality of Medical Care. **Science**. v. 200, n. 26, mai. 1978.

_____. The definition of quality: a conceptual exploration. In:_____. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, p. 3-31, 1980.

_____. The assessment of technology and quality. **Intl. J. of Technology Assessment in Health Care**, v.4, p.487-496, 1988.

_____. **La qualità dell'assistenza sanitaria**. Roma: Nuova Italia. Scientifica. 1989.

ELIAS, P.E. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo Perspect. v. 18, n. 3, p. 41-6, 2004.

ERNEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40, n. 4, p. 533 – 9, 2006.

ESMERALDO, G. R. de O. V *et al.* Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 119-130, abr./jun. 2009.

ESPANHA, Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. **Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria**. Informes, Estudios e Investigación, 2011.

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

FAUSTINO, R.L.H. *et al.* Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? **Rev Bras Enferm**; v. 56, n.4, p. 343-47, 2003.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO Jr. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.12, n.1, p. 59-75, 2002.

FERREIRA, L. C. Organização e relações de trabalho. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 461-469, out./dez. 2003.

FIGUEREDO, P.M.V. Estruturação do trabalho acadêmico-científico: o projeto. **Faculdade Moraes Júnior. Mackenzie Rio**. 2009. 24p.

FITZPATRICK, R. Measurement of patient satisfaction. In: HOPKINS, A. e COSTAIN, D.(Orgs.), **Mearuring the Outcome of Medical Care**. London: Royal College of Physicians of London & King's Fund. 1990.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394, fev, 2011.

FOUCALT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 231p.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. **Relatório de Gestão da Saúde 2007**: Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado. Imprensa Municipal. 2007.

_____. **Ministério da Saúde**: Fortaleza tem a terceira maior cobertura do PSF. 2012. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=359:fortaleza-3o-cidade-com-maior-cobertura-do-programa-saude-da-familia&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=156. Acesso em 12 de outubro de 2013.

_____. **A Cidade**. 2013a. Disponível em: < <http://www.fortaleza.ce.gov.br/cidade> >. Acesso em: 21 de outubro de 2013.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde**. 2013b. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=165&Itemid=7. Acesso em 28 de novembro de 2013.

_____. **Regional IV**. 2013c. Disponível em: < <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-IV> >. Acesso em 29 de novembro de 2013.

FRANCO, T. B. F.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. M. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

GAMA, Z.A.S.; SATURNO; P.J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 2013.

GAIO, T.C, FARIA, E.M. Cidadania, participação e controle social: requisitos para efetivar o SUS. **Texto Contexto Enferm**. v.9, n. 2, p. 264-73, mai-ago, .

GIARELLI, G. Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità. In: CIPOLLA, C. *et al.* (Orgs.). **Valutare la qualità in sanità**. Milano: Angeli, 430-437. 2002.

GOMES, P. J . P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cadernos Bad2**. 2004. Disponível em: < <http://eprints.rclis.org/bitstream/10760/10401/1/GomesBAD204.pdf> >. Acesso em 25 de outubro de 2012.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.

GUILAM, M. C.; CASTIEL, L. D. Risco e saúde. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 15-32.

HAMSTROM, N. *et al.* Short hospital stays and new demands for nurse competencies. **Int J Nurs Pract**, v. 18, n. 5, p. 501-8, Oct, 2012.

HOPKINS, A. Measuring the Quality of Medical Care. **London**: Royal College of Physicians of London. 1990.

HUGHES, L. C.; CHANG, Y.; MARK, B. A. Quality and strength of patient safety climate on medical-surgical units. **Health Care Manage Rev**, v. 34, n. 1, p. 19-28, Jan-Mar 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Fortaleza (CE)**. 2000. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2000&codigo=230440&corhomem=88C2E6&cormulher=F9C189&wmaxbarra=180 Acesso em: 02 de outubro de 2013.

_____. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Fortaleza (CE)**. 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2010&codigo=230440&corhomem=88C2E6&cormulher=F9C189&wmaxbarra=180. Acesso em: 02 de outubro de 2013.

_____. **Ceará; Fortaleza; infográficos: dados gerais do município**. 2013. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=230440>. Acesso em: 25 de outubro de 2013.

IOM, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. **A New Health System for the 21st Century**. National Academy Press, Washington, 2001.

KERBER, N.P. da C. *et al.* Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.5, p.08 telas, set-out 2010.

KLUCK, M. *et al.* A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Rev. adm. Saúde**. v. 10, n.40 (esp), p. 97-102, jul.-set. 2008.

LACAZ, F.A.de C.; SATO, L. Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde. In.: DESLANDES, S.F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.185-204, p. 109-140, 2006.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia Qualitativa na promoção da saúde. **Rev.Esc.Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

LIMA, D.C.M.de; OLIVEIRA, L.C. Acesso aos Serviços de Saúde: espera, sofrimento e incerteza. In.: OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.de F.R.B. **Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios** da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza:EdUECE, p. 91-108, 2012.

LIMA, J.A. de; SANTIAGO, P. O. **Os primeiros conceitos da gestão da qualidade total**. XIV Encontro Regional de Estudantes de Biblioteconomia, Documentação, Ciência da Informação e Gestão da informação. Os novos campos da profissão da informação na contemporaneidade. Universidade Federal do Maranhão. 2011. Disponível em: <<http://rabci.org/rabci/sites/default/files/OS%20PRIMEIROS%20CONCEITOS%20DA%20GEST%C3%83O%20DA%20QUALIDADE%20TOTAL.pdf>>. Acesso em 25 de outubro de 2012.

LIMA, F.S.S. **Riscos ocupacionais na atuação do enfermeiro na atenção primária a saúde**. Monografia (graduação) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. 2013. CD-ROM. 56p.

MARGOLIS, S.A., *et al.* Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. **Int J Qual Health Care**.v. 15, p.241-9. 2003.

MARSIGLIA, R.M.G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou?. **Rev Bras Saúde Família**, v. 5, n.7, p. 30-41, 2004.

MATTOS, R. A. **Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.1, jan-fev, 2011.

MELO, G.A.; FONTANELLA, B.J.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDOÇA, M.H.M.; VASCONCELOS, M.M.; VIANNA, A.L.A. Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24 (Supl 1), s4-s5, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

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 (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. 1997.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 296 p.

MINAYO, M.C.S. Prefácio: Sobre o Humanismo e a Humanização. In.: DESLANDES, S.F. **Humanização dos Cuidados em Saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-30, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Pesquisa Social:** teoria, métodos e criatividade. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MONTEIRO, W.M.S. *et al.* Avaliação da Qualidade em Unidades Básicas de Saúde em Fortaleza-CE: uma análise sustentada em padrões de conformidade e satisfação dos usuários. In.: OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.de F.R.B. **Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios** da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza: EdUECE, p. 109- 128, 2012.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. da S. Capítulo 1: A Segurança do Paciente e a Qualidade em Serviços de Saúde no Contexto da América Latina e Caribe. In: ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura:** Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 2013.

MORETTI-PIRES, R.O. **Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família.** Curitiba: Appris, 2012. 172p.

NASCIMENTO, K. C. do *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2008.

NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.M.C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS:** convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: Cedec, p. 67-92, 2009.

NOGUEIRA, P.N. **Perspectivas da qualidade em saúde.** Rio de Janeiro. Qualitymark, 1994.

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

NPSA, National Patient Safety Agency. **Seven steps to patient safety for primary care.** Mai, 2006.

NUNES, M.B.G. *et al.* Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na Atenção à Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 204-9, abr/jun, 2010.

OLINDA, B.M.; MIRANDA, A.S. Acesso universal à Atenção Básica em Saúde Bucal: algumas considerações. In: SILVA, M.G.C.; JORGE, M.S.B. (Org.) **Saúde pública e seus saberes e práticas:** recortes de dissertações. Fortaleza: EdUECE, p.71-77, 2006.

OLIVEIRA, T.C.; CARVALHO, L.P; SILVA, M.A. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, June 2008.

OMS, Organização Mundial de Saúde. 1988. **“Qualità dei servizi sanitari”**, Quaderni di sanità pubblica, 57, 4-36.

_____. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1**. Informe Técnico. WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf> Acesso em: out de 2013.

ONA, Organização Nacional de Acreditação. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares** – ONA. Pelotas: Educar; 2001.

ØVRETVEIT, J. **La qualità nel Servizio Sanitario**. Napoli: EdiSES.1996.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde** – Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2010. 181 p.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAULI, M.C.; BOUSSI, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, 2003; 11(3): 280-6.

PESSANHA, E. G. da F.; ARTUR, K. Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, jun. 2013.

PEDROSA, I. de C.F. **A infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá - MT e sua relação com as práticas do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós -Graduação em Enfermagem. UFMT, 2011, 122p.

PEDUZZI, M. **A inserção do enfermeiro na equipe de Saúde da Família, na perspectiva da promoção da saúde**. In: Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família; 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000, p. 1-11.

PORTELA, C.L. de M *et al.* Rede Assistencial de Saúde em Fortaleza-CE. In.: OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.de F.R.B. **Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios** da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza:EdUECE, p. 57-76, 2012.

PRIETO RODRIGUEZ, M. A. et al. [Patient perceptions on healthcare safety]. **Med Clin (Barc)**, v. 131 Suppl 3, p. 33-8, Dec, 2008.

QUINTINO, L.V.O.; SILVA, B.Y. da C.; ÁVILA, M.M.M. Acesso ao Medicamento: uma condição essencial da garantia do direito à saúde. In.: OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.de F.R.B. **Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios** da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza:EdUECE, p. 155-168, 2012.

QUINTO NETO, A. **Processo de Acreditação**: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre (RS): Dacasa; 2000.

RACOVEANU, N.T.; JOHAANSES, K.S. Tecnologia para El mejoramiento contínuo de La calidad de La atención sanitária. **Foro Mundial de La Salud**. v. 16, p. 158-65, 1995.

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

RANCI ORTIGOSA, E. La qualità nei servizi sanitari. In: _____. **La valutazione di qualità nei servizi sanitari**. Milano: Angeli. 2000.

REED L; BLEGEN MA; GOODE CS. Adverse patient occurrences as a measure of

RODRIGUES, R.D. Estratégia Saúde da Família: bode expiatório? **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v.8, n.18, p. 25-26, jan-mar, 2011.

RODRIGUES, R.D.; ANDERSON, M.I.P. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v.6, n.18, p. 21-24, jan-mar, 2011.

ROEMER, M.; MONTOYA-AGUILAR, C. **Evaluación y garantía de la calidad em la atención primaria de salud**. Ginebra: Organización Mundial da Saúde. 1988.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. **Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005.

ROSELLÓ, F.T. **Antropologia do Cuidar**. 9 ed.Vozes. 2009. 200p.

SANTOS, A. M. dos S.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.53-61, 2006.

SANTOS, P. **Profissão médica no Brasil**. In: MACHADO, M.H. (org.) Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

SANTOS, A. M. **Da fragmentação à integralidade**: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. 2005. 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva).

SANTOS, A.M. *et al.* **Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família**: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica. v23, n.1, p.75-85, 2007.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S.F. **Redes de atenção à saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA/CONASEMS, 2008.

SANTOS, M.G. Políticas Públicas: contribuições para o debate. In: KANAANE, R.; FIEL FILHO, A; FERREIRA, M.G (Orgs.). **Gestão Pública**: planejamento, processos, sistemas de informação e pessoas. São Paulo: Ed. Atlas, 2010, PP. 03-16.

SATURNO, P. J. **Seguridad del pacient em atencion primaria: marco conceptual, importância y estratégias de prevencion**. Universidad de Murcia. 3º Congresso Andaluz de

Medicos de Atención Primaria Mesa Redonda: Seguridad del Pacient. Uma nueva estratégia de calidad, 2008.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. v.85, p. 65-82, jun. 2009.

_____. **Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional**. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes. P. 207-228, 2010.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. da. **Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: uma avaliação multidimensional**. Fortaleza: EDUECE, 2006. 98p.

_____. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4315-4326, 2011.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES SILVA, Y.F. Trabalho em saúde e implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface-Comunicação, saúde e educação**. v.13, n.31, p.303-314, 2009.

SCHUBERT, J. **Modos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre o discurso institucional e o cotidiano de vulnerabilidade**. – Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

SILVA JÚNIOR; A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. e MATOS, R.A. (Orgs.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

SILVA, S. F, MAGALHÃES JR, H.M. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: CARVALHO, G. *et al.* **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SMYTHE, E. Safety is an interpretive act: a hermeneutic analysis of care in childbirth. **Int J Nurs Stud**, v. 47, n. 12, p. 1474-82, 2010.

STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

_____. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2 ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

SVEINSDÓTTIR, H.; GUNNARSDÓTTIR, H. K. Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey. **International Journal of Nursing Studies**. v.45, p. 1479–1489, 2008.

TAQUETTE, S.R. *et al.* Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. **Rev. Assoc. Med Bras**, v. 51, n.1, p.23-8, 2005.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações In: PINHEIRO, R. e MATOS, R.A. (Orgs.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.

TESSER, C.D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v.10, n. 20, p. 347-62, 2006.

TRAD, L.A.B. Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica. In.: DESLANDES, S.F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.185-204, 2006.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2013.

TRAVERSO-YEPEZ, M; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2009.

TEJEDOR FERNÁNDEZ, M. **Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor**. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2011. 79 p.

TEIXEIRA, S.A. **Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia– Brasil**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2004.

VANDERLEY, M.I.G. **O gerenciamento na estratégia da Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de Saúde em municípios do estado do Maranhão**. Tese Doutorado, apresentada à escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2005. 245 p.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falo e pouco vivido. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.10, n.2, p. 137-44, 2002.

VILLARREAL CANTILLO, E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. **Salud, Barranquilla** [online]. v.23, n.1, p. 112-119, 2007.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. v 3, p.17-24, 1991.

WAGNER J. Os cenários do trabalho no Brasil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 451-460, out./dez. 2003.

WHO, World Health Organization. Marco World alliance for patient safety. **Summary of the evidence on patient safety:** implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. 2008a. p.1-136.

_____. Primary health care. **Now more than ever.** The World Health Report 2008. Geneva, 2008b.

WILLIAMS, B. "Patient Satisfaction: A Valid Concept?". **Social Science & Medicine.** v.38, n.4, p. 509-516.1994.

WILSON, B. L. Keeping an eye on patient safety using human factors engineering (HFE): a family. **J Spec Pediatr Nurs**, v. 15, n. 1, p. 84-7, Jan 2010.

YAMANAKA, T. I. *et al.* Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. **Rev. bras. enferm. [online].** v.60, n.2, pp. 190-196, 2007.

Apêndices

APÊNDICE A1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Enfermeiros da ESF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, que tem como objetivo: Compreender a produção do cuidado do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da concepção de segurança e qualidade e sua relação com a satisfação do usuário.

Portanto, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista e um formulário para coleta dos dados. A entrevista poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar. Serão evitados quaisquer tipos de prejuízos, danos ou transtornos para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser apresentados em artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

A pesquisa trará como benefício aos pesquisados a discussão científica para a promoção de uma assistência mais segura e de qualidade.

Para contato com os pesquisadores:

Fabiane da Silva Severino Lima - Tel: (85) 3332-1129 (pesquisadora e mestranda);

Consuelo Helena Aires de Freitas – Tel: (85) 3101-9823 (pesquisadora e orientadora)

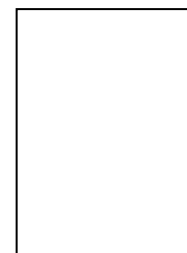
O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (085) 3101.9890
- Endereço Av. Parajana,1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza-Ceará.

Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____

Tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma .

Fortaleza, ____ de _____ de _____.



Digital

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

APÊNDICE A2 –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Usuários da ESF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, que tem como objetivo: Compreender a produção do cuidado do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da concepção de segurança e qualidade e sua relação com a satisfação do usuário.

Portanto, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um formulário e participação nos grupos focais. Nos grupos focais serão feitos alguns questionamentos acerca da sua satisfação em relação à qualidade e segurança do cuidado do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde.

Reforço que os grupos poderão ser gravados se o (a) Sr. (a) concordar. Garantimos que nos resultados da pesquisa e, posterior, divulgação, será garantido o sigilo da identidade dos participantes. Garantimos também que quaisquer prejuízos, danos ou transtornos serão evitados. A pesquisa trará como benefício a discussão científica para a promoção de uma assistência do cuidado do enfermeiro de forma mais segura e de qualidade.

Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano para o sujeito. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser apresentados em artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Para contato com os pesquisadores:

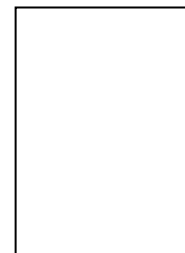
O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (085) 3101.9890 - Endereço Av. Parajana,1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza-Ceará.

Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____

Tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma .

Fortaleza, ____ de _____ de _____.



Digital

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

APÊNDICE B – Formulário para caracterização do campo empírico

Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Número: _____

1. Quantidade de equipes de Saúde da Família: _____ equipes
2. Enfermeiros em todas as equipes: a. Sim () b. Não ()
3. Todas as equipes são completas: a. Sim () b. Não ()
4. Média de atendimentos de enfermagem para o público adulto, por semana: _____

5. Tipos de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro:

- a. Consulta de enfermagem () b. Educação em saúde ()
- c. Visita domiciliária () d. Atividades grupais () e. Outro ()

Especifique: _____

6. Tipos de Programas/Atendimentos desenvolvidos pelo enfermeiro para o público adulto: a. Atendimento ao Hipertenso/Diabético () b. Atendimento à pessoa com doenças infectocontagiosas () c. Demanda espontânea () d. Outro ()

Especifique: _____

7. A instituição oferece cursos de formação permanente para os profissionais:

- a. Sim () b. Não ()

c. Em caso afirmativo, especifique:

Apêndice C – Formulário para caracterização do enfermeiro.



Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Número: _____

Seção 1. Características do sujeito (Sociodemográficas).

1.1. Idade: _____

1.2. Sexo: a. Feminino () b. Masculino ()

1.3 Idade: _____ anos de vida

1.4 Naturalidade: _____

1.5 Estado civil: a. casado () b. solteiro () c. divorciado () d. viúvo ()

e. Outro () Qual: _____

Seção 2. Características sociolaborais.

2.1 Renda pessoal: _____ salários mínimos

2.2 Formação: a. Graduação () b. Pós-graduação lato sensu ()

c. Mestrado () d. Doutorado ()

2.3 Formação na área de atuação: a. Sim () b. Não ()

2.4 Tempo de formação de graduação em enfermagem: _____ a. Anos () b. Meses ()

2.5 Possui ou faz outra graduação além de enfermagem? a. Sim () b. Não ()

2.6 Tempo de ingresso no atual serviço: _____ a. Anos () b. Meses ()

2.7 Tipo de vínculo empregatício: a. Estatutário () b. Celetista () c. Cargo comissionado () d. Contrato () e. Outro ()

Especifique: _____

2.8 Possui mais de um vínculo de trabalho: a. Sim () b. Não ()

2.9 Tem participado de cursos de capacitação ou treinamento nos últimos na área de saúde da família? a. Sim () b. Não ()

APÊNDICE D – Entrevista semiestruturada com enfermeiros

Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Número: _____

- Como se dá a produção do cuidado do enfermeiro no seu serviço?
- Como ocorre o fluxo da produção de saúde com o usuário?
- Como você compreende a segurança e a qualidade nas suas práticas quanto enfermeiro da Estratégia Saúde da Família?
- Dentro da sua prática, quais os problemas relacionados a segurança do usuário
- Problemas que tenham relação com a segurança do usuário
- Quais as facilidade e dificuldades enfrentadas com vistas ao desenvolvimento do processo de cuidado do enfermeiro na produção da qualidade da assistência e segurança do usuário do serviço?
- Que estratégias você poderia indicar para a melhoria da qualidade e segurança do cuidado?

Apêndice E – Formulário para caracterização do usuário.



Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Número: _____

Seção 1. Características do sujeito (Sociodemográficas).

1.1. Idade:

1.2. Sexo: a. Feminino () b. Masculino ()

1.3 Idade: _____ anos de vida

1.4 Naturalidade: _____

1.5 Estado civil: a. casado () b. solteiro () c. divorciado () d. viúvo ()

e. Outro () Especifique: _____

Seção 2. Características sociolaborais.

2.1 Renda Pessoal: _____ salários mínimos

2.2 Renda Familiar: _____ salários mínimos

2.3 Possui alguma atividade laboral: a. Sim () b. Não () Se sim, especifique:

Seção 3. Características do usuário em relação à unidade de saúde.

3.1 Tempo de usuário do serviço: _____ a. anos () b. meses ()

3.2 Atual motivo de procura à unidade: a. Consulta por adoecimento agudo () b.

Consulta por acompanhamento de adoecimento crônico () c. Imunização ()

d. Renovação de receituário () e. Aquisição de medicamentos () f. Avaliação de sinais vitais () g. Outro () . Qual? _____

APÊNDICE F – Temário do grupo focal para Usuários

Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Número: _____

- Gestão do Cuidado de Enfermagem.
- Compreensão sobre segurança e qualidade do cuidado de enfermagem.
- Satisfação acerca do cuidado do enfermeiro em relação à qualidade e segurança das práticas.

APÊNDICE G – Roteiro de Observação Sistemática

Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Número: _____

- Fluxo da assistência oferecida pelos enfermeiros aos usuários do serviço de saúde;
- Ações desenvolvidas pelos enfermeiros;
- Situação de demanda na recepção e/ou sala de espera;
- Reação de enfermeiros/usuários frente aos questionamentos.

APÊNDICE H – Modelo de Convite para Usuários



Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

(Modelo 1)

CONVITE

Prezado usuário,

Convido-o a participar de um Grupo Focal, que será realizado aqui na Unidade de Saúde e tem como foco a discussão sobre **a Satisfação acerca da qualidade e segurança do cuidado do enfermeiro.**

Após as discussões, será oferecido um lanche aos participantes!

Contamos com a participação de todos!

Data: ____/____/____

Horário: ____:____

Local: _____

REALIZAÇÃO:

Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família da Universidade Estadual do Ceará.

Contato:

Pesquisadora Fabiane Lima – Enfermeira (3332-1129)

AJUDE A CONSTRUIR UM SUS PARA TODOS!

(Modelo 2)

CONVITE

Prezado usuário,

Convido-o a participar de um Grupo Focal, que será realizado aqui na Unidade de Saúde e tem como foco a discussão sobre **a Satisfação acerca da qualidade e segurança do cuidado do enfermeiro.**

Após as discussões, será oferecido um lanche aos participantes!

Contamos com a participação de todos!

Data: ____/____/____

Horário: ____:____

Local: _____

REALIZAÇÃO:

Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família da Universidade Estadual do Ceará.

Contato:

Pesquisadora Fabiane Lima – Enfermeira (3332-1129)

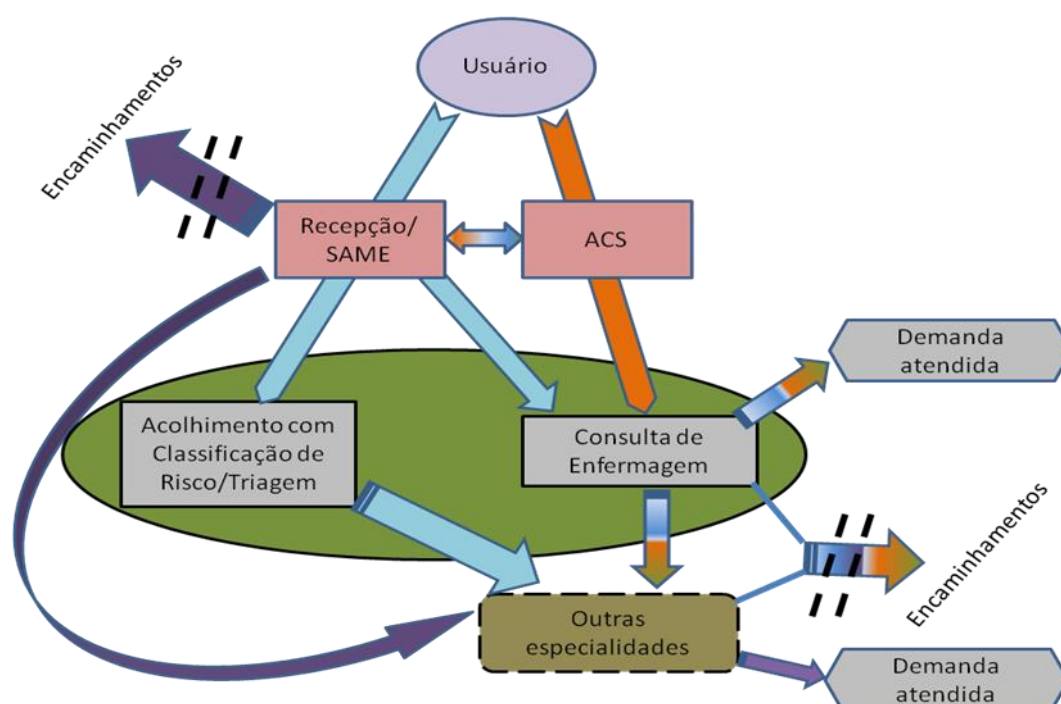
AJUDE A CONSTRUIR UM SUS PARA TODOS!

APÊNDICE I – Fluxograma dos caminhos percorridos pelos usuários



Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Fluxograma representativo dos caminhos percorridos pelo usuário para a produção do cuidado na Unidade Básica de Saúde da Família da SER IV. Fortaleza, CE.



Fonte: Fluxograma construído a partir dos caminhos percorridos pelo usuário para ser atendido nas Unidades Básicas de Saúde da Família da SER IV. Fortaleza-CE, 2013.

Legenda:

-  Caminhos (1), (2) e (3), respectivamente, que representam as possibilidades de fluxos do usuário para ser atendido na unidade;
-  Possibilidade de direcionamentos a partir dos caminhos (2) e (3);
-  Possibilidade de direcionamentos a partir dos caminhos em (2), (1) e (3);
-  Direcionamentos tomados sem que o usuário passe pelo enfermeiro.
-  Possibilidade de bloqueio para continuidade do cuidado.

Anexo

Anexo 1:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: enfoque na qualidade e segurança

Pesquisador: Fabiane da Silva Severino Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13616213.7.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 387.139

Data da Relatoria: 19/08/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa está baseado na necessidade de buscar discutir a segurança e a qualidade do cuidado do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário de Sistema Único de Saúde (SUS). É uma pesquisa social com análise qualitativa e triangulação de dados. Será desenvolvido nos doze Centros de Saúde da família da Secretaria Executiva Regional IV em Fortaleza-CE. A amostra está definida em 12 enfermeiros, um de cada centro e 48 usuários, quatro de cada centro. Serão incluídos no estudo enfermeiros com no mínimo seis meses de experiência no centro e serão excluídos aqueles com afastamento por qualquer motivo. Os usuários deverão atender aos critérios de inclusão que são homens ou mulheres adultos e de exclusão crianças, idosos e mulheres em atendimento em programa materno infantil. A coleta de dados será feita com os enfermeiros por meio de entrevista semiestruturada e aplicação de formulários e com os usuários será grupo focal e formulário. Também será usada técnica de observação. A organização dos dados provenientes de formulários será em tabelas e quadros e os de entrevista semiestruturada e grupo focal serão submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin e os dados de observação enriquecerão a discussão. A interpretação dos resultados se fundamentará nos princípios do SUS, em Donabedian e na literatura sobre satisfação do usuário.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 387.139

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o cuidado do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família com base na satisfação do usuário para um cuidado integral e resolutivo pautado na qualidade e segurança da atenção a saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e no caso do grupo focal o anonimato será preservado e se causar qualquer constrangimento em algum momento serão minimizados ou contornados pelos pesquisadores. Com a pesquisa pretende-se como benefícios uma assistência mais segura e demais qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente, apresenta valor científico e provavelmente trará contribuições para os serviços envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto com as assinaturas necessárias.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está em forma de convite, linguagem adequada aos participantes.

Os riscos e benefícios aos sujeitos foram apresentados.

TCLE refeitos como sugerido e de forma adequada.

Anexo está a declaração de anuência da instituição onde será realizada a coleta de dados.

Recomendações:

Sugere-se a leitura da Resolução 466/12 para esclarecimentos.

Ressalta-se que a coleta de dados só poderá ser realizada depois da aprovação pelo comitê de ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 387.139

FORTALEZA, 07 de Setembro de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: diana.pinheiro@uece.br