



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

JULIO CESAR SOUZA SILVA

**ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
A PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS EM GOIÂNIA-GO**

Goiânia
2015

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	JULIO CESAR SOUZA SILVA		
E-mail:	ufg.mestrado@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?		☒ Sim	☐ Não
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:		Sigla:	
País:		UF:	
		CNPJ:	
Título: ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS EM GOIÂNIA-GO			
Palavras-chave:	Atenção Primária em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação dos Serviços Públicos de Saúde;		
Título em outra língua: ATTENDANCE IN HEALTHCARE NETWORK: USERS PERCEPTION IN GOIÂNIA-GO			
Palavras-chave em outra língua:		Primary Health Care; Health Service Accessibility; Public Health Services Evaluation;	
Área de concentração: ENSINO NA SAÚDE			
Linha de Pesquisa: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE			
Data Defesa:	31/07/2015		
Programa de Pós-Graduação:	MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE		
Orientador (a):	Prof. ^a DR. ^a CLEUSA MARTINS ALVES		
E-mail:	cleusa.alves@gmail.com		

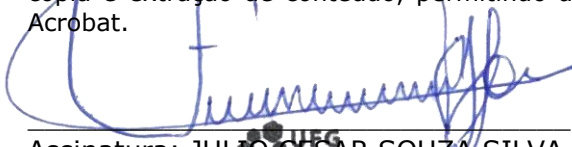
*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.


Assinatura: JULIO CESAR SOUZA SILVA

Data: 31/07/2015

Julio Cesar Souza Silva

Mestrado Profissional em Ensino Na Saúde (IMEPES)

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

JULIO CESAR SOUZA SILVA

**ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
A PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS EM GOIÂNIA-GO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

ORIENTADOR:

PROF^a. DR^a. CLEUSA ALVES MARTINS

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ensino na Saúde

LINHA DE PESQUISA: Concepções e Práticas na Formação dos Profissionais de Saúde

GOIÂNIA
2015

**Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

SILVA, JULIO CESAR SOUZA

ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A PERCEPÇÃO
DE USUÁRIAS EM GOIÂNIA-GO [manuscrito] / JULIO CESAR SOUZA
SILVA. - 2015.

CXCIX, 199 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. CLEUSA ALVES MARTINS .

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Medicina (FM) , Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
(Profissional), Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, símbolos, tabelas, lista
de figuras.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3.
Avaliação dos Serviços Públicos de Saúde. I. , CLEUSA ALVES
MARTINS, orient. II. Título.

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Aluno(a): JULIO CESAR SOUZA SILVA

Orientadora: PROF.^a DR.^a CLEUSA MARTINS ALVES

Membros da banca:

1. PROF.^a DR.^a Cleusa Martins Alves – Presidente

2. PROF.^a DR.^a Jacqueline Rodrigues Lima – MEPES/UFG

3. PROF.^a DR.^a Nilza Alves Marques Almeida – FEN/UFG

Suplentes:

1. PROF.^a DR.^a ALESSANDRA VITORINO NAGHETTINI – MEPES/UFG

2. PROF.^a DR.^a MARIA ALVES BARBOSA – FEN/UFG

Data: 31/07/2015

*Dedico este trabalho à minha Amada Esposa, Viviane
pela ajuda e compreensão, nos momentos de
minha "ausência" para elaboração deste trabalho.*

e...



*Dedico, também, ao meu amado Irmão
Jânio Souza Silva (in memoriam) *20/07/1962 +13/06/2015*

A gente não morre, fica encantado - João Guimarães Rosa

*Lágrimas brotam ao escrever este trabalho... saudades ...
por seu repentino encantamento, mas
Sua ILUMINADA presença estará para sempre em meu coração.*

*E lhes enxugará dos olhos toda lágrima, e a morte já não existirá, já não haverá luto, nem
pranto, nem dor, porque as primeiras coisas passaram. Apocalipse 21:4*

AGRADECIMENTOS

A Deus,

- 1. Deus é o nosso refúgio e fortaleza, socorro bem presente nas tribulações.*
- 2. Portanto, não temeremos ainda que a terra se transtorne e os montes se abalem no seio dos mares;*
- 3. Ainda que as águas tumultuem e espumejem e na sua fúria os montes se estremeçam.*
- 4. Há um rio, cujas correntes alegram a cidade de Deus, o santuário das moradas do Altíssimo.*
- 5. Deus está no meio dela; jamais será abalada; Deus a ajudará desde antemanhã.*
- 6. Bramam nações, reinos se abalam; ele faz ouvir a sua voz, e a terra se dissolve.*
- 7. O SENHOR dos Exércitos está conosco; o Deus de Jacó é o nosso refúgio.*
- 8. Vinde, contemplai as obras do SENHOR, que assolações efetuou na terra.*
- 9. Ele põe termo à guerra até aos confins do mundo, quebra o arco e despedaça a lança; queima os carros no fogo.*
- 10. Aquietai-vos e sabeí que eu sou Deus; sou exaltado entre as nações, sou exaltado na terra.*
- 11. O SENHOR dos Exércitos está conosco; o Deus de Jacó é o nosso refúgio.*

Bíblia Sagrada, Salmos cap. 46. (Tradução Almeida Revista e Atualizada)

À sempre amável, humana e atenciosa Prof.^a Dr.^a Cleusa Alves Martins, por me aceitar como seu orientando, pelo desprendimento de me disponibilizar uma pequena fração de sua imensa sabedoria e experiência para que eu pudesse desenvolver esse trabalho.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.
Cora Coralina

SUMÁRIO

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos.....	vii
Epígrafe.....	viii
Sumário.....	ix
Resumo.....	xii
Abstract.....	xiv
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Abreviaturas.....	xvi
Apêndices.....	xviii
Anexos.....	xix
APRESENTAÇÃO.....	20
1 INTRODUÇÃO.....	24
2 OBJETIVOS.....	29
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
3.1 Os Princípios do SUS.....	32
3.1.1 Universalidade.....	32
3.1.2 Integralidade.....	33
3.1.3 Equidade.....	33
3.1.4 Preservação da Autonomia.....	34
3.1.5 Hierarquização.....	34
3.1.6 Descentralização.....	35
3.1.7 Regionalização.....	35
3.1.8 Participação Social.....	36
3.2 Evolução da Política de Atenção à Mulher no Brasil.....	36
3.3 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	41
3.4 Avaliação dos Serviços de saúde pelos usuários.....	45
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	48
4.1 Tipo de Estudo.....	49
4.2 Cenário.....	49
4.3 Participantes da Pesquisa.....	50
4.4 Coleta de Dados.....	50
4.5 Recursos para Tratamento de Dados.....	51

4.6	Análise dos Dados.....	52
4.7	Famílias e Categorias de Análise.....	53
4.8	Caraterização do Cenário de Estudo.....	54
4.9	Aspectos Ético Legais.....	56
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1	Estrutura Física, Materiais e Equipamentos.....	59
5.2	Perfil sócio econômico das participantes.	65
5.3	Atendimento da Rede na Perspectiva dos Princípios do SUS.....	66
5.4	Famílias e Categorias.....	66
5.4.1	Categoria: Universalidade.....	67
5.4.2	Categoria: Integralidade.....	75
5.4.3	Categoria: Equidade.....	80
5.4.4	Categoria: Hierarquização.....	83
5.4.5	Categoria: Descentralização.....	88
5.4.6	Categoria: Regionalização.....	89
5.4.7	Categoria: Participação Social.....	94
5.4.8	A dialética da Práxis Médica versus o modelo teórico preconizado.....	95
5.4.9	Empoderamento da Educação Médica.....	107
6	CONCLUSÃO.....	111
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
	REFERÊNCIAS.....	117
	Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE.....	133
	Apêndice B. Roteiro de Entrevista Semi Estruturada.....	137
	Apêndice C. Quadro: Tempo transcorrido das entrevistas.....	139
	Apêndice D. Envio de Artigo: Revista Interface.....	140
	Anexo 1. Autorização para pesquisa pela escola de saúde pública da prefeitura municipal de Goiânia-GO.....	158
	Anexo 2. Carta de aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Materno-Infantil.....	159
	Anexo 3. Website do Idtech.....	160
	Anexo 4. Comprovante de Envio de Artigo para publicação.....	161
	Produto Técnico 1.....	163
	Produto Técnico 2.....	193

RESUMO

RESUMO

Este trabalho visa analisar o atendimento na Rede de Atenção à Saúde na perspectiva dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, sob a percepção de usuárias em Goiânia, Goiás. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. A amostra da pesquisa se constituiu por 20 participantes: mulheres hipertensas atendidas em unidades de saúde do SUS em Goiânia, Go. A Coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2013 a dezembro de 2014. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil CEP-HMI, Parecer 29/2013 e atende diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: A percepção das usuárias hipertensas em Goiânia, Go, revelou deficiências em sete categorias estudadas: o atendimento não ocorre de forma Universal e Integral, com ênfase em falhas no acesso ao atendimento; em relação à Equidade, as singularidades de cada usuário não são observadas levando-o a recorrer, em alguns casos, ao poder judiciário para obter atendimento aos seus pleitos de saúde; o tele agendamento (0800) transgride frontalmente o princípio da Regionalização promovendo a descontinuidade do Seguimento Clínico e o princípio da Territorialidade; a hierarquização possui abordagem enrijecida que limita ainda mais o acesso pelos usuários; a participação social, em Goiânia, carece de espaços físicos e mais estímulos, através dos meios de comunicação; o cenário é desfavorável para prática clínica de boa qualidade, e, por essa razão é necessário reforçar abordagens pedagógicas, na escola médica, que reiteram a importância do atendimento centrado na pessoa, adotando postura humanizada, ética, pautada em elevados padrões de excelência - Empoderamento da Educação Médica (Empowerment Medical Education). As informações permitem aos gestores refletirem acerca de ações a serem desenvolvidas e elaborar um planejamento para minimizar os gargalos que dificultam a qualidade da assistência. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, de modo multiprofissional podem planejar ações simples de educação em saúde nas diversas esferas da atenção básica que visem a promoção da saúde.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação dos Serviços Públicos de Saúde;

ABSTRACT

This work aims to analyze the care in the Health Care Network in the light of the principles of the Unified Health System - SUS, under the perception of users in Goiânia, Goiás. This is a qualitative, exploratory and descriptive research. The survey sample consisted of 20 participants: hypertensive women attending SUS health units in Goiania, Go. Data collection occurred between December 2013 and December 2014. Research approved by the Ethics Research Committee at the Maternal Child Hospital. CEP-HMI, Opinion 29/2013 and meets regulatory guidelines and research involving human subjects standards, according to the 466/12 Resolution of the National Health Council. Results: The perception of hypertensive users in Goiania, Go, was inadequate in seven categories studied: the service does not occur Universal and integral manner, with emphasis on gaps in access to care; in relation to Equity, the singularities of each user are not observed leading him to turn to, in some cases to the judiciary for service to their health claims; the phone appointment of consultations (0800) at public health services frontally violates the principle of regionalization promoting the discontinuation of Clinical Follow-up and the principle of territoriality; the hierarchy has hardened approach which further limits access by users; social participation, in Goiania, lacks physical spaces and more stimuli, through the media; the scenario is unfavorable for good quality clinical practice, and for this reason it is necessary to strengthen pedagogical approaches in medical school, which reiterate the importance of care centered on the person, adopting humane attitude, ethics, based on high standards of excellence - empowerment Medical Education. The information enables managers reflect about actions to be developed and work out a plan to minimize the bottlenecks that hinder the quality of care. From this perspective, health professionals, multi-mode can plan simple actions of health education in the various spheres of primary health care aimed at health promotion.

KEYWORDS: Primary Health Care; Health Service Accessibility; Public Health Services Evaluation;

LISTA DE FIGURAS

DESCRIÇÃO	P.
Figura 1. Mapa de distribuição das unidades de saúde do Distrito Sanitário Leste de Goiânia, Goiás, 2015.....	54
Figura 2. Espaço físico e de acomodação da recepção do Centro de Saúde para os usuários. Goiânia-Goiás, 2015.....	59
Figura 3. Poluição visual com prejuízo à informação ao usuário.....	61
Figura 4. Teclado do computador do ambulatório.....	62
Figura 5. Cadeira única para os usuários, sem cadeira para acompanhantes.....	63
Figura 6. Sala dos recepcionistas de uma Unidade de Saúde do Distrito Leste, Goiânia-Go, 2015.....	63
Figura 7. Mesa para exame físico dobrada, dificultando a execução do exame físico adequado e falta de mini escada de apoio para subir.....	64
Figura 8. Família Princípios Ético-Doutrinários do SUS e suas três Categorias: Universalidade, Equidade e Integralidade.....	68
Figura 9. Universalidade e suas sete subcategorias.....	71
Figura 10. A Integralidade e as categorias e subcategorias a ela relacionadas.....	75
Figura 11. Inter-relações entre níveis de atendimento no SUS.....	78
Figura 12. Categoria Equidade e suas respectivas subcategorias.....	80
Figura 13. Categoria Hierarquização e seus relacionamentos.....	83
Figura 14. Dificuldades de acesso: exposição das usuárias à situações vexatórias.....	85
Figura 15. Encaixe não dá direito à encaminhamento e/ou procedimentos.....	87
Figura 16. Regionalização: o tele agendamento promovendo a descontinuidade de seguimento e princípio da Territorialidade.....	89
Figura 17. 0800 – promovendo a descontinuidade de seguimento Clínico em Goiânia, GO.....	93
Figura 18. O atendimento médico.....	97
Figura 19. Subcategoria Código de Ética Médica e seus relacionamentos.....	100
Figura 20. Falhas no Exame Físico e as Categorias e Subcategorias relacionadas	102
Figura 21. Falhas na anamnese e as Categorias e Subcategorias relacionadas.....	103
Figura 22. Percepção de bom atendimento e sua relação com humanização.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS

UBS	Unidade Básica de Saúde
EJA	Ensino de jovens e Adultos
SBCM	Sociedade Brasileira de Clínica Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
HIPERDIA	Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus
CAIS	Centro de Atendimento Integral à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBCM	Sociedade Brasileira de Clínica Médica
DAC	Doença Arterial Coronariana
IRC	Insuficiência Renal Crônica
RPH	Retinopatia Hipertensiva
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
CNSDM	Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher
CIAMS	Centro Integrado Médico Sanitário
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IMC	Índice de Massa Corporal
SUS	Sistema Único de Saúde

APS	Atenção Primária em Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ATI	Atlas.ti ©
MSW	Microsoft Word ©
HU	Unidade Hermenêutica

APÊNDICES

APENDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	133
APÊNDICE B. ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	137
APÊNDICE C. QUADRO: TEMPO TRANSCORRIDO DAS ENTREVISTAS.....	139
APÊNDICE D. ARTIGO SUBMETIDO A PUBLICAÇÃO.....	140

ANEXOS

ANEXO 1. AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA.....	158
ANEXO 2. CARTA DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL.....	159
ANEXO 3. WEBSITE DO IDTECH.....	160
ANEXO 4. COMPROVANTE DE ENVIO DE ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO.....	161

APRESENTAÇÃO

Tenho grande satisfação em mencionar que sempre estudei em escolas públicas, concluí o 2º Grau - ensino médio, no Centro Estadual de Ensino Supletivos – hoje denominado Ensino Jovens e Adultos – EJA. Em 1997, fui aprovado vestibular para o curso de graduação em Medicina na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, onde também fiz residência médica em Oftalmologia.

Em 2005, por Concurso Público Nacional obtive o Título de Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SCBM). Em 2006, o Certificado de Atuação em Medicina de Urgência pela mesma Sociedade. Em 2010, pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade – SBMFC o Título de Especialista em Medicina da Família e da Comunidade.

Desde 2003, após a minha graduação médica sempre trabalhei em Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF: na cidade de Terenos, aproximadamente 30 Km da capital mato-grossense. Ainda, em Campo Grande, MS, como Especialista em Clínica Médica atuei em outras unidades - Unidade Básica de Saúde “Jair Garcia de Freitas” e UBS “26 de Agosto” nesta última como médico responsável pela condução do Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus – HIPERDIA, principalmente no cuidado aos pacientes hipertensos.

Posteriormente, em 2009, na Estratégia de Saúde da Família – ESF, Vista Alegre no município Ribas de Rio Pardo, MS, fui coordenador do programa HIPERDIA, programas de capacitações de pessoal, com ênfase em ações educativas multiprofissionais e de humanização da assistência aos usuários do SUS e atendimento ambulatorial. Durante o exercício profissional na

Estratégia Saúde da Família buscava obter feedback dos usuários acerca do atendimento médico e da equipe.

Em 2010, comecei a trabalhar em ambulatório de clínica médica, no Centro de Atendimento Integral à Saúde - CAIS Chácara do Governador no Distrito Sanitário Leste, da capital goianiense. Nessa unidade, observei situações semelhantes às vivenciadas em outras unidades de saúde, em cidades de Mato Grosso do Sul. A população feminina portadora de doenças crônicas e outras intercorrências clínicas representava numericamente expressiva a demanda de mulheres que compareciam para consultar. Também, a mulher apresentava destaque como autoridade em questões inerentes a saúde, no âmbito familiar.

No cotidiano profissional durante o atendimento ambulatorial notava a importância das mulheres nas consultas, a grande dedicação na busca por soluções às demandas e na condução das questões de saúde. Mesmo quando a consulta era destinada ao marido ou aos filhos, elas ativamente entravam no consultório como acompanhantes, ouviam atentamente as orientações médicas feitas aos pacientes e familiares, também denunciavam atitudes contrárias às condutas prescritas como a falta de adesão tratamento, medicações e atividades físicas, erros alimentares. Essas atitudes revelavam sua forte influência na condução dos assuntos de saúde, no âmbito familiar.

Ainda, observava discrepâncias entre as ações preconizadas nos programas de atenção à pessoa hipertensa e a realidade na prática clínica diária em consultórios de atenção básica. A problemática voltada à saúde da mulher revelava um cenário de contradições entre as ações preconizadas e os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde –SUS e a realidade vivenciada por usuários em unidades da rede de atenção.

No que diz respeito a experiência voltada a área de ensino, teve início como monitor oftalmologista desenvolver atividades no controle clínico do Tracoma em escolares desenvolvido pelo Ministério da Saúde, e como médico clínico

atuei em atividades de preceptoria na Estratégia Saúde da Família da Vila Ferreira, com certificado emitido pelo Ministério da Saúde.

Essa trajetória profissional despertou o interesse em aprofundar o conhecimento na área da saúde, acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Nesse objetivo busquei o “Mestrado Profissional Ensino na Saúde”, sob a orientação da Profa. Dra. Cleusa Alves Martins que desenvolve estudos voltados a política saúde da mulher na rede de atenção do Sistema Único de Saúde – SUS, na linha de pesquisa “Concepções e práticas na formação dos profissionais de saúde”, temática que coaduna com objetivo deste estudo.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e um dever do Estado. Essa premissa constitucional reflete o espírito da Constituição de 1.988 batizada de Constituição Cidadã, justamente ressaltar a importância do cidadão como foco central de sua linha doutrinária. Mas estaria realmente o Estado cumprindo seus deveres constitucionais em relação à saúde? (SILVA et al., 2010)

Paim (2009) define *princípios* como aspectos que valorizamos nas relações sociais e que orientam pensamentos e ações.

A reflexão sobre a relação entre os princípios fundamentais do SUS e a percepção do usuário final acerca dos serviços oferecidos revelam a possibilidade da existência de hiatos entre o legalmente idealizado e o dia-a-dia. O grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde também é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações pelo poder público (MOIMAZ et al., 2010).

Ao se delimitar o perfil do usuário considerou-se características epidemiológicas como a representatividade demográfica, patologia com prevalência relevante, e, também, características como a facilidade de comunicação e expressão de pensamentos e ideias e a vivência cotidiana das rotinas em Unidades da Rede de Atenção à Saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é também considerada a Doença Crônica Não Transmissível – DCNT - e apresenta maior perda de Anos Potenciais de Vida Perdidos - APVP na população feminina com faixa etária abaixo de 70 anos (MS, 2011).

Nesse universo populacional, algumas doenças crônicas afetam severamente a população feminina, à exemplo, a Hipertensão arterial Sistêmica - HAS uma patologia de representatividade epidemiológica expressiva, com alta

prevalência, uma patologia que traz sérias consequências clínicas graves à saúde da mulher, podendo também comprometer seu ambiente familiar.

Em Clínica Médica, as doenças crônicas como a hipertensão afeta os órgãos e comprometem o organismo podendo levar a morte da mulher. É considerada uma problemática social importante por acometer a população feminina, especialmente em idade economicamente produtiva.

O contexto social, no qual a mulher se encontra inserida a necessidade econômica, por vezes, proporciona ou favorece o estabelecimento de um ou mais vínculos empregatícios para suprir as despesas provindas do consumo familiar. Somando-se a isso, a mulher ainda é responsável pela maioria das tarefas domésticas e familiares o que aumentam a sobrecarga de atividades e estresse que são fatores potencializadores para doenças crônicas não transmissíveis (IBGE, 2012).

No que diz respeito ao atendimento à saúde da mulher, observa-se que a política de atenção em unidades de saúde ainda encontra-se desarticulada do ponto de vista do modelo teórico da realidade da população usuária, encontrada dia-a-dia dos serviços de saúde (MARTINS et al., 2013).

Os serviços de saúde constituem um espaço de complexa relação entre os diferentes atores sociais no campo da saúde - a população usuária dos serviços, gestores, profissionais, graduandos dos cursos de saúde e Organizações Governamentais e não Governamentais, que se interagem em múltiplas dimensões em busca da assistência de qualidade. Portanto, a percepção do usuário é uma ferramenta que pode contribuir para melhoria e efetividade das ações governamentais desenvolvidas por profissionais de saúde (IBAÑEZ et al., 2006)

No Brasil, devido suas características socioculturais geralmente é atribuído à mulher a responsabilidade na condução das questões de saúde em âmbito familiar. Portanto, a mulher apresenta expressiva vivência durante a consulta médica e por conseguinte, em atividades administrativas-meio, ou seja,

marcação de exames, encaminhamentos, marcação de procedimentos cirúrgicos, solicitação de atestados e outros procedimentos de saúde para si e demais integrantes da família (PINHEIRO et al., 2002; TRAVASSOS et al., 2002; GOMES et al., 2007a; b; MOREIRA et al., 2011).

A influência da mulher na sociedade moderna e na família lhe permitiu ser um elemento fundamental na formação de opinião, no repasse de informações de saúde, participação na atenção à saúde e no controle ativo de tratamento de seus familiares, agindo como agente promotor da saúde (MEDEIROS et al., 2006).

Há necessidade de confrontar as percepções das usuárias com as prerrogativas dos programas ministeriais e determinações constitucionais vigentes. Tendo em vista os principais problemas enfrentados, quotidianamente, por usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS: dificuldades de acesso, na realização e marcação de exames, referência e contra-referência, falta de medicamentos, falta de profissionais e dificuldade de exames de média e alta complexidade (MACHADO, 2006).

Assim, este estudo, vem de forma inédita, analisar em Goiânia essa temática: a ótica das usuárias e os princípios do SUS objetivando a promoção da saúde, bem como o fortalecimento do ensino em saúde. Na perspectiva de que as reflexões acerca dos processos de atendimento na Rede de Atenção, que poderão contribuir para a otimização das ações já existentes de promoção à saúde das mulheres hipertensas e dos outros usuários de modo geral.

Neste estudo, optou-se por trabalhar somente o sexo feminino, considerando a importante influência social e familiar da mulher, sua vulnerabilidade à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), principalmente, após o climatério. Segundo (MEDEIROS et al., 2006) quando ocorre baixa dos níveis hormonais protetores.

Nesta linha de pensamento, este estudo traz como questões norteadoras:

O Atendimento às usuárias que frequentam os serviços de Atenção Secundária atende aos princípios que fundamentam o SUS e a prática profissional médica?

Existem fragilidades e implicações que comprometem a qualidade da assistência, no que diz respeito ao acesso às consultas, encaminhamentos, marcações de exames, retorno médico para continuidade do tratamento o que certamente acarreta a quebra de vínculo médico-paciente?

As ações governamentais e a prática profissional atendem as ações preconizadas nas abordagens teóricas acadêmicas da área médica?

Como as usuárias dos serviços públicos de saúde avaliam o atendimento médico na rede de atenção à saúde do SUS?

Nesta perspectiva, temos como OBJETO DE ESTUDO:

A percepção da mulher hipertensa quanto a problemática da assistência recebida na Rede de Atenção à Saúde, tendo como parâmetro norteador os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde - SUS.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar o atendimento na Rede de Atenção à Saúde na perspectiva dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, sob a percepção de usuárias em Goiânia, Goiás.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o cenário de uma Unidade da Rede Atenção à Saúde através de observações de campo e apontadas por entrevistas;
- Identificar na percepção das usuárias o atendimento oferecido na Rede de Atenção à Saúde do SUS;
- Identificar, na percepção das mulheres hipertensas as ações desenvolvidas pelo médico durante o atendimento;
- Analisar na percepção de usuárias acerca o tele-agendamento telefônico de consultas pelo prefixo 0800, em Goiânia, GO¹;

1. Este objetivo faz parte do artigo submetido para publicação. APENDICE D

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 OS PRINCÍPIOS DO SUS

A Carta Magna de 1988, em seu artigo 196, traz no campo da Política de Saúde do Estado: A saúde é direito de todos brasileiros e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196)

Como forma de atender os preceitos constitucionais, o Ministério da Saúde preconiza diretrizes que determinam ações a serem desempenhadas, segundo os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS e romper as barreiras da discriminação e das desigualdades da população (BRASIL, 1990a).

3.1.1 UNIVERSALIDADE

A Universalidade é o primeiro princípio e traz consigo a tintura de cidadania ao expandir, legalmente, a todos, o direito à saúde de maneira igualitária e plena. A lei 8.080/90 no capítulo II artigo 7º é assegurado o acesso em todos os níveis de assistência (LEAVELL et al., 1976; BRASIL, 1990a; PAIM, 2009).

Portanto, este princípio se caracteriza pela extensão de cobertura e acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde e traz consigo significados implícitos como “cidadania”, “dignidade”, de “plena igualdade” entre todas as pessoas em solo nacional às suas demandas de saúde e o dever do Estado como provedor e prestador desse atendimento (BRASIL, 1988; CORDEIRO, 2001; PONTES et al., 2009; TEIXEIRA, 2011)

3.1.2 INTEGRALIDADE

A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, significando que todos devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos por cada caso e situação em todos os níveis do sistema (BRASIL, 1990a; PAIM, 2009).

Na existência de um Sistema Universal, Multidimensional, considerando os níveis atenção, não se define a Integralidade como um conceito, mas como uma rubrica. (Mattos et al. (2001). No entanto, textualmente, a Constituição Federal de 1988 define este princípio como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988, art. 198, II) é o princípio o qual garante atendimento pleno nos três níveis de atenção: prevenção, tratamento ou reabilitação (PONTES et al., 2009).

Dentre as frações implícitas constituintes da Integralidade, considera-se que tudo operacionaliza a interação entre as diversas esferas de atendimento: condições físicas dos estabelecimentos de saúde, acolhimento, capacitação de pessoal, vigilâncias - sanitária, ambiental e epidemiológica, ações de prevenção, ações de diagnóstico e de tratamento, atividades de intermeio -de agendamento, administrativas, as Tecnologias da Informação, escalas de pessoal, distribuição de recursos físicos, materiais e humanos - para que as demandas sejam plenamente atendidas (TEIXEIRA, 2011).

3.1.3 EQUIDADE

Aqui utilizaremos o termo Equidade, mantendo-o como a consagração na literatura um princípio doutrinário do SUS, porém com sentido de igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

A Equidade é o princípio no qual possibilita tratar - desigualmente os desiguais, caracterizando justiça social (RAMOS, 2007), assegurando um olhar diferenciado e direcionado à pessoa/comunidade e às necessidades individuais/coletivas e próprias de cada cidadão, possibilita equalizar a disponibilização de recursos, físicos, tecnológicos, terapêuticos, humanos, e quaisquer outros necessários para que haja atendimento em todo e qualquer nível de atenção, para tanto utiliza-se a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática (PAIM, 2009; PONTES et al., 2009).

Este princípio garante, também, ao cidadão de baixa renda não somente ações preventivas ou de baixo custo, mas o acesso as ações/procedimentos/tratamentos de alto custo, caso seja imperioso. Garante tratamento de doenças raras, disponibilização de novas e modernas terapêuticas desde que esteja em plena conformidade com conhecimento científico baseado em evidências e que não haja outra possibilidade de tratamento já estabelecido no SUS (VICTORA et al., 2011).

3.1.4 PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA

A preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral pauta-se no respeito à dignidade humana, na liberdade de escolha, e no direito à informação mediante os serviços e ações de saúde oferecidos (PAIM, 2009).

3.1.5 HIERARQUIZAÇÃO

Este princípio diz respeito à organização das Unidades de Atendimento conforme a complexidade da demanda clínica e complexidade tecnológica e científica (TEIXEIRA, 2011). Este princípio “estabelece a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada ao sistema e a outros serviços a partir da Rede de Atenção Hierarquizada (KUSCHNIR et al., 2009; PONTES et al., 2009).

Partindo-se da premissa de que as unidades básicas de saúde teriam condições de resolver aproximadamente 80 a 90% de demandas da comunidade, em condições ideais de atendimento (TURRINI et al., 2008; ALMEIDA et al., 2011; NUNES et al., 2012).

A Hierarquização prevista para a rede tem o sentido utilização dos recursos disponíveis de modo mais coerente e racional para atender mais e melhor as pessoas, considerando que a maioria dos municípios não têm condições de ofertar integralmente os serviços de saúde (PAIM, 2009).

3.1.6 DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização repassa aos municípios a responsabilidade da atenção a saúde da sua população de forma hierarquizada. Assim, este princípio diz respeito à organização das Unidades de Atendimento conforme o grau de complexidade da demanda clínica e complexidade tecnológica e científica (TEIXEIRA, 2011).

3.1.7 REGIONALIZAÇÃO

Paim (2009) considera a Regionalização como subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo para pactuações/parcerias entre governos municipais como forma de atender as especialidades médicas ou serviços de maior complexidade.

Vale ressaltar que, embora a Regionalização seja a delimitação de espaços territoriais específicos para o sistema de saúde organizar as ações de saúde, neste estudo, considera-se para Regionalização a abordagem dada por Teixeira (2011) que realça o significado de Territorialidade da Regionalização: delimitação de espaços territoriais adistritos específicos para o sistema de saúde organizar as ações de saúde.

A territorialidade possibilita ao gestor local e a toda equipe de saúde maior conhecimento de seu público de atendimento, suas peculiaridades sócio-econômico-culturais, melhor gestão de tempo e recursos da unidade de

atendimento, melhor acompanhamento das condições clínico-sanitárias da pessoa, considerando também suas condições socioeconômicas, para diminuir o impacto econômico, de tempo e em atividades de intermeio de referência e contra referência e/ou burocráticas (KUSCHNIR et al., 2009; BRASIL, 2012b).

3.1.8 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A Participação Social - controle social - é um princípio que fomenta a reformulação do Sistema de Saúde e de democratização ao propor diretrizes para as políticas de saúde nas três esferas de governo com a participação dos usuários, que congregam setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos - gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde, e objetiva o controle social (CORREIA, 2000).

3.2 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À MULHER NO BRASIL

No Brasil, retomando, historicamente, a herança sociocultural da mulher no final do século XIX e até meados do século XX denotava uma condição excludente da população feminina, com pequeno acesso a instrução - educação escolar e a representação político-social. Seu principal papel social era assumir a ampliação da família e a responsabilidade na criação dos seus filhos e os cuidados do lar (SANTOS, 2010, p. 96).

Essa situação vivida pela população feminina era acrescida de baixa expectativa de vida, precárias ou quase inexistentes ações de proteção social, como: seguridade social, adoecimento e morte por doenças infecciosas, além de exclusão social e dos movimentos migratórios que pioravam ainda mais a condição da mulher (SANTOS, 2010, p. 96).

No início do século XX, a atenção médica não possuía caráter de acesso universal. As políticas públicas possuíam forte conotação campanhista, eram baseadas na prática liberal e filantropia em casas de saúde, o que na verdade tornava-as excludentes para a maioria da população brasileira (BRAVO, 2006; GERSCHMAN e SANTOS, 2006).

A atenção médica, como política pública no início do século XX, estava ligada fortemente com a atividade econômica para trabalhadores de fábricas a exemplo, a atividade cafeeira (BRAVO, 2006).

Na década de 30, com início da industrialização o governo federal criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP, dando uma abordagem previdenciária ao atendimento médico, com orientação contencionista (BRAVO, 2006).

Em 1964, ocorre a unificação dos IAP e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que consolidou a visão flexneriana de atendimento, abordagem médico centrada e hospitalocêntrica da atenção (REIS et al., 2006)

Na década de 1970, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) pois havia a necessidade de vínculo empregatício para acesso ao atendimento médico aos trabalhadores e seus dependentes, esse modelo de atendimento caracterizou-se como rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa (RIBEIRO et al., 2010).

Ocorreu ainda a inserção da mulher na educação e saúde, ampliando sua participação na economia produtiva, na jornada de trabalho e ampliou sua participação em movimentos sociais e feminista (SANTOS, 2010).

Em relação à política pública de saúde da mulher, ainda eram excludentes e estavam basicamente centradas na atenção materno-infantil, ou seja: no binômio mãe e filho (LEÃO e MARINHO, 2002).

Em 1983, O Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visando novos enfoques na abordagem política da saúde à mulher, até então, centrada na assistência ginecológica e obstétrica (COSTA, 2009; VICTORA et al., 2011).

A crise econômica, o estrangulamento do atendimento público centralizado, a falta de integração entre o Ministério da Saúde e da Previdência, cujas ações possuíam cunho curativo, sem abrangência universal e um cenário de transição política, insatisfação da população que desejava mudanças e melhorias em sua qualidade de vida, realidade que estimularam importantes movimentos sociais para Reforma do Sanitária (COSTA, 2009; VICTORA et al., 2011).

Dentre esses movimentos sociais, há de se destacar os movimentos feministas, os quais foram fortalecidos e contribuíram para criação dos Conselhos Estaduais e Nacional em amparo à saúde da mulher. A presença de sanitaristas feministas que buscavam por mudanças na abordagem de atendimento à mulher em fóruns promovidos pelos Movimentos Feministas e o Movimento Sanitário cuja discussão resultou em um elenco de demandas apresentadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que contou com forte e ativa participação de mulheres cujo trabalho permitiu o reconhecimento das necessidades de atendimento Integral à Saúde da Mulher (COSTA, 2009).

Dessa forte atuação dos movimentos feministas resultou a convocação imediata da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (CNSDM) em conjunto com o PAISM, que se constituíram políticas norteadoras da saúde da mulher, e se tornaram em resoluções programáticas da Conferência. Posteriormente, em instrumento político denominado Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes (COSTA, 2009).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher já incorporava princípios e diretrizes que embasariam futuros princípios fundamentais do SUS:

participação social descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (GUIZARDI et al., 2004; MS, 2011).

O movimento feminista e a VIII Conferência Nacional de Saúde culminaram com a Reforma Sanitária, em 1986. Esse processo de discussão social serviu de base para elaboração de princípios que comporiam a Constituição Federal de 1988, por conseguinte, a homologação do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL., 1986; 1987; COSTA, 2009; MS, 2011b).

A instituição do SUS, determinou princípios: Universalidade, Integralidade e Equidade às ações e aos serviços de saúde e representou marco definitivo na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro (BRASIL, 1988; 1990a; b).

À época, o Ministério da Saúde elaborou diretrizes que preconizavam ações a serem implementadas hierarquicamente em esferas nacional, estaduais e municipais de atenção básica e secundária.

A Atenção Primária foi denominada Atenção Básica no âmbito do SUS a partir da Normas Operacionais Básicas-NOB/96 e constitui, preferencialmente, a porta de entrada dos sistemas locais de saúde do SUS, visando a resolutividade em cerca de 80% das demandas de saúde da população usuária. E, possibilita o acesso ao cidadão brasileiro, aos diferentes níveis de serviços de média e alta complexidade, prevê redução do uso excessivo de medicamentos e a utilização de equipamentos de alta tecnologia, quando necessário (BRASIL, 1998).

No país, o contexto histórico o processo de evolução à saúde em um primeiro momento o homem como modelo universal de saúde - a mulher como modelo desviante do padrão. No segundo momento, a visão materno-infantil, a mulher como mãe e o privilégio à saúde do feto. A supremacia masculina histórica dentre os promotores do conhecimento científico culminou em escassez de estudos que dizem respeito aos problemas de saúde da mulher. A mulher era relegada primordialmente a uma abordagem relacionada à procriação. Em um

terceiro momento, na década de 1970, ocorreram significativas mudanças no modelo, com o início do movimento feminista que criticava o viés androcêntrico das pesquisas (AQUINO, 2006).

Alguns fatores explicam as diferenças nas representações sociais de masculinidade e poder. O conceito de Invencibilidade Masculina: visão masculinizada dominante de que o homem é forte, saudável, deve ter o corpo resistente e invulnerável. A visão de invulnerabilidade pode dificultar a adoção de hábitos saudáveis, preventivos e o acesso frequente aos serviços de saúde. A Invencibilidade Masculina considera o Homem como provedor na dinâmica das relações sociais de gênero e do poder econômico (GOMES et al., 2007a).

No contexto androcêntrico, os papéis no âmbito familiar estão definidos - o homem trabalha e a mulher cuida da casa e dos filhos. Nessa visão masculinizada são aceitos certos desvios sociais, tais como a infidelidade como atributo de masculinidade. A mulher deve ser suave, sensível e doce, todavia existe certa rejeição comportamentos tidos como femininos, buscar a unidade de saúde é um deles (GOMES et al., 2007a).

Apesar das políticas governamentais e mudanças com aumento da participação social e econômica por parte da população feminina, ainda existem situações diferenciadas no que se refere a remuneração inferior aos homens. A mulher é cuidadora dos afazeres domésticos, dos filhos e da família, ainda assim, dedica-se também a atividade produtiva econômica (IBGE, 2012).

A mulher procura mais a unidade de saúde com vistas a medidas preventivas em saúde - 48,3% mulheres e 28,4% homens. Os homens buscam as unidades de saúde quando há uma doença já estabelecida -36,3% homens e 33,4% mulheres (FIGUEIREDO, 2008).

Essa diferença na conduta da mulher como protagonista e interlocutora, principalmente como promotora da saúde no contexto familiar e social se

destaca como população que busca os serviços de saúde e por sempre estarem presentes como acompanhantes de familiares. Porém, na sociedade brasileira o homem ainda guarda resquícios educacionais e sociais históricos com características machistas.

O estudo de gênero se baseia no contexto que ainda está presente nas dinâmicas das relações sociais onde a mulher apesar dos avanços sócio-econômicos, ainda se mantém como a principal promotora e responsável pela saúde dentro do âmbito familiar (COUTO et al., 2010).

Gutierrez e Minayo (2010) reforçam a importância da mulher em termos de representação e influência em âmbito familiar para pesquisas qualitativas, quanto aos interlocutores de campo, e independente da filiação metodológica. Nota-se que a maioria dos entrevistados é constituída por mulheres. Ou seja, a família é entendida a partir da perspectiva da mulher, eleita pelos pesquisadores como informante privilegiada. Desta forma, há uma exclusão – cômoda para os homens – a melhor figura masculina poucas vezes questionada. Vale dizer que, a escolha por mulheres em detrimento do conjunto de interlocutores que compõem a família, por parte dos pesquisadores, reforçam tendências históricas e sociais de reproduzir a figura feminina como a principal responsável pelo cuidado da saúde no lar (GUTIERREZ e MINAYO, 2010).

3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Visando atender a mulher de forma integral o acesso ao para tratamento de doenças crônica como Hipertensão Arterial Sistêmica que acomete a população brasileira composta na maioria por mulheres, que são as principais usuárias, do Sistema Único de Saúde - SUS. De acordo com estimativas do DATASUS, em 2010, a população feminina brasileira totalizava mais de 99

milhões de mulheres e, nesse universo, cerca de 29 milhões tem entre 40 e 69 anos, isso significa que 29,29% das mulheres brasileiras se encontram na faixa etária em que ocorre as doenças crônicas, dentre elas, a hipertensão (DATASUS, MS, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC (2010), define a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como a existência de Pressão Arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg, é dos principais problemas de saúde pública com alta morbimortalidade e custo médico-social elevado. Estima-se que sua prevalência média, no Brasil, seja superior a 30%, sendo maiores em faixas etárias mais elevadas. Quanto ao gênero, estima-se uma prevalência global de 32,1% no sexo feminino (SBC, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica Essencial é a Doença Crônica Não Transmissível - DCNT auto referida mais prevalente em mulheres com potencial de agravos à saúde, tais como Doença Arterial Coronariana - DAC, eventos cerebrovasculares, Insuficiência Renal Crônica - IRC e Retinopatia Hipertensiva - RPH (SCHMIDT et al., 2009; SBC, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica Essencial é a mais frequente das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, segundo SCHMIDT et al. (2009). Este é um grave problema de saúde pública de etiologia multifatorial, e dentre as principais causas destaca-se: a obesidade central, dislipidemia, intolerância à glicose, sedentarismo, ingestão de sal, ingestão de álcool, raça não-branca, menor escolaridade e fatores genéticos. É definida como níveis de pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg, prevalência acima de 30% em adultos de 18 anos ou mais (SBC, 2010; GERACI e GERACI, 2013).

No país, inicialmente, mais prevalente em homens até a quinta década, porém, na conjuntura atual os dados epidemiológicos revelam um panorama de inversão masculina dessa prevalência, se tornando mais prevalente em mulheres a partir da sexta década, época na qual a incidência sobe rapidamente na mulher (IGHO PEMU e OFILI, 2008).

Este dado, também foi evidenciado no estudo, a opção ao gênero feminino baseou-se no maior reconhecimento auto referido, na inversão masculina de prevalência de hipertensão na mulher, segundo dados nos anos de 2011, 2012 e 2013 (ver tabela 1), do Ministério da Saúde e Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (MS; VIGITEL, 2011, 2012, 2013).

Tabela 1 - Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, no conjunto da população adulta (≥ 18 anos), por sexo, no Brasil e Goiânia, Vigitel, 2011-2013

HIPERTENSÃO									
Ano	Homens (Brasil)		Mulheres (Brasil)		Total (Brasil)		Goiânia		
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	Total%	Masc%	Fem%
2011	19,5	18,4 - 20,7	25,4	24,2 - 26,5	22,7	21,9 - 23,5	21,1	20,1	21,9
2012	21,3	20,1 - 22,5	26,9	25,9 - 27,9	24,3	23,6 - 25,1	22,9	20,3	25,2
2013	21,5	20,4 - 22,5	26,3	25,4 - 27,3	24,1	23,4 - 24,8	21,6	19,2	23,6

Fonte: Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica auto referida é maior no sexo feminino. Refere ainda, sensibilidade para auto relato de hipertensão de aproximadamente 72% e uma especificidade de 86% com intervalo de confiança de 95%. Ainda neste estudo, a prevalência de hipertensas auto referidas em Goiânia foi maior entre as mulheres com prevalência de 20,6%, no sexo masculino 18,9%, com intervalo de confiança de 95% (SCHMIDT et al., 2009).

Segundo dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE, 2011-2012: a população brasileira totalizava 193.976.530 habitantes, 94.992.882 composta pelo sexo masculino e 98.983.648 do sexo feminino, em sua maioria por mulheres 99 milhões (51,03%), principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Nesse universo, cerca de 35,5 milhões acima de 40 anos de idade, significa que 34,83% das mulheres brasileiras se encontram

na faixa etária em que ocorre as doenças crônicas dentre elas, a hipertensão MS/SGEP/DATASUS.

O estado de Goiás tinha, em 2012, uma população aproximadamente de 6.154.996 de habitantes, destes 3.098.409 totalizavam mulheres correspondendo a 50,34% dos habitantes. Da totalidade de mulheres goianas em 2012, 1.008.067 tinha 40 anos ou mais (32,54%), (DATASUS, 2012a).

Considerando-se a prevalência global de hipertensão arterial sistêmica para o sexo feminino de aproximadamente 30%, no Brasil, em 2012, havia 29,7% milhões de hipertensas e, em Goiás, no mesmo período cerca de um milhão de hipertensas.

As mulheres são mais propensas para investigar a hipertensão e, também, a buscar tratamento. Elas têm maior taxa de adesão ao tratamento com utilização de anti-hipertensivos e maior número de contatos com profissional médico, quando se considera todas estas variáveis comparadas ao sexo masculino (IGHO PEMU e OFILI, 2008).

Contudo, MOUNIER-VEHIER et al. (2012), sublinha a pequena investigação sobre doenças cardiovasculares em mulheres, indicando a necessidade de maior atenção e o encorajamento dos profissionais de saúde no sentido de investigar a doença em mulheres que buscam as unidades de saúde.

As doenças cardiovasculares são a maior causa de mortes em mulheres e a hipertensão arterial sistêmica é a doença com maior contribuição para a morbimortalidade cardiovascular feminina. As questões biológicas específicas de gênero influenciam a história natural da hipertensão - maior susceptibilidade às lesões de órgão alvos em mulheres na faixa etária da pré-menopausa, queda dos níveis de estrogênio, utilização de contraceptivos orais e menor atividade de renina plasmática. Estas particularidades exigem controle no tratamento uma vez que existe previsão de 13% no aumento da prevalência entre 2000 e 2025 em mulheres (IGHO PEMU e OFILI, 2008; GERACI e GERACI, 2013)

Portanto, a auto percepção por mulheres quanto a sua condição de hipertensa reforça necessidade de ações de saúde que valorizem a hipertensão na população feminina, em decorrência de suas peculiaridades fisiológicas, especialmente após a quinta década de vida, quando ocorre maior prevalência da doença.

3.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS

A satisfação da assistência no sistema público de saúde é um importante indicador a ser considerado no planejamento de ações. A percepção do usuário é de extrema importância ao se dimensionar as ações que são desenvolvidas, e serve como vetor de direcionamento e planejamento para a melhoria dos serviços de saúde (MOIMAZ et al., 2010).

Donabedian (1988) define três categorias que balizam a qualidade do cuidado:

Estrutura - Estrutura indicam os atributos das configurações em que o cuidado ocorre. Isto inclui os atributos de recursos materiais - tais como instalações, equipamentos e dinheiro, de recursos humanos - o número e as qualificações de pessoal, e organização estrutura - como a organização do pessoal médico, métodos de avaliação pelos pares, e métodos de reembolso.

Processo - denota o que é atualmente feito em dar e receber cuidados. Ele inclui as atividades do paciente na busca de ajuda e realizá-la, bem como atividades do profissional em fazer um diagnóstico, recomendar ou implementar tratamento.

Resultado - indica os efeitos do cuidado sobre o estado de saúde dos pacientes e populações. Melhoramentos no conhecimento do paciente e mudanças salutareis no comportamento do paciente estão incluídas em uma definição ampla do estado de saúde, e por isso é o grau de satisfação do paciente com cuidado (DONABEDIAN, 1988, tradução do autor).

BURNS et al. (2006), apresentou a Teoria da Qualidade da Assistência à Saúde de Donabedian baseado em três dimensões: saúde, sujeitos objeto de cuidado e promotores de saúde. Já, o conceito de saúde em vários aspectos deve ser considerado - aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos e a função social.

LOEGERING et al. (1994) expandiram o número de variáveis do conceito de saúde de Donabedian, inclui-se o paciente, a família e comunidade como prestadores de cuidados e como beneficiários de cuidados concomitantemente. O acesso aos cuidados é uma dimensão importante da prestação de cuidados pela comunidade.

ALBUQUERQUE et al. (2008) definiram quatro linhas de ação para melhoria do atendimento em saúde: cuidado em saúde, processo e organização do trabalho, gestão e escuta do usuário.

No Brasil, as unidades de saúde são espaços sociais onde ocorrem complexas interações entre os atores da saúde - profissionais/docentes, usuários e estudantes. Cada ator traz em si uma bagagem peculiar de origem e formação social, nível socioeconômico, interesses pessoais, características de personalidade afetiva, seus medos e limitações (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Ainda, segundo ALBUQUERQUE et al. (2008) soma-se ainda dificuldades impostas pelas limitações oriundas das condições socioeconômicas e também do Sistema Único de Saúde. São espaços onde se estabelecem papéis definidos dentro das respectivas esferas de conhecimento e atuação de cada ator. Deficiências de comunicação e interação entre os atores envolvidos podem prejudicar a qualidade do cuidado.

Portanto, a percepção do usuário é de extrema importância para a proposição de ações em cunho educacional que visem a redução da dicotomia e desarticulação entre o ensino do futuro profissional de saúde e a prática do

cuidado em saúde oferecido na atenção primária (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Vale ressaltar, a terminologia Assistência Médica referida não limita o nosso olhar acerca do atendimento prestado por profissional médico, mas, sim, toda atenção em saúde oferecida pela equipe multiprofissional.

Os Descritores em Ciências da Saúde descrevem o termo “Assistência Médica” (DeCs, categoria N03.219.521.346.506.564, número do registro 8653, identificador único, D008483) como financiamento de cuidados de saúde fornecidos aos receptores de assistência pública (Descritores em Ciências da Saúde, 2014).

4 TRAJETORIA METODOLÓGICA

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e de natureza exploratória. A pesquisa qualitativa dá conta de evidenciar o ponto de vista dos atores envolvidos e consegue compreender e interpretar suas realidades (POUPART, 2008).

Essa modalidade consiste em desvendar os núcleos de sentido que estruturam a comunicação, por meio da leitura, exploração, compreensão e interpretação de dados textuais, relacionando-os com outras teorias. É adequada às pesquisas qualitativas em saúde (MARCONI, 2007; MINAYO, 2010; BARDIN, 2014).

4.2 CENÁRIO

A gestão em saúde, em Goiânia, é feita pela divisão territorial em sete Distritos Sanitários de Saúde, dentre eles: Distrito Campinas Centro, Distrito Leste, Distrito Noroeste, Distrito Norte, Distrito Oeste, Distrito Sudoeste e Distrito Sul.

Neste estudo o cenário se limitou em investigar usuárias do SUS da Rede Básica de Saúde - SUS, especialmente, uma unidade de saúde da região Leste e demais oriundos de outras regiões sanitárias de Goiânia, em assistência ambulatorial de Clínica Médica, Ginecologia, Vascular, Cardiologia, considerando a semelhança do atendimento oferecido à população assistida em outras regiões.

A escolha de Goiânia deu-se pela facilidade de operacionalização da pesquisa, a variabilidade geográfica de atendimento e representatividade da população atendida, considerando ainda que o pesquisador trabalha na atenção básica do município.

A descrição acerca das características do cenário (observações de campo) foram anotadas individualmente nas fichas das entrevistas.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são pessoas hipertensas do sexo feminino, atendidas na RAS do SUS em Goiânia.

A amostra se constituiu por 20 usuárias do SUS que tinham sido agendadas para consultas em uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Leste (DSL) de Goiânia-GO.

Os critérios de inclusão foram: sexo feminino, idade entre 40-80 anos, Hipertensão Arterial Sistêmica – Essencial, em tratamento no SUS.

Critérios de Exclusão: mulheres em crise hipertensiva por necessitar de assistência emergencial. Incapacidade de comunicação verbal.

4.4 COLETA DE DADOS

As entrevistas individuais foram realizadas utilizando-se o instrumento de coleta de dados (apêndice B) foram previamente agendadas e realizadas nos ambulatórios de uma Unidade de Saúde de Média Complexidade do Distrito Sanitário Leste de Goiânia-GO, independentemente do local de residência da usuária, e, para manter a liberdade de expressão das entrevistadas utilizou-se uma sala ambulatorial. Como forma de manter o anonimato, as entrevistadas foram identificadas com a letra “E” seguido de número um a 20.

O período de entrevistas ocorreu entre de dezembro de 2013 a dezembro de 2014. O Instrumento para a coleta de dados foi elaborado pelo pesquisador composto por um roteiro de entrevista semiestruturada com o intuito de garantir que os temas fossem contemplados. O tempo de entrevista foi em média 24 minutos (apêndice C).

Como parâmetro de finalização amostral utilizamos a teoria da saturação de dados proposta por Glaser (GLASER e STRAUSS, 2009). Após cada entrevista que era finalizada, procedia-se a transcrição da mesma pelo pesquisador no mesmo dia em que a entrevista foi realizada. Após a transcrição, ocorreu o processo de ancoramento de citações relevantes e sua respectiva categorização. Enquanto emergia novas citações e categorias procedia-se nova entrevistas. A partir da 15ª entrevista notamos uma estagnação na criação de novas categorias então fizemos mais cinco entrevistas para confirmar de que havia ocorrido saturação de dados.

4.5 RECURSOS PARA TRATAMENTO DE DADOS

Observação – As informações coletadas e registradas em diário de campo, fotografias, foram analisadas a partir da infraestrutura física e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários ao atendimento.

Entrevistas - As entrevistas foram gravadas em formato MP3 através de gravador Sony© e transcritas na íntegra, em programa WORD © da Microsoft, adotando as convenções de transcrição propostas por FLICK (2009).

Neste estudo, os dados foram sistematicamente combinados e analisados ao longo de todo o processo da pesquisa, a partir da técnica denominado Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) em seus quatro passos: Categorização, Elaboração de Observações, amostragem teórica e saturação de dados (GLASER e STRAUSS, 2009; CHARMAZ, 2011).

Para elaborar a análise qualitativa de dados utilizou-se o programa ATLAS.ti® o qual apresenta:

- As famílias (*Families*): Nome da família, se o código foi adicionado a uma família
- Nome da Categoria (código/*code*)
- Citações (*Quotations*)

- Ancoramento (*Grounded*): Frequência de ancoragem à Categoria, ou seja, o número de citações (quotations) ao qual a categoria é aplicada.
- Densidade (*Density*): número de relacionamentos/ligações (*links*) para outras Categorias (codes).
- No método *Grounded Theory* existem várias maneiras de relacionar conceitos, dentre as quais duas formas de relacionar foram utilizadas:

1. O uso de relações (*relationships*) no método *Grounded Theory* favorece relacionar os conceitos encontrados durante a fase de categorização (*Coding Relationship*) dos dados analisados.

2. Na análise de estruturas de argumentação, outras relações (*Hiperlink Relationship*) são mais adequadas: pois estabelecem ligações estreitas: desfechos clínicos, sentimentos, significados, conclusões, consequências sociais, afetivas e outras.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1 Categorias de Análise

Elaborou-se previamente sete categorias temáticas com base nos princípios do SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social (RAMOS, 2007).

4.6.2 Procedimento de Análise

No *software* Atlas ti © (ATI) criou-se uma Unidade Hermenêutica - HU denominada “MESTRADO” onde se cadastrou três famílias: Princípios éticos-doutrinários, Princípios Organizativos e Categorias. Criou-se as sete categorias.

As entrevistas após digitadas e corrigidas no programa Microsoft Word ® (MSW) as quais foram gravadas em formato Word (.docx) e também no formato *Portable Document Format* (PDF) da Adobe®.

As vinte entrevistas foram adicionadas à Unidade Hermenêutica (APENDICES L-N)

No ATI, selecionou-se cada entrevista iniciando a análise dos dados seguiu as três fases: pré-análise - leitura flutuante ancorando cada citação (*quotation*), considerando seus significados, contextos à categoria (*code*) correspondente, nesta fase determinou-se a exploração do material, unidades de contexto, seguida da busca de novas categorias (categorias naturais) por meio da classificação e agregação de dados, por último o tratamento dos resultados obtidos e interpretação utilizando-se de ferramentas do ATI. Uma categoria natural (categoria emergente do processo da elaboração de Observações e amostragem teórica): A dialética da Práxis médica Versus Modelo teórico preconizado.

4.7 FAMÍLIAS E CATEGORIAS DE ANÁLISE

Foram definidas três famílias: 1) Princípios Éticos-Doutrinários 2) Princípios Organizativos 3) Categorias Naturais.

Sete categorias pré-estabelecidas: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização, Participação Social foram ancoradas às suas respectivas famílias e categorias.

Da leitura e análise das entrevistas emergiu uma categoria natural: A Dialética da Práxis Médica Versus o Modelo Teórico Preconizado;

4.8 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

Em Goiânia, as unidades de atendimento primário se classificam quanto à complexidade, período de atendimento e especificidade do atendimento - especialidade em alguns casos. Existem 16 unidades de pronto atendimento 24 horas - CAIS, CIAMS e UPA

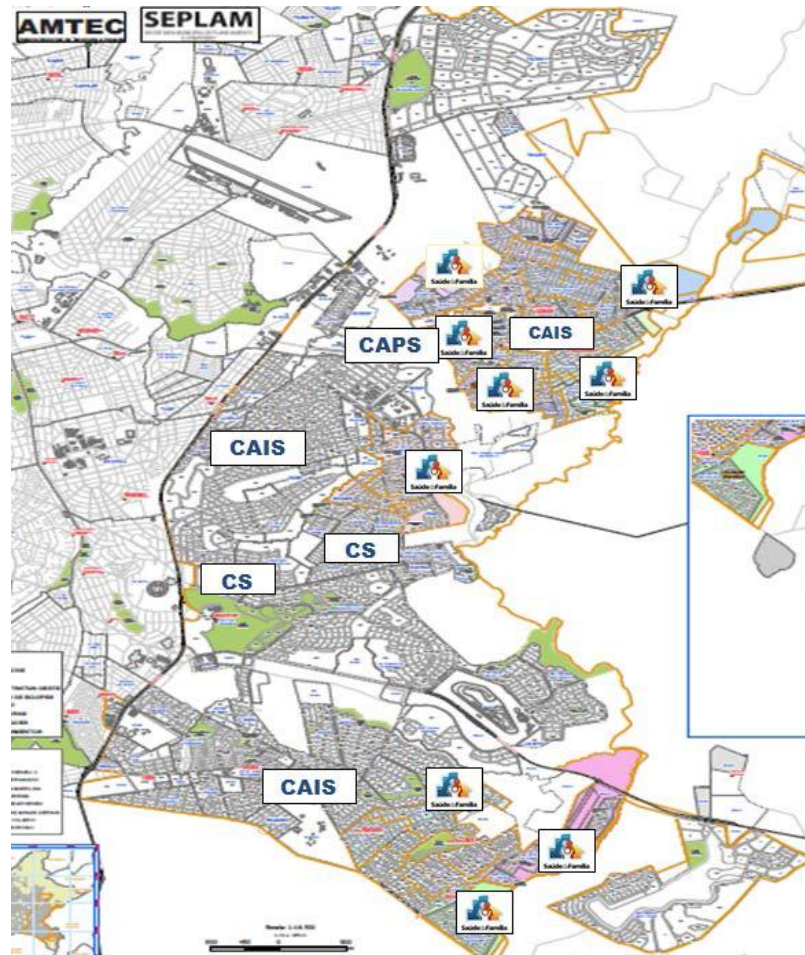


Figura 1 Mapa de distribuição das unidades de saúde do Distrito Sanitário Leste de Goiânia, Goiás, 2015

Fonte: Agência Municipal de Ciência e Tecnologia - AMTEC/ Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo - SEPLAM, 2013

Na figura 1, pode-se observar o Distrito Sanitário Leste de Goiânia, Goiás, abrange nove Centros de Saúde da Família com 29 equipes, três Centros de Atendimento Integral de Saúde, dois Centros de Saúde. Esse Distrito possui ainda 18 equipes ampliadas, cada equipe composta por um médico, um enfermeiro e um cirurgião-dentista atendendo uma população de aproximadamente 180.000 habitantes (PEREIRA, 2014).

Os Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e os Centros Integrados de Assistência Médico Sanitária (CIAMS) de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) se diferenciam apenas na nomenclatura, pois possuem funções semelhantes. O foco do atendimento é ambulatorial e presta assistência básica aos pacientes (GOIÂNIA, 2015a).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) se integram a rede de atenção à urgência e emergência. Geralmente, são implantadas em locais estratégicos para facilitar o acesso e possuem estruturas diferenciadas, com infraestrutura e aparelhagem voltada ao atendimento de urgência e emergência, e trabalham diretamente relacionadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (GOIÂNIA, 2015a).

Em 1994, o Ministério da Saúde visando ampliar e melhorar a atenção básica à saúde e construir um vínculo maior com a comunidade, criou a Estratégia Saúde da Família (ESF). O programa prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua (GOIÂNIA, 2015b).

A Unidade de Atenção Básica a Saúde da Família (CSF) é a unidade de saúde que atende de 800 a 1000 famílias de uma mesma região, para acompanhar os moradores e desenvolver um trabalho preventivo de saúde com a comunidade. Vale esclarecer que, em Goiânia, Goiás a Secretaria Municipal de Saúde redefiniu atuação das Unidades Básicas Estratégia Saúde da

Família (ESF), ampliando para Centros de Atenção Básica à Saúde da Família (CSF). Atualmente, o município possui 62 CSF, instaladas em bairros com maior demanda de serviços em saúde e onde existe maior número de famílias, em situação de risco. Nos Centros de Atenção Básica à Saúde da Família a assistência é direcionada à assistência às famílias através de equipes de profissionais – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A atenção por consultas na própria unidade, atendimento ambulatorial a usuários com doenças crônicas, também atendem urgências de menor complexidade e visita domiciliar por agentes, alguns realizam atendimento odontológico (GOIÂNIA, 2015a).

A atenção primária é efetuada em Centros de Atenção Básica à Saúde da Família que possuem estruturas menores que aos CAIS, mas oferecem o mesmo tipo de assistência. Porém, não funcionam durante as 24 horas. Os serviços ambulatoriais oferecidos abrangem consultas médicas, consultas odontológicas e programas de saúde específicos de cada unidade (GOIÂNIA, 2015a).

Historicamente, vale ressaltar que, a Unidade de Saúde onde realizamos a coleta de dados surgiu em atendimento à reivindicação dos habitantes de uma área do governo estadual utilizada para lixão que foi invadida e demarcada com arame farpado por invasores, no Bairro Parque Atheneu, em Goiânia. O ex-governador do Estado de Goiás Ary Valadão - período entre 1979-1983. Ele cedeu a área correspondente ao setor onde está implantada a Unidade de Saúde e a infraestrutura necessária para esta transferência dessa população (AMARAL, 2012).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil CEP-HMI, Parecer 29/2013, de 05 de dezembro de 2013 (Anexos 1 e 2). O estudo atende diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL., 2012b).

Antes de responder a entrevista, as participantes foram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, autorizando a coleta e a gravação dos dados e a utilização dos mesmos.

O pesquisador declara que não há conflitos de interesses, sendo a pesquisa independente, não patrocinada e sem fins lucrativos ou comerciais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das categorias análise do cenário de estudo apresenta-se a contextualização do ambiente de atendimento e seus significados.

5.1 ESTRUTURA FÍSICA, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

As instalações físicas, em algumas unidades, as salas de espera nem sempre comportam adequadamente a demanda dos usuários enquanto aguardam a chamada de atendimento. No espaço físico da Unidade de Saúde comporta aproximadamente 35 pessoas sentadas. Considerando-se que existem períodos em que três ou mais ambulatórios estão em funcionamento simultaneamente com 16 pessoas agendadas e muitos usuários trazem acompanhantes, o espaço físico e de acomodação da recepção não comporta conforme se pode observar na figura 2.



Figura 2. Espaço físico e de acomodação da recepção do Centro de Saúde para os usuários. Goiânia-Goiás, 2015.

Fonte: Autor

Ressalta-se a importância do espaço físico como acomodação adequada para acolhimento e segurança do usuário do serviço.

A figura 2 revela o processo de organização do ambiente da sala de recepção. depósito de material de escritório como mesa de madeira que limita o espaço e prejudica a mobilidade dos usuários. Os assentos não estão padronizados dispostos de forma improvisada para atender a demanda de usuários (PEDROSA et al., 2011). Ressalta-se a importância do espaço físico com acomodação adequada para acolhimento e segurança dos serviços.

Muitos usuários com doenças crônicas, apresentando necessidades especiais, dificuldade de deambulação, dores crônicas são agendados com antecedência de uma a duas horas. Eles esperam em local insalubre, por vezes, no lado de fora da unidade por falta de espaço físico e assentos e condições adequadas para o acolhimento.

BECK et al. (2007), reforçam a ideia de improvisionismo no que tange aos materiais que podem expor os profissionais e usuários a constrangimentos.

O ambulatório em horário noturno possui apenas um médico clínico para atender todos usuários, sem apoio de equipe de enfermagem para o ambulatório. O número restrito de profissionais ocasiona a sobrecarga e contribui para comprometer a qualidade do atendimento.

Identificou-se que os recursos materiais para atendimento médico, quando existe é antigo, defasado e danificado. Falta de esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, otoscópio, oftalmoscópio indicados para exame físico completo, e, que se presentes, aumentam a efetividade e boa prática clínica. Estes equipamentos deveriam ser fornecidos pela Unidade de Saúde, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012b, pg. 33).

Ainda ao analisar o ambiente de atendimento médico verificou-se que o negatoscópio e a tela do computador se encontram em desnível e distantes

do profissional. Não há apoio para pés e punhos, ou seja, o ambiente de atendimento não atende os requisitos mínimos de ergonomia previstos por Norma Regulamentadora nº 17, que trata da ergonomia dos trabalhadores e isto traz desconforto para a prática clínica e pode ser causa de (BRASIL, 1978).

DUARTE et al. (2013), atribuiu como fatores estressantes para o profissional a poluição visual, neste caso, excesso de avisos, circulares e demais papéis desatualizados fixados diretamente na parede prejudicam a atenção dos profissionais médicos de informações recentes e relevantes que por ventura possam vir ali ser fixadas juntamente com as antigas. A poluição visual com vários panfletos, avisos, recados, solicitações também prejudicam a inteligibilidade e a atenção pelos usuários para os avisos, alertas e campanhas. O recurso gráfico em excesso prejudica o acesso à informação ao usuário, conforme pode ser visualizado na figura 3.



Figura 3. Poluição visual com prejuízo à informação ao usuário
Fonte: Autor

A figura 4 demonstra o estado dos equipamentos de informática das unidades de saúde se encontram muito defasados e desgastados. A exemplo, o teclado

onde se digita as informações médicas do usuário, tem teclas recobertas com esparadrapo e as letras escritas à caneta, outras teclas inidentificáveis, dificultando a digitação, fato que se soma ao ambiente insalubre, usuários ansiosos, cansados e nervosos pela espera e querendo agilidade no atendimento. Essa conjectura estrutural, pode vir a ser fator desestimulador para o médico vir a escrever detalhadamente dados clínicos no prontuário. Prontuários de vários usuários apresentam-se sem dados da anamnese, história e exame físico prejudicando a referência e a contra-referência ou mesmo o acompanhamento por outros médicos.



Figura 4. Teclado do computador do ambulatório
Fonte: Autor

Geralmente não há cadeiras suficientes para os usuários e acompanhantes, sendo necessário que o pessoal da recepção busque cadeiras em outras salas. Não raro, acompanhantes se assentam na cama de exame, sendo orientados pelos profissionais a não se assentarem ali, sob risco de contaminação – figura 5.



Figura 5. Cadeira única para os usuários, sem cadeira para acompanhantes.
Fonte: Autor

Observa-se que a acomodação não atende aos requisitos ergométricos para o conforto do usuário que já vem de uma longa espera, e na maioria dos casos, sendo idoso portadores de problemas osteomusculares que limitam movimentos e com dores crônicas.

As condições precárias da Unidade de Saúde não é uma questão recente, haja vista que já em 2012 o CREMEGO – Conselho Regional de Medicina de Goiás Interditou o CAIS pela não conformidade com as condições mínimas sanitárias e técnicas de atendimento à população (CREMEGO, 2015).



Figura 6. Sala dos recepcionistas de uma Unidade de Saúde do Distrito Leste, Goiânia-Go, 2015.
Fonte: Autor

Há de se sublinhar um nítido distanciamento entre o que é academicamente preconizado no ensino médico e a realidade oferecida pelo poder público para que o profissional possa ter condições mínimas de infraestrutura para coleta de dados de história clínica e exame físico e condições essenciais para o bom atendimento médico.

A figura 7 apresenta a mesa dobrada e um significado relevante: o próprio SUS já traz consigo o pré-conceito de que o médico não irá fazer exame físico ou se o fizer, o fará de modo incompleto, privilegiando o exame resumido do usuário sentado. A mesa para exame físico dobrada impossibilita fazer o exame físico em decúbito dorsal para palpação/ausculta abdominal, de pulsos maleolares, por exemplo, que são importantes dados para avaliação do usuário hipertenso.

Adiciona-se ainda, a falta os equipamentos mínimos - esfigmomanômetro, termômetro, oftalmoscópio para avaliação de retinopatia hipertensiva e diabética, abaixador de língua para avaliação de orofaringe, estetoscópio para avaliação de ausculta, indispensáveis ao atendimento médico clínico, para maior resolutividade de casos e evitar encaminhamentos desnecessários às especialidades.



Figura 7. Mesa para exame físico dobrada, dificultando a execução do exame físico adequado e falta de mini escada de apoio para subir.

Fonte: Autor

Evidenciou-se um claro distanciamento entre a teoria ensinada na escola médica e a realidade na prática. O médico que deseja colocar em prática a abordagem teórica apreendida na faculdade, encontra extrema dificuldade em realizar atendimento adequado, ético e coerente. As escolas médicas devem seguir as Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, e caracteriza o perfil do formando e egresso/profissional:

Médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL., 2001).

5.2 PERFIL SÓCIO ECONÔMICO DAS PARTICIPANTES

Foram entrevistadas 20 mulheres com idades entre 48 a 77 anos – idade média de 63 anos e 18 dias.

A renda das entrevistadas variou de zero à dois mil reais com uma média de R\$ 1.006,03. A renda familiar teve seu valor nominal variando entre 724 e três mil reais com média de R\$ 1879,72, com número de integrantes da família variou entre um e nove componentes com média de 3 componentes por família. A renda média de cada integrante da família variou de R\$ 233,00 a três mil reais com média de R\$ 757,85.

Segundo dados Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no Brasil, as mulheres têm em média de 7,4 anos de estudos e o analfabetismo foi de 6,3%. Neste estudo a taxa de analfabetismo foi de 5% e os anos de estudo das mulheres entrevistadas variou de 0 até 11 anos, com média de 5,63 anos (PINHEIRO et al., 2008).

A estatura (em metros) variou entre 1,38 e 1,69m com média de 1,59m. O peso das usuárias variou entre 43 a 99 kg com média de 68 kg. O Índice de

Massa Corporal (IMC) que é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da estatura em metros variou de 20,95 a 40,68 kg.m⁻² com média de 27,36 kg.m⁻² caracterizando sobrepeso (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ et al., 2004).

Das 20 participantes, somente cinco moravam a menos de 2000 metros do CAIS. A distância média (em metros) entre local de moradia e o local de consulta no CAIS foi de 7.120m. Dezesseis usuárias para terem acessibilidade ao serviço se deslocam de ônibus percorrendo 7094m em média. Quatro usuárias não possuíam linhas de ônibus e para fazer o trajeto por se deslocaram por outros meios de locomoção (a pé, de bicicleta, de carro) com um deslocamento médio de 1.127m.

5.3 ATENDIMENTO DA REDE NA PERSPECTIVA DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Ramos (2007) traz em seu trabalho uma abordagem que separa os princípios do SUS em dois grupos de princípios: os princípios Ético-Doutrinários (Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde) e Organizativos (Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social) e baseando-se na estrutura dessa abordagem que discutimos os resultados encontrados.

Devido ao fato do interrelacionamento entre diversos princípios do SUS em seus significados, ocorrerá repetição de algumas citações em diversas categorias.

5.4 FAMÍLIAS E CATEGORIAS

Foram definidas três famílias: 1) Princípios Éticos-Doutrinários 2) Princípios Organizativos 3) Categorias Naturais.

Sete categorias pré-estabelecidas: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização, Participação Social foram ancoradas às suas respectivas famílias conforme pode-se ver na tabela 2. Da leitura e análise das entrevistas emergiu uma categoria natural: A Dialética da Práxis Médica Versus o Modelo Teórico Preconizado;

Tabela 2 Famílias e Categorias após análise de conteúdo

FAMÍLIAS	CATEGORIAS
Princípios Ético-Doutrinários	Universalidade
	Integralidade
	Equidade
	Descentralização
Princípios Organizativos	Regionalização
	Hierarquização
	Participação Social
Categoria Natural	A Dialética da Práxis Médica Versus o Modelo Teórico Preconizado

Fonte: Autor.

5.4.1 CATEGORIA: UNIVERSALIDADE

A Universalidade definida pela Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196)

Esta categoria se caracteriza a extensão de cobertura e acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS – Sistema Único de Saúde. Este princípio traz consigo significados implícitos como “cidadania”, “dignidade”, de “plena igualdade” entre todas as pessoas em solo nacional às suas demandas de saúde e o dever do Estado como provedor e prestador desse atendimento (BRASIL, 1988; CORDEIRO, 2001; PONTES et al., 2009; TEIXEIRA, 2011)

Neste estudo esta categoria faz parte da Família Princípios Éticos e Doutrinários do Sistema Único de Saúde, figura 8.

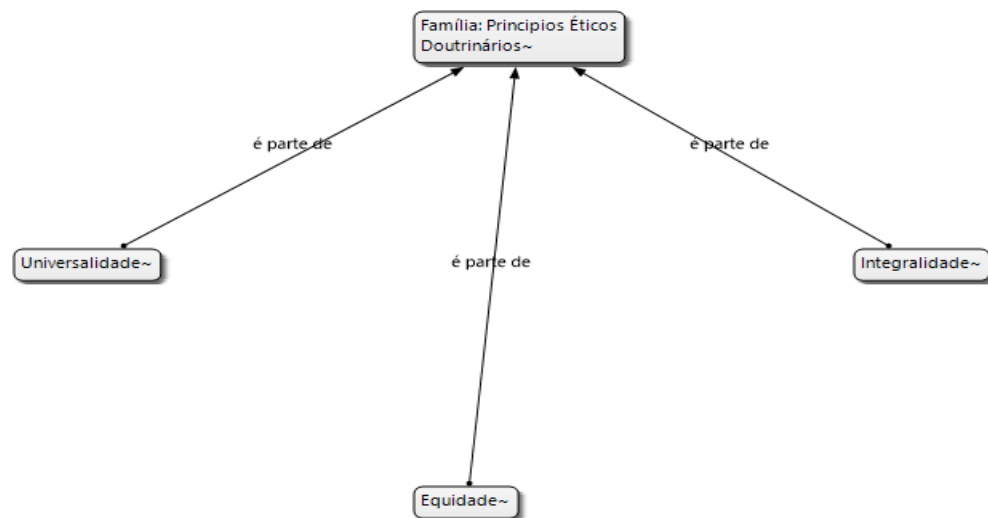


Figura 8. Família Princípios Ético-Doutrinários do SUS e suas três Categorias: Universalidade, Equidade e Integralidade.

Fonte: Autor

Algumas entrevistadas demonstraram em seus discursos que a universalidade em Goiânia não ocorre de modo uniforme em todas unidades de saúde:

Principalmente, aqui nesta unidade, eles atendem a gente muito bem, eu gosto do atendimento. Mas não tem vaga, né? (E-1).

Eu marco as consultas pelo meu telefone, mas minhas vizinhas que não tem telefone, usam o meu emprestado (E-2).

Minhas vizinhas vão no orelhão mesmo, vão procurar um orelhão, porque agora não tá fácil de achar orelhão porque eles retiraram quase todos orelhões... quando elas não conseguem, pede emprestado o telefone... eu cedo o telefone pra elas marcar, 0800 não gasta mesmo (E-3).

Para marcar as consultas, eu tenho telefone em casa, eu ligo. Se não der certo, eu repito a ligação uma 3-4 vezes (E-9)

A possibilidade de diferenciação no atendimento humanizado reforça a ideia da necessidade de um projeto perene, em nível municipal, de educação

permanente que busque a disseminação em as unidades de atenção primária de postura humanizada no acolhimento, atendimento e acompanhamento dos usuários.

Em Goiânia apresentam-se situações antagônicas: é disponibilizado ao usuário do SUS o sistema de tele agendamento (0800) para que os cidadãos tenham acesso ao agendamento de atendimento em saúde. Porém, o tele agendamento não aceita receber ligações de celular e a maioria da população não possui linha telefônica fixa; a maioria usa telefonia celular (ANATEL, 2014).

Portanto, resta aos usuários somente os telefones públicos para fazer o tele agendamento, entretanto, os aparelhos dos orelhões estão sendo retirados e se tornando raros e difíceis de encontrar. Como consequência, usuários que não possuem telefones públicos próximos em sua comunidade são obrigados a solicitar empréstimo de telefones fixos para realizar o agendamento de suas consultas. Esta situação contradiz frontalmente a Universalidade, como princípio norteador do SUS e o espírito doutrinário de igualdade entre os cidadãos ao acesso à saúde como direito de todos, manifestada na Constituição Federal de 1.988.

○ 0800 tem de aceitar as ligações de celular se não, não dá! (E-13)

Eu ligo - eu tenho telefone fixo em casa então eu tenho o privilégio de ligar bastante e eu demoro conseguir... O 0800 diz que não tem vaga e manda retornar!!! Eu vejo a dificuldade do público no geral e depois para falar do SUS, basta a gente ver a televisão!!! (E-14).

A sugestão apresentada pela entrevistada - inclusão da telefonia celular no rol de acesso ao tele agendamento – 0800, para solução para de tal problema. É uma necessidade para universalizar o acesso atendimento e minimizar os constrangimentos e trazer mais dignidade e cidadania.

Diante da dificuldade de acesso dos usuários profissionais de saúde, por iniciativa própria, tentam resolver problemas mais urgentes de alguns

usuários, fazendo encaixes e conduzindo usuários que deveriam ser conduzidos por especialistas em nível de atenção de maior complexidade:

Olha, esse médico aqui (ambulatório do médico vascular) ele me atendeu. Eu falei que eu estava com problemas e ele me atendeu sem marcar consulta nem nada (E-2).

Eu acho que o clínico geral tem competência para o atendimento, mas em muitos casos eles precisam de encaminhar [...] mas eles não tem como encaminhar porque não tem especialista daí eles mesmos passam a cuidar. (E-4)

Os atendentes eu considero bom, eu sei que falta muita coisa e que eles trabalham dentro das possibilidades deles, né? A maioria atende a gente bem! (E-5).

Ano passado eu consegui uma consulta, porque eu fui lá no Parque Amazonas e eu conheço a Assistente Social de lá porque eu fui vizinha do posto! Daí ele fez um encaixe para mim assim sem poder fazer dependendo da solidariedade dela! (E-16).

Há uma rigidez na aplicação do princípio da Hierarquização, por parte do poder público, com prazos insuficientes para efetivação dos processos para obtenção da resolução de suas demandas. Em casos de expiração de prazo, cabe ao usuário ter de retornar à Atenção Primária para reiniciar o processo:

Se a gente for em outro lugar eu não sei se eles vão me atender (E-1)

É difícil demais pra marcar exames: às vezes o chequinho é dez dias, e você não consegue, daí já venceu, daí você tem de pegar outro chequinho. Se for encaminhamento para especialista você passa 7-8 meses, se você for encaminhado para um oftalmologista, por exemplo, é quase um ano (E-3).

O sistema regulador exigiu que se declarasse qual cidade que seria efetuado o tratamento, que seria Goiânia, então eu vejo isso como um a incoerência do sistema. Não pode ser desse jeito! Pois se a pessoa é de um lugar e para ser atendido noutro precisa de usar outro endereço de alguém da família isso é um a grande incoerência.

Na figura 9 pode-se ser analisado um mapa de relacionamentos (*links*) da Categoria Universalidade tem:

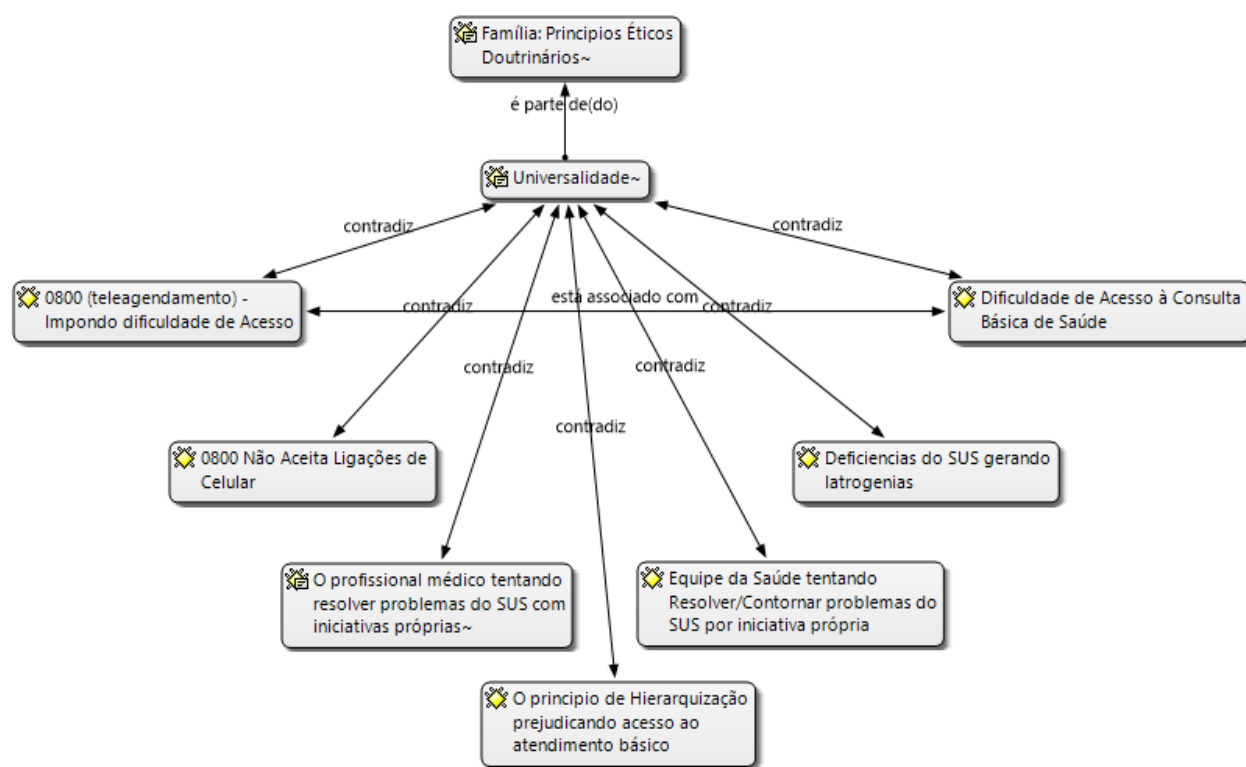


Figura 9. Universalidade e suas sete subcategorias.

Fonte: Autor

O acesso à consulta básica se faz via tele agendamento, um serviço criado a partir de 4 de agosto de 2006, pelo processo nº 29.295.174, entre o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (IDTECH) e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, e renovado em 2014 no montante de R\$ 7.478.192 (sete milhões, quatrocentos e setenta e oito mil, cento e noventa e dois reais), por meio do 10º termo aditivo, com vigência para o período de 28 de agosto de 2014 a 27 de agosto de 2015. A IDTECH é uma instituição sem fins lucrativos de direito privado fundada em 5 de setembro de 2005 sob forma de associação civil, qualificada como organização social, com prazo de duração indeterminado, inscrita no CNPJ. 07.966.540/0001-73 (GOIÂNIA, 2015a; b; IDTECH, 2015).

Referindo-se à subcategoria 0800 (tele agendamento) - Impondo dificuldade de Acesso, as usuárias queixam-se das dificuldades de acesso às consultas básicas:

Os médicos, deixa eu te falar... tem que ser pelo 0800 aí a gente não consegue (E-1).

Para eu conseguir uma consulta ambulatorial tem dias que tô tentando conseguir [...] pelejando pra conseguir... e nada ... e nada... as respostas são: não tem vaga... não tem vaga ... para eu conseguir eu comecei a ligar (0800) uns dez minutos antes da 7h00 por três dias... por isso que a gente vai e bebe o remédio por conta própria porque você não chega perto do médico (E-3).

Se passar três meses daí eu tenho de marcar pelo 0800 e ultimamente eu não estou conseguindo 0800 de novo!!! (E-6).

Eu repito a ligação uma 3-4 vezes... (E-9).

Aí é pesado, por exemplo esse remédio, agora o governo liberou, mas eu só pego três meses com a receita, daí não consegue mais vaga, então nesse ponto aí está péssimo!!!! Eu ligo 0800, mas eles falam para aguardar a chamada, às vezes eu ligo aqui para marcar consulta e não tem vaga pra nenhum dos médicos, falam que não tem vaga, para eu continuar tentando, continuar tentando... daí a gente fica lá tec-tec-tec. simulando barulho de discagem no telefone (E-11).

Não é fácil o acesso, para marcar consulta, é uma dificuldade. O 0800 não disponibiliza consultas... se a gente tiver uma dificuldade a gente tem de esperar e quase que sempre (E-14).

A primeira coisa que eles tinham de fazer: mudar o sistema de atendimento: é difícil demais para um a pessoa marcar uma consulta. Quando é o 0800: não tem vaga! não tem vaga! não tem vaga eu largo de mão! (E-17).

As usuárias relatam que o acesso ao tele agendamento é mais fácil nos finais de semana bem cedo aproximadamente às sete horas da manhã, mesmo assim, com histórico de várias e recorrentes tentativas, tendo o cidadão a procurar “meios”, “jeitinhos” e “ajustes” para obtenção de suas demandas de saúde desconfigurando a dignidade de cidadania democrática, uma clara afronta aos princípios constitucionais da saúde.

Uma outra informação relevante presente nas entrevistas é a tentativa do tele agendamento de desestimular o princípio organizativo da Territorialidade, da continuidade e de vínculo de tratamento com o mesmo profissional,

oferecendo vagas onde elas possam existir, independentemente das condições socioeconômicas do cidadão, da periculosidade a ser enfrentada por permear territórios desconhecidos em horários adversos às possibilidades profissionais, características (gênero, idade) e responsabilidades domésticas.

0800 até chegar ao médico demorou 2 meses para marcar a consulta. A gente liga eles falam que não tem vaga [...] 0800 a gente liga e eles falam que não tem vaga, nem na Chácara, nem no setor Pedro, nem no parque Amazônia, nem no balneário... eles falam que não tem nenhum clínico geral nesse sentido liga no outro dia, eles falam que não tem vaga nem na Chácara do Governador e nem em lugar nenhum! Então, o problema mais é do 0800 (E-5).

É só pra mostrar exames qualquer Clínico Geral Serve, eu falei que não, quero meu médico (E-13).

Eu sempre quero consultar um mais perto de minha casa, não é? Daí a moça (0800) olha, e olha no outro posto e não tem vaga, ah não sei o quê! sempre tem uma desculpa, o senhor entendeu? (E-19).

Outro fato desqualificador da dignidade do cidadão pelo tele agendamento é o fato de as deficiências do Sistema Único de Saúde ser fonte de iatrogênias na esfera física e moral, de automedicação, de abandono de tratamento.

não tem vaga para agora, só dois meses...eu fiquei sem tomar remédio de pressão, esse trem de 0800, você marca, fica um ano, depois que você morre é que eles vão te atender!!! Daí cheguei em casa e tive SORTE de conseguir uma consulta. Não tem como eu pegar os remédios, a não ser que eu ligue para o 0800 e espere mais de mês!!! (E-7).

Há usuário que prefere voltar a dormir em filas nas unidades de saúde para obtenção de acesso, mas há mais significados por trás dessa afirmação, quando se analisa: “antes tinha médico”. Há uma nítida falta de profissionais médicos. Ao se estabelecer um sistema de tele agendamento há de se prover profissionais, condições de trabalho, medicamentos.

Para marcar uma consulta pelo 0800 a gente fica um mês tentando. Eu acho que o 0800 piorou a situação. Antigamente era melhor, pegava uma filona, mas pelo menos, consultava! Todo dia que você procurava, pegava uma fila grande, mas chegava na hora e era atendido! Antes tinha médico!!! Antes tivesse a fila e tivesse médico! Hoje a quantidade de médico diminuiu e foi muito!!! (E-12).

A Universalidade traz as cores da cidadania e igualdade para o cidadão que fará uso do Sistema Único de Saúde. O próprio sítio na internet da IDTECH, assevera que o acesso ao tele-agendamento é excludente pois aceita somente ligações de telefones fixos, excluindo celulares. Quem não possui telefone fixo/público há de se submeter a atos, por vezes vexatórios, de pedir o telefone a um vizinho, como está escrito no sítio eletrônico da IDTECH, anexo 3 (IDTECH, 2015).

O Sistema que deveria trabalhar para acolher o usuário com humanização, trabalha com o teórico-idealizado, mas a realidade se mostra diferente:

0800 não se consegue fácil não!!! Como eu sou do grupo (de hipertensos) daí eu vou no CAIS Novo Horizonte. Uns demoram, outros nem não chama (E-15).

A dificuldade de acesso, imputa ao cidadão iatrogenias da esfera afetiva, trazendo consigo a menos valia, pois, o usuário se sente como mendicante ao sistema e nota-se até um misto de alegria, conformismo e contentamento quando este recebe algum tipo de acolhimento e tratamento (CABRAL e NICK, 1996; SOARES, 1999):

É tipo assim: é pedindo esmola mesmo!!! Eu estou com um problema nos olhos e faz dois anos, agora que eles vieram me chamar! O 0800 dificulta demais! Essa história de passar pelo clínico geral também (E-16).

Deixa eu explicar pro senhor, todo ano eu faço um check-up. No ano passado eu não fiz um para mim, porque aquele negócio de marcar um a consulta, por aquele 0800, o sr. entendeu? Tentei, tentei, tentei, foi indo eu desisti, porque é muita coisa. Agora, virou uma febre que não atende ninguém. A emergência fala para marcar pelo 0800. Eu não consegui, acontece que se falar que tá com febre atende na hora! (E-17).

Eu queria fazer meus exames de rotina, pra saber como está seu colesterol, minha mamografia nunca vi o resultado! A maior dificuldade de marcação é o 0800 [...] E o 0800 é assim: quando tem vaga quando tem vaga eles procuram no Cândido de Moraes, Chácara do Governador nunca tem. CAIS do Jardim América nunca tem!, no CAIS do Amendoeirás nunca tem, Novo Mundo não tem, então aonde a gente vai morrer? Ficar doente e morrer? Pelo SUS é muito difícil! No CRER e eu não tô conseguindo lá! Dizendo eles lá que eles só atendem por telefone (0800) você dá o número do seu prontuário e eles falam agora você tem de esperar vaga! Mas nunca tem vaga e nunca me chama! As consultas de rotina estão

muito difícil. O 0800 não sabe informar direito. Já tem três meses que eu tô tentando consulta pelo 0800 pro clínico geral (E-20).

Como se pode evidenciar (E-17), a usuária se vê obrigada a supervalorizar a queixa (mentir) para obter acesso, isso afronta a os ditames da ética e cidadania.

5.4.2 CATEGORIA: INTEGRALIDADE

Para VIEIRA (2008), no SUS, o sentido de integralidade constitui ponto pacífico. Significa empregar meios necessários para a efetivação do cuidado, como: atendimento médico, exames, internação, tratamento, entre outros.

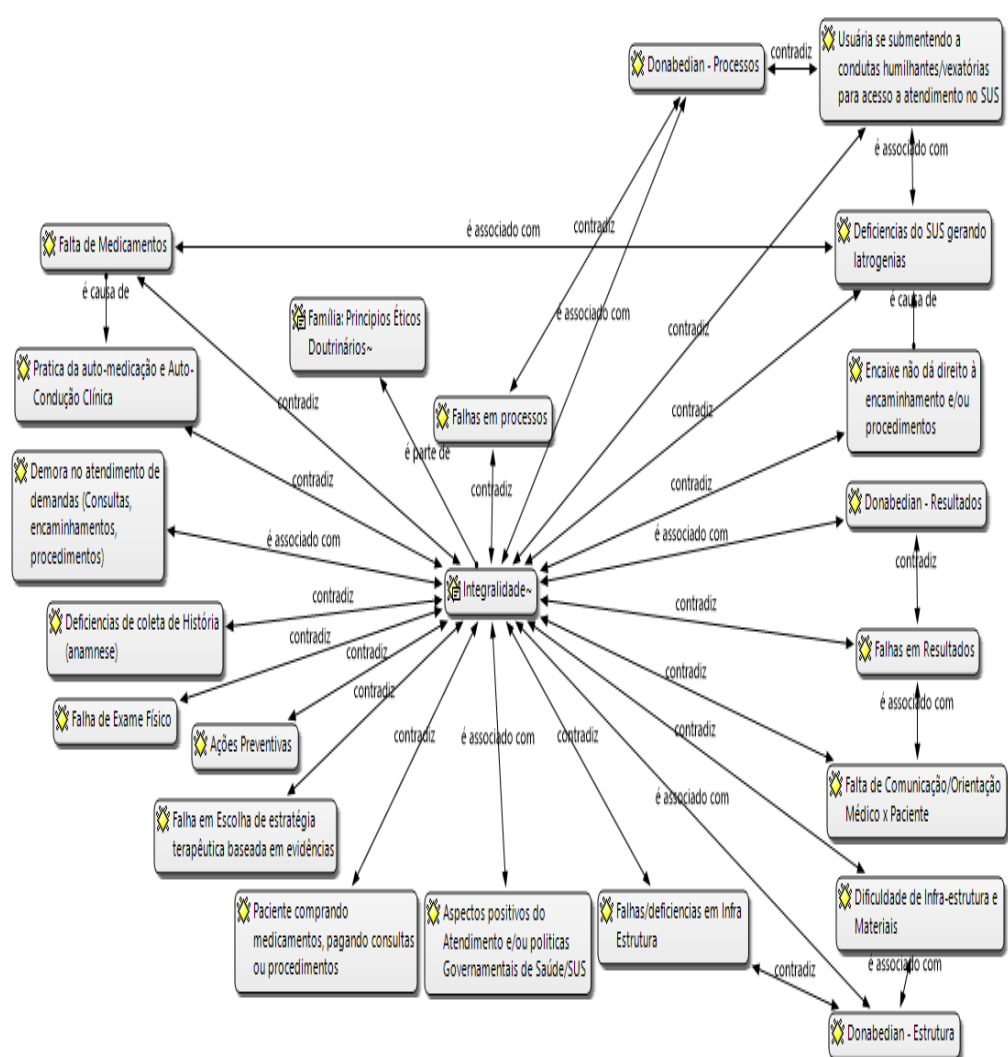


Figura 10. A Integralidade e as categorias e subcategorias a ela relacionadas
Fonte: Autor

As usuárias referem em suas entrevistas vários obstáculos para obter a efetivação do cuidado quando se exige interação com níveis diferentes de atendimento:

Tem a pneumologista que já tem quase um ano que eles não me atendem (E-1).

Agora mesmo fui mexer com uns encaminhamentos mais os computadores não estavam bons, algum problema lá, e eu vou ter de vir amanhã. Fazer curativo só faz pela manhã. O curativo é para fazer cedo e a tarde, daí eu vim consultar o médico das veias e tinha de ser no mesmo horário (a consulta e o curativo) para fazer uma coisa só (E-2).

Demora demais para marcar exames: às vezes o chequinho é dez dias, e você não consegue, daí já venceu, daí você tem de pegar outro chequinho. Se for encaminhamento para especialista você passa 7-8 meses, por isso que a gente vai e bebe o remédio por conta própria porque você não chega perto do médico (E-3).

Se você procura pediatra também não tem, se você procura outro também não tem (E-5).

Considerando-se o significado de Integralidade, o sistema público de atendimento em Goiânia está impregnado de travas e falhas: infra estruturais, de processos, burocráticas, de tecnologia da informação que infringem o princípio da integralidade.

Nas entrevistas fica patente a não existência de mecanismos de controle das demandas do usuário. Não há como diferenciar os usuários que estão em busca de atendimento das demandas repetidamente, em face de necessidades emergentes, buscando ativamente o atendimento - doravante denominados em nossa discussão de usuários proativos, daqueles usuários que deixaram suas demandas expirar por desinteresse ou conveniência denominados usuários passivos.

Os dois tipos de usuários - proativos/passivos - são tratados negativamente da mesma maneira quando não se consegue o acesso: faz-se retorná-los indiscriminadamente obrigando-os a reiniciar o processo, do ponto de partida, desconsiderando as limitações e dificuldades enfrentadas ou impostas pelo

próprio SUS. Este tipo de postura confronta outro princípio do SUS, o da equidade, pois a insistência do usuário proativo, em sua busca ativa, pode significar necessidade emergente, diferenciando-o do usuário clinicamente controlado que objetiva uma consulta simples, rotineira, sem queixas, para realização de exames controle de laboratoriais, por exemplo.

Para se evitar o que MATTOS et al. (2001) denomina de estrangulamento da rede, demandas após autorizadas pelo SUS, quando causadas por motivos alheios ao usuário não lhe devem impedir o acesso.

Há de se diferenciar o usuário proativo o qual já teve acesso ao atendimento, porém, não obtém sucesso na efetivação de sua demanda. Caberia uma reavaliação, caso a caso, através da ação multiprofissional, (assistência social, enfermagem e demais profissionais de saúde) em conjunto com o gestor da Unidade Local buscando alternativas para as demandas emergentes e singulares, que possam estar sendo retardadas por motivos simples e que não necessite de reavaliação médica, assegurando o princípio da Equidade e Integralidade (ARAÚJO e MEDEIROS ROCHA, 2007; COSTA et al., 2014)

Ao avaliar a quantidade de requisições de demanda através de ferramentas de tecnologia da informação e avaliação humanizada e multiprofissional, avaliando-se a quantidade de faltas às consultas (*no-show*) e seus motivos, haveria possibilidade de se minimizar/evitar o que ocorre hoje: falha em processos por datas expiradas recentemente, falta de codificações, de carimbos, de assinaturas, erros de digitação, falhas de resultantes de processos de tecnologia de Informação, falha de comunicação/compreensão/desconhecimento entre os atores da saúde (MATTOS et al., 2001).

Estas falhas, processuais, que dificultam a interligação entre os níveis de atenção, obriga o usuário a retornar ao médico para renovar os pedidos de maneira recidivante, o que culmina em aumento da demanda de consultas em

nível de atenção básica com atividades já previamente avaliadas, solicitadas e de cunho meramente despachatório, dificultando o acesso. As demandas que necessitam de reavaliação esta seria efetivada - Figura 11.

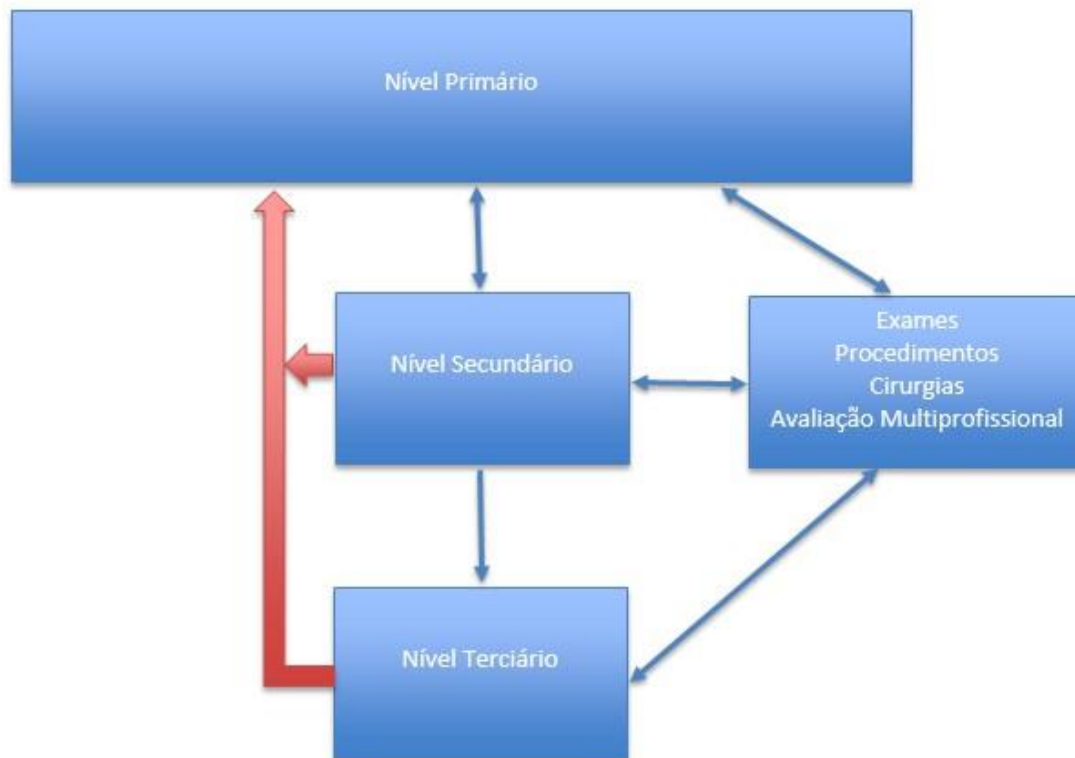


Figura 11. Inter-relações entre níveis de atendimento no SUS¹.

Fonte: Autor

A otimização de processos meio, pode, portanto, diminuir demandas recidivantes resultantes de falhas nos processos que visam o atendimento integral e aumentar e facilitar o acesso ao nível básico, favorecer ações de cunho preventivo, melhorar a humanização do atendimento e, também, disponibilizar mais tempo para melhorar o atendimento clínico - anamnese e exame físico (MITRE et al., 2012).

Os conflitos com a equipe e profissionais da saúde podem interferir no processo de integralidade, já que estes atores são responsáveis pelas atividades administrativas e final que fazem a conexão entre os níveis de atenção, se há falha nesse quesito, a integralidade será prejudicada.

1. As setas azuis representam o fluxo de integralidade eficientes. As setas vermelhas representam falhas e representam desrespeito ao Princípio da Integralidade, e que, por força, do Princípio da Hierarquização, geralmente retornam ao Nível Primário, aumentando a demanda de consultas neste nível, principalmente ao se tratar de procedimentos não emergentes.

Aquelas que estão lá na frente maltratam as pessoas, a gente já chega doentinho, vai fazer uma pergunta, e elas respondem “é”, sai falando cada coisa com a gente, sabe? O oftalmologista pediu uma campimetria por conta do meu glaucoma... Moral da história: não fiz meus exames médico não viu o exame e eu fui prejudicada (E-3).

As pessoas não têm o interesse nenhum de informar. Você chega pergunta as coisas e elas ah, não sei!, não, não é aqui não! Você já foi informado que era lá! Daí eles te mandam para outro lugar e para outro lugar e era lá mesmo.... (E-20).

A equipe de atenção básica tem papel fundamental para efetivação dos processos de intermeio entre os níveis de atendimento, o que a caracteriza como fração importante da integralidade. O conhecimento dos processos inerentes às demandas, a humanização do atendimento, equilíbrio e estabilidade emocional e eficiência, a disponibilização de recursos materiais e valorização profissional e ética no trato com a pessoa, devem pautar o acolhimento e o encaminhamento dos usuários (MATTOS et al., 2001).

Se eu tomo um remédio diferente, eu procuro as enfermeiras e se elas acham que faz mal, elas me falam, e... eu não tomo não! Se elas falam: não bebe não! pronto! é a derradeira vez (E-2).

A equipe de saúde deve trabalhar em conjunto para o bem do usuário, respeitando-se mutuamente, em suas respectivas áreas de atuação, pautando-se pela ética, com participação de todos, numa concepção integral que visa o atendimento da pessoa, com uma visão menos centrada na pessoa do médico, mas com visão multiprofissional objetivando o benefício do usuário (ARAÚJO e MEDEIROS ROCHA, 2007).

Políticas de educação permanente (MITRE et al., 2012) voltadas para a conscientização da importância das atividades mais específicas para profissionais de saúde, com ênfase na maior compreensão das tecnologias disponíveis, racionalização da utilização sustentável dos meios, mais conhecimento do funcionamento da estrutura de atendimento público em Goiânia pode contribuir para otimização nos processos de atendimento às demandas das usuárias, fortalecendo a integralidade.

Fontoura e Mayer (2006) discutem a necessidade da mudança de foco na formação dos profissionais que possuem uma formação mais tecnicista, individualizada, menos centrado na pessoa e mais voltado para a doença do que para a pessoa e suas necessidades.

Garcia et al. (2010) reforçam o pensamento da necessidade do fortalecimento das relações multiprofissionais, a valorização profissional e boas condições de remuneração e trabalho para viabilizar a melhoria da qualidade do atendimento. Funcionários mal pagos, em condições de trabalho estressantes, sem perspectivas de crescimento, podem se sentir desestimulados a promover de maneira satisfatória resolutiva e eficaz os elos que unem os níveis de atendimento e atenção ao usuário.

5.4.3 CATEGORIA: EQUIDADE

As subcategorias emergentes nas entrevistas relacionadas à Equidade podem ser apreciadas na figura 12.

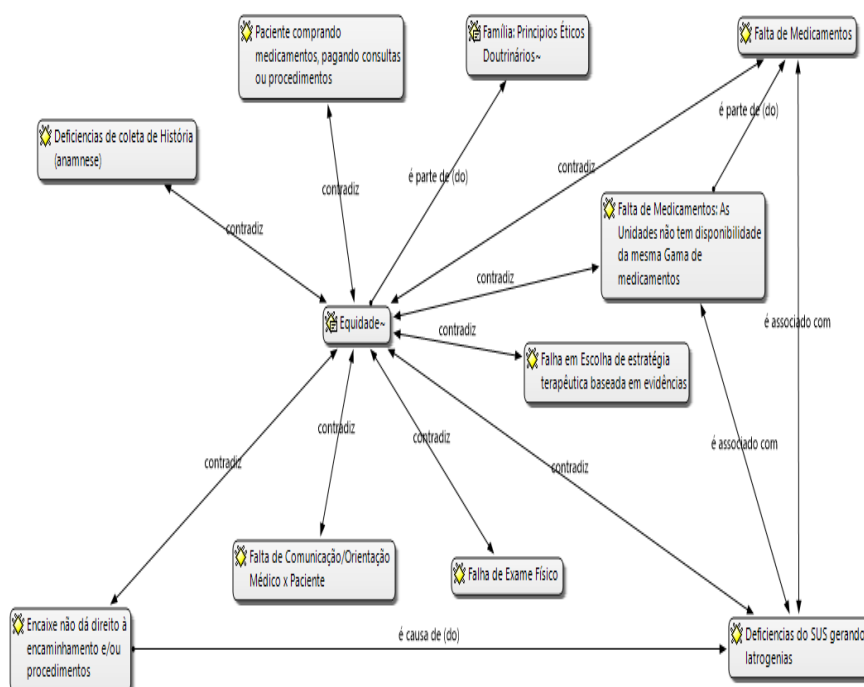


Figura 12. Categoria Equidade e suas respectivas subcategorias.

Fonte: Autor

As falhas formação acadêmica, no exame físico e anamnese nublam a visão dos profissionais para enxergar as desigualdades dos desiguais:

Nunca procurei atendimento para depressão, pra encarar com quinze dias que ele faleceu eu caí e quebrei minha perna, meu esposo fez uma cirurgia e pegou uma infecção hospitalar lá no HGG, e não teve jeito, faleceu com 66 anos, mas tem outros médicos que nem olham na tua cara e muito menos medir a pressão [...] Quanto a depressão tem dias que eu fico triste mas eu busco me alegrar, vou pra igreja aí eu começo a me alegrar, mas tem dias que eu fico triste, os filhos são muito ocupados, e tem de ser mesmo... as vezes eu me sinto muito só fico estressada, moro sozinha (E-3).

A maioria não examina, não mede a pressão, mas eles te ouve, deixa você explicar seu problema, ele tá anotando, tá atento ao que eu tô falando. A consulta é assim: eles perguntam o que está acontecendo e eu falo faço minhas perguntas eles tiram minhas dúvidas. A postura dos médicos, o povo acha seco, mas está bom. (E-4).

Os médicos, ultimamente, não andam examinando os pacientes. Antigamente, antes da consulta, passava pela sala da enfermeira e ela media a pressão e ia na ficha da gente, hoje elas não estão fazendo isso... a maioria dos médicos é assim, não mede pressão, não escuta o pulmão... a maioria é assim... (E-5).

Por exemplo na Redenção tem um médico que você vai lá e ele não deixa você falar, ele já te dá o papel, ele nem sabe o que que é que você tem. Ali eu levanto e vou embora, 40% examina 60% não (E-6).

Olha faz 5 anos que eu não venho ao médico, desde que minha mãe e meu pai morreu, agora que eu estou voltando, tenho muito sono, não tenho vontade de sair de casa, de me arrumar, de nada, eu choro, eu não procurei o médico, não queria sair de casa.... minhas portas são fechadas, minhas janela é fechada, não quero ver ninguém, não quero falar com ninguém... eu pensava: eu vou ficar aqui, vou ficar doente, vou morrer... era isso que eu pensava.... Eu amanheço, eu anoiteço, eu choro o tempo todo -chorou durante a entrevista -. Nenhum médico perguntou disso para mim... e eu não falava também, eu pensava que ia dar um treco e ia morrer, uma forma de suicídio lento, né? (E-8).

A participante (E-3) com depressão reativa a perda da mãe não tratada (BASSO e WAINER, 2011), buscava alento na esfera religiosa, com provável sentimento de solidão pela recente viuvez, síndrome do ninho vazio (SARTORI e ZILBERMAN, 2009), mas os profissionais assistentes, não identificaram e nem sabiam do problema, por falhas na coleta da história clínica e mais por falta de uma boa aproximação humanizada e amigável.

Já as participantes (E-4, E-5) demonstram o caráter meramente administrativo e despachatório da consulta, relegando a histórico, o exame físico e a clínica, a um patamar de inferioridade, um profissional frio, distante, postura seca, sem o toque com ausência de exame físico.

A participante (E-6) traz em seu discurso o significado da consulta pré-fabricada, com pedidos de exames e receitas já “prontos”, com severas falhas de comunicação profissional e usuário, demonstrando a necessidade de um atendimento verdadeiro, e não um perverso faz-de-conta por conta dos atores da saúde: o Estado finge que remunera; o profissional finge que atende; o usuário finge que é atendido.

Ao se analisar o discurso da entrevistada (E-8), obtém-se em seu discurso características de uma depressão grave, considerando-se a escala de Hamilton HAM-D (NETO et al., 2001): Humor deprimido, ideação suicida, transtornos do sono, trabalho e interesses. Além desses, labilidade emocional e uma tentativa de auto aniquilação lenta: o abandono da medicação como forma de suicídio lento. Salta os olhos o tempo de acompanhamento (cinco anos) sem a percepção desse diagnóstico.

Em resumo, as falhas semiológicas (histórica, exame físico) são entraves para o desenvolvimento da equidade, tratando cada pessoa em suas peculiaridades (Equidade).

Outra transgressão clara do princípio da Equidade se encontra no discurso da participante (E-13):

Meu marido teve um linfoma não Hodgkin e teve de tomar um medicamento que na época não era oferecido pela rede do SUS. Era um medicamento caro. Na ocasião nós entramos no ministério público e através do ministério público nós conseguimos. Só que levou três ou quatro meses, enquanto isso, nós tivemos de comprar 2-3 doses particular, quase 20 mil reais (E-13).

A Saúde é um direito de todos. Mas se essa Premissa Universal no trato com os cidadãos “como iguais”, independentemente da condição socioeconômica,

perante um Estado que deveria tratar todos em suas diferentes demandas de saúde, em seu alcance (Universalidade), nos mais diferentes níveis de atenção (Integralidade), há de refletir sobre a necessidade de se recorrer ao judiciário para conseguir demandas de alto-custo - franco desrespeito à Equidade, e à Universalidade.

5.4.4 CATEGORIA: HIERARQUIZAÇÃO

Há rigidez na aplicação do princípio da Hierarquização por parte do poder público, que se faltar qualquer detalhe no processo faz voltar para a atenção primária para que lá sejam resolvidas as pendências – Figura 13.

Há um excesso de demanda pois as transgressões da Universalidade e Integralidade e a rigidez da aplicação da Hierarquização e os dados revelam que usuários para obterem acesso e acessibilidade se submetem a condutas estranhas ao espírito de cidadania que norteiam os princípios do SUS.

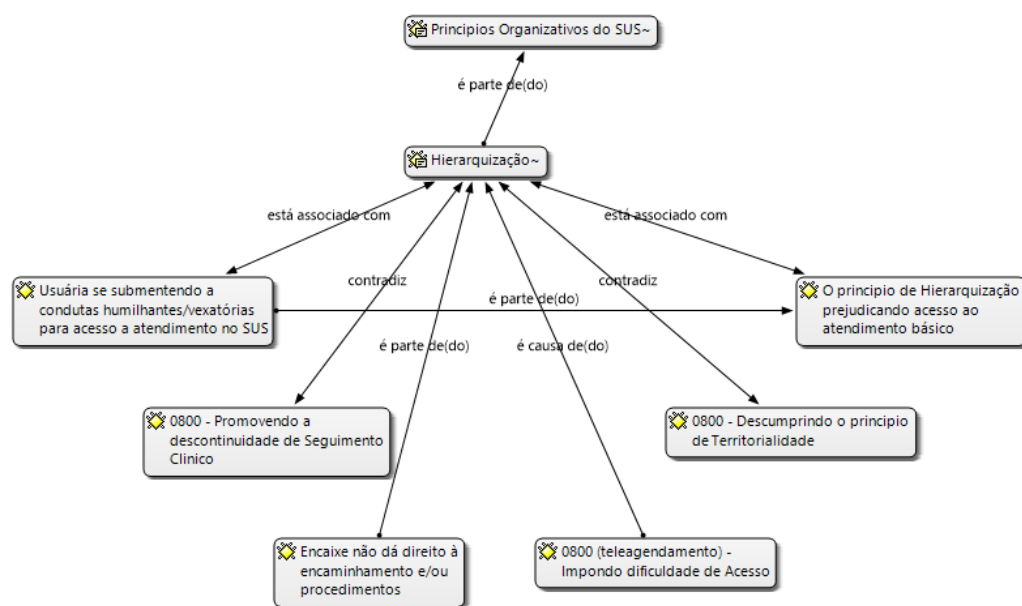


Figura 13. Categoria Hierarquização e seus relacionamentos.

Fonte: Autor

Subcategoria natural - Usuária se submetendo a condutas humilhantes/vexatórias para acesso a atendimento no SUS – figura 14:

Chegou uma hora que a mãe dele falou assim: vocês não tão vendo meu filho tá morrendo! E o pai dele começou a gritar no hospital e era troca de plantão e esse SAMU nunca chegava, e quando eles começaram a gritar e a chorar (E-8).

É muito precário, começando pelo prédio, o espaço que a pessoa fica, uma parte fica nas macas nos corredores, dividindo, um sofrimento muito grande (E-10).

Por exemplo, essa consulta, eu tentei duas semanas, e ainda sim eu consegui implorando, falando que tô sem o remédio! (E-11).

E tem outra: eles não aceita ligações de celular e eu só tenho celular, e não tenho orelhão perto de casa, daí tenho de pedir pra vizinha lá de baixo, teve um dia que passei a manhã toda tentando na casa da vizinha e ela começou a não gostar! Parei de pedir para ela! Até de orelhão um dia eu tentei eles não aceitam, não deu certo! (E-12).

O sistema regulador exigiu que se declarasse qual cidade que seria efetuado o tratamento, que seria Goiânia, então eu vejo isso com o um a incoerência do sistema. Não pode ser desse jeito! Pois se a pessoa é de um lugar e para ser atendido noutro precisa de usar outro endereço de alguém da família isso é um a grande incoerência. Meu marido teve um linfoma não Hodgkin e teve de tomar um medicamento que na época não era oferecido pela rede do SUS. Era um medicamento caro. Na ocasião nós entramos no ministério público e através do ministério público nós conseguimos. Só que levou três ou quatro meses, enquanto isso, nós tivemos de comprar 2-3 doses particular, quase 20 mil reais (E-13).

Também, eu penso: também eles estão fazendo caridade por isso que faz de mau humor! (E-14).

É tipo assim: é pedindo esmola mesmo !!! Eu acho que o maior problema do SUS é desleixo do governo! (E-16).

Depende de ameaça para atendimento! (E-17).

A rigidez da Hierarquização, caso haja, entre os níveis de atenção, problemas de interação (transgressão da Integralidade) entre os níveis de atendimento, tornando-os autônomos e fragmentados, podendo-os conduzir às iniquidades tais como dificuldades de acesso (MITRE et al., 2012), fazendo seus usuários a se submeterem à situações vexatórias, que contrariam os valores de plena cidadania (GÉRVAS et al., 2009) e, como resultado, alguns relataram que tiveram de mentir endereço para conseguir acesso (transgressão da Universalidade), tendo de recorrer à esfera do judiciário para obter medicação (transgressão da Equidade), tornando a menos valia uma realidade com

Unidades de Registro tais como esmola, caridade, ficam em macas - transgressão da Universalidade e da Constituição de 1988.

Esta situação se agrava quando os usuários partem para a violência e, até mesmo ao desespero - Unidades de Registro: gritar, chorar, ameaça (E-8).

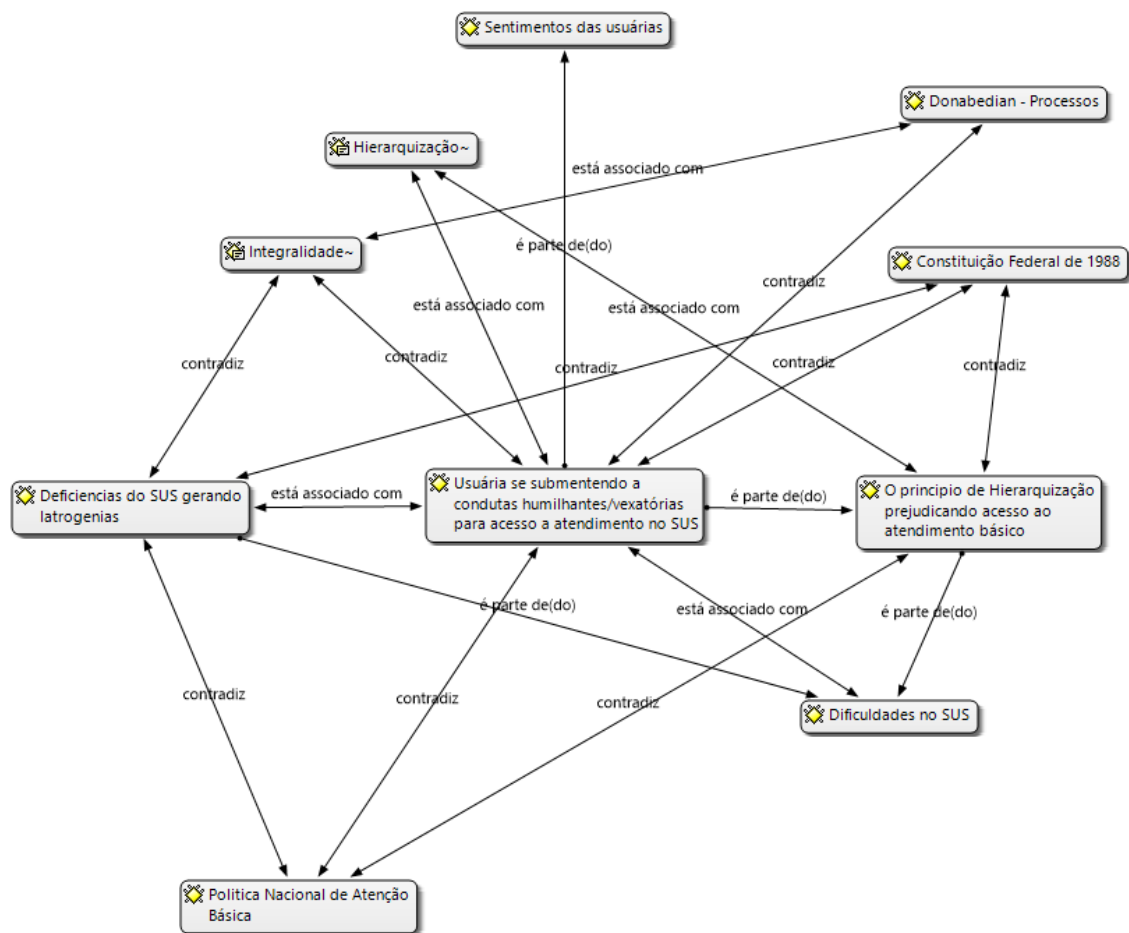


Figura 14 Dificuldades de acesso: exposição das usuárias à situações vexatórias.

Fonte: Autor

A subcategoria Encaixe não dá direito à encaminhamento e/ou procedimentos (figuras 15), depois de o usuário tentar exaustivamente, depois provavelmente passar por situações vexatórias, para conseguir o encaixe, quando, e se, enfim conseguir um encaixe, a prefeitura não o aceita afirmando que encaminhamentos tem de ser gerados por vaga regulada, ou seja, por vaga

oriunda da marcação via tele agendamento (0800). Um franco desrespeito à pessoa, e quebra do princípio da INTEGRALIDADE e um desvio do que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB:

Por isso, é fundamental que ela se oriente 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, 2012b, p.9).

Discutindo ainda sobre Integralidade, MITRE et al. (2012) expõe um olhar: mesmo no campo organizacional do planejamento estratégico, a ênfase ainda volta-se à observação dos diferentes atores, visando controlá-los, ao invés de aclamar por sua participação. A referida vaga regulada se mostra como mecanismo para dificultar o acesso, um tipo de burocratização, que contradiz os princípios norteadores do SUS, o que revela fragilidades da saúde pública em Goiânia.

Neste momento, seria importante refletir: qual seria o motivo de se exigir que o usuário que conseguiu uma consulta por encaixe, não possa ter validada a sua demanda de encaminhamento? Limitar o acesso seria uma maneira de adequar a grande demanda em saúde à sua deficitária oferta em Goiânia?

Para TURRINI et al. (2008) o usuário é sensível a obstáculos, dentre eles a dificuldade de acesso:

Ruben Mattos aborda o tema da integralidade como um valor, mostrando-o, em primeiro lugar, como um diferenciador claro de propostas como as que inspiraram o arcabouço jurídico que deu origem ao SUS no Brasil, caracterizadas pela universalização do acesso aos serviços de saúde como dimensão da cidadania, em contraste com o viés economicista tipificado pelas propostas do Banco Mundial, que propõe a focalização da assistência pública à saúde – isto é, a criação de barreiras de acesso – como mais eficaz. A partir de um rastreamento histórico do desenvolvimento da ideia de integralidade – bandeira de luta polissêmica, uma imagem-objetivo, conforme a expressão resgatada dos clássicos do planejamento em saúde – passa a explicitar o conjunto de valores

a ela associado, bem como a ilustrar como estratégias variadas da assistência à saúde se inspiraram e transformaram essa ideia-força, evidência clara de sua fertilidade (MATTOS et al., 2001, p. 17).

Se por um lado o usuário é sensível às barreiras de acesso (TURRINI et al., 2008), se por outro lado a literatura admite estratégias com viés economicista (MATTOS et al., 2001), por renomados mecanismos de financiamento Internacional (Banco Mundial, por exemplo) ressurgem as reflexões: por que o tele agendamento não aceita ligações de telefones celulares, sendo este tipo de aparelho o mais utilizado atualmente? Por quê há rigidez no Princípio da Hierarquização, em detrimento aos outros princípios - Universalização e Equidade do SUS, em Goiânia? Por que as falhas, no âmbito da Integralidade não são resolvidos?

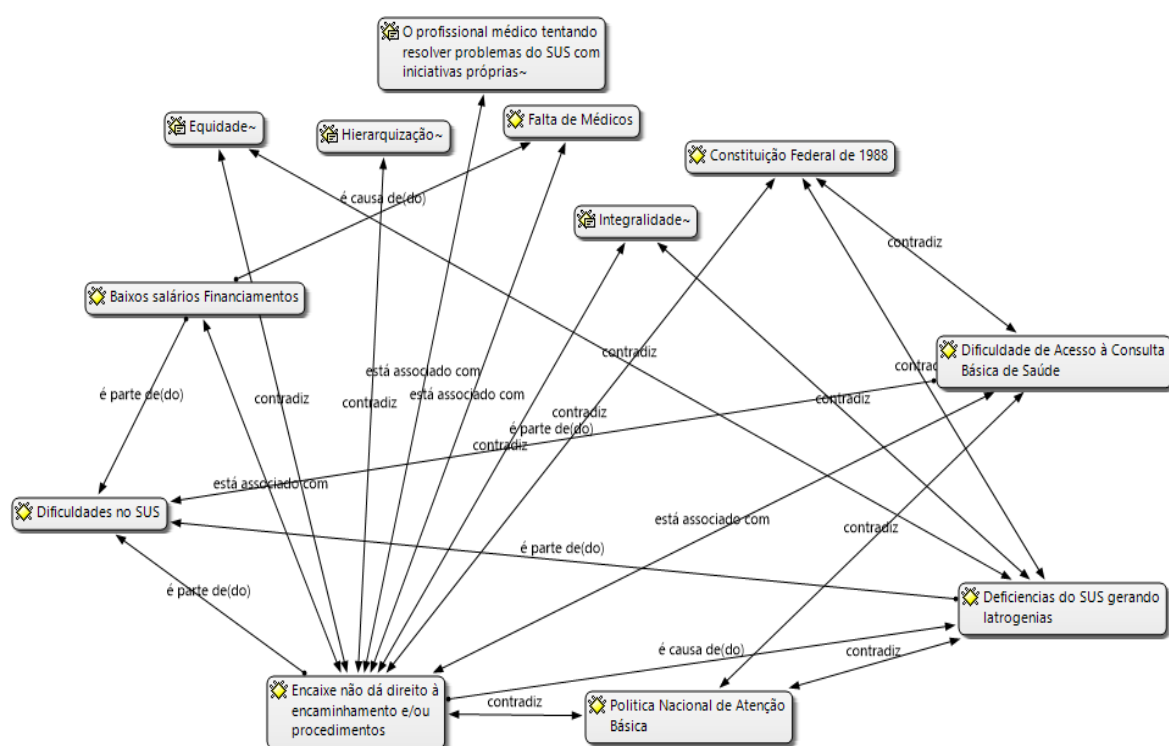


Figura 15. Encaixe não dá direito à encaminhamento e/ou procedimentos
Fonte: Autor

5.4.5 CATEGORIA: DESCENTRALIZAÇÃO

A capilarização da administração da saúde traz consigo as benesses de um atendimento em saúde que leva em consideração as características físicas, regionais, geoeconômicas, culturais, principalmente em um país continental como o Brasil, com suas diversidades. Porém, há muito o que se avançar:

[...] Eu acho que o maior problema dos SUS é desleixo do governo! Vem lá de cima! (E-17).

Na esfera administrativa municipal, muitas e complexas são as variáveis que influenciam na administração municipal da saúde: não há correlação direta entre a riqueza (Produto Interno Bruto – PIB - Total e *per capita*) e Saúde Pública satisfatória, existindo municípios com PIB elevado e baixos índices socioeconômicos (apresentando insegurança alimentar, altos índices de mortalidade infantil, baixa cobertura de saneamento básico, entre outros) (SICHERI e SALLES-COSTA, 2009).

A condução das políticas públicas pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, são peculiares e multifatoriais, influenciadas fortemente por valores intrínsecos pessoais, características culturais, educacionais, capacidade administrativas os quais trazem uma carga subjetiva na condução das políticas públicas expressiva. Portanto, a Descentralização é um Avanço e um Ponto de Vigilância; pois seus resultados são Prefeito-Dependentes, os quais podem majorar recursos para saúde valorizando-a, ou, não (E-17).

Em Goiânia, por exemplo, o último concurso público para médicos de atenção primária, foi realizado em 2012. Se há falta de médicos por que não fazer concursos públicos com maior frequência e acabar com Contratos de Prestação de Serviços, os quais os profissionais não tem direitos trabalhistas como férias, 13º salário e plano de carreira?

Nota-se aí como as estratégias de condução descentralizada podem ser equivocadas, valorizando a emergência e desvalorizando a medicina preventiva ambulatorial, sem fornecer condições mínimas e dignas para o exercício da profissão.

5.4.6 CATEGORIA: REGIONALIZAÇÃO

A categoria de Regionalização está relacionada com outras categorias e subcategorias, mas o tele agendamento em Goiânia transgride abertamente esse princípio. Um importante pilar do cuidado é o conhecimento de seus usuários e suas peculiaridades, suas necessidades, seu meio cultural, mas as dificuldades de acesso fazem o sistema funcionar de modo reverso, cabe ao usuário se adaptar às fragilidades e deficiências do SUS.

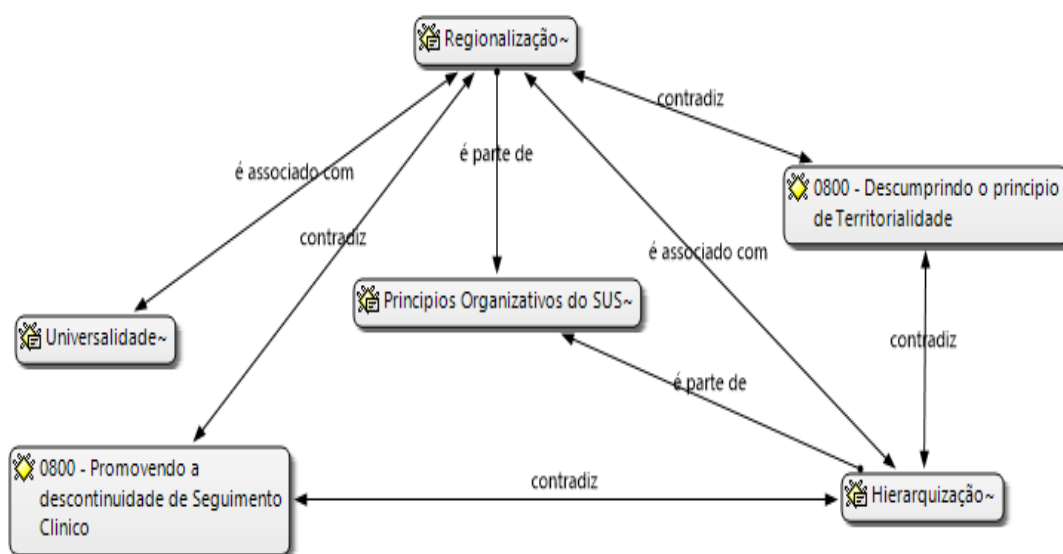


Figura 16. Regionalização: o tele agendamento promovendo a descontinuidade de seguimento e princípio da Territorialidade.
Fonte: Autor

Vale ressaltar que, embora a Regionalização seja a delimitação de espaços territoriais específicos para o sistema de saúde organizar as ações de saúde. Neste estudo, esta abordagem considerou a diversidade de distritos do município, uma vez que as usuárias transitaram por diversos independentes

dos locais de moradia. O que revelou um descompasso deste processo. Segundo afirma (TEIXEIRA, 2011). A Regionalização significa subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo para pactuações/parcerias entre governos municipais como forma de atender as especialidades médicas ou serviços de maior complexidade.

As subcategorias “0800 – promovendo a descontinuidade de seguimento Clínico” e “0800 - Descumprindo o princípio de Territorialidade” (figuras 13,16 e 17) traz a necessidade de se repensar e aprimorar esse serviço oferecido na capital goiana, os discursos mostram as dificuldades vivenciadas para conseguir consultas, uma vez que é necessário utilizar o tele-agendamento:

Pra você ver, tem tempo que eu tô pra marcar essa consulta... cai num bando de CAIS mas eu não aceitei [...] eles (0800) mandam pra outros CAIS, tem vaga nos outros CAIS... porque daqui cai em qualquer um CAIS, mas eu disse não... não... só aceito se for aqui (E-2).

Eles (0800) perguntaram: “a senhora aceita ir para outro lugar?” Eu respondi: aceito, o importante é a receita!. Então a gente tem dificuldade de marcar uma consulta pra poder comprar ou pegar o remédio (E-6).

Eles (0800) marcam os exames que você tem quer fazer lá no final do mundo, sabe, daí é muito difícil para gente!!!! (E-7).

Sempre a gente vai no orelhão pelo 0800 ... não consegue a consulta, vai de novo.... eles começam com uma série de perguntas... “vou olhar se tem vaga nas unidades...” (0800)... daí vem aquela resposta: “não há vaga na unidade mais próxima. Quer que eu olhe em outras mais distantes?” [...] Eles sempre oferecem vagas em outras unidades, mas é muito longe... (E-8).

Daí no dia que foi marcado ela tinha entrado de licença, daí a moça (0800) marcou pra Dra (**nome omitido**), daí ela ligou em cima da hora que não podia vir... daí eu pergunto: como eu vou fazer sem os remédios??? [...] quando sai para longe (novo horizonte) cheguei lá a médica saiu... (E-11).

O 0800 joga a gente para longe, por exemplo não tinha o URIAS e me jogou no Vila Nova, hoje me jogou aqui no CAIS da Chácara! [...] eu consegui pegar os pedidos de exames e me jogaram lá para o Novo Horizonte! (E-12)

O atendimento que não tem continuidade [...] quando se consegue, já foram meses depois...quando você volta, não se volta para o mesmo profissional que te atendeu (E-13).

O 0800 mandar a gente para onde tiver vaga, se tiver para a perto, manda para perto, se tiver vaga para longe manda para longe!! (E-15).

Eu sempre quero consultar um mais perto de minha casa, não é? Daí a moça (0800) olha, e olha no outro posto e responde não tem vaga! ah não sei o quê!, sempre tem uma desculpa, o senhor entendeu? (E-19).

O próprio Programa Nacional de Atenção Básica – PNAB apresenta a premissa da territorialidade, com o acompanhamento mais próximo da comunidade, seus hábitos, seus aspectos culturais, respeitando-se a Universalidade, A Integralidade e a Equidade. A capilaridade da atenção com determinação de aproximar os atores da saúde, humanizando o atendimento, otimizando aplicabilidade recursos humanos e materiais. Portanto, a territorialidade é uma premissa fundamental da Atenção Básica que não pode ser desrespeitada (BRASIL., 2012a).

A distribuição aleatória de vagas, onde elas possam vir a existir, consiste em uma violência contra o usuário. Ainda que hipoteticamente, os instrumentos de interligação entre os níveis de atendimento fossem extremamente eficazes, contendo informações as mais variadas tanto quanto possível, as máquinas não conseguiriam traduzir as complexas subjetividades da pessoa humana na percepção dos medos, ansiedades, na compreensão dos sentimentos, e a humanidade do atendimento seria prejudicado (SALLES, 2010).

Ao se respeitar a territorialidade, a confiança no profissional de saúde pode estimular a pessoa a se submeter a tratamentos a despeito dos valores implícitos de seus valores subjetivos: suas crenças, medos e inquietações. Ele conhece as pessoas, as doenças mais prevalentes, as características de cada usuário nas mais diversas esferas (étnica, física, afetiva, mental, religiosa), podendo atendê-los com mais efetividade e humanização, respeitando-os em suas singularidades (VALENTIM e KRUEL, 2007).

As entrevistadas, relacionam em Goiânia, o desrespeito à Regionalização/Territorialidade e descontinuidade de seguimento clínico com ações potencialmente iatrogênicas, transferência de competências outorgando ao tele agendamento (0800) triagem clínica por profissional não

habilitado, para escolha de prioridades no agendamento, descumprimento da Universalidade ao não aceitar ligações de aparelhos telefônicos celulares - figura 17.

A alteridade deve permear toda relação entre os atores fazendo aprofundar o significado de atendimento para além de estatísticas, probabilidades, dados... a pessoa que utiliza o serviço público deve se sentir bem, quando junto ao profissional que presta o serviço de saúde, se sentir em pleno equilíbrio, confiante:

Por sua vez, ALTERIDADE é um conceito central da Antropologia, ciência que nasceu do estudo das populações distantes, demandando o desenvolvimento de ferramentas, como a observação participante, para conduzir suas investigações. Ao longo de suas diferentes vertentes, a Antropologia preservou suas noções de distanciamento, seja no sentido de aproximar o que é longínquo, seja no de assumir um distanciamento da realidade próxima que permita um “estranhamento” desta, de modo a ver, como culturais, elementos de nossa própria sociedade que, por sua presença cotidiana, parecem-nos naturais. O olhar antropológico é voltado para o outro, para a alteridade. Essa alteridade incorpora a noção de humanidade plural, negando a existência de um centro do mundo ou de um centro do saber, e aceitando a diversidade de culturas que carregam suas próprias complexidades e maturidade. A ideia é não apenas a observação de diferentes realidades culturais, mas também adotar o ponto de vista do outro, buscando experimentar a realidade cultural alheia, a partir da própria alteridade. Dessa forma, reconhecemos o outro não apenas como objeto, mas também como um sujeito relacional em sua singularidade (DA SILVA SCHOLZE et al., 2009).

O Brasil, país emergente onde os índices socioeconômicos ainda demonstram necessidades de melhora na Educação, na Economia, na Segurança e na Saúde, portanto a territorialidade é uma importante ferramenta de Gestão, aprimoramento de estratégias de ação, busca de alternativas para enfrentamento das dificuldades (RIBEIRO, 2007).

Em Goiânia, o tele-agendamento desconsidera a Regionalização e a Territorialidade, ignorando a condição econômica do usuário é compatível com o gasto para deslocamento. Desconsidera se o horário da consulta está adequado (noturno é período mais violento) ao seu gênero e idade - por conta

da violência e da distância, o que se constitui um desrespeito à cidadania, principalmente para idosos, mulheres e crianças, historicamente mais vulneráveis.

O profissional há de estar preparado para o enfrentamento das possíveis situações de desrespeito à Legislação em Saúde seja na égide ética, seja no exercício de suas habilidades e competências profissionais específicas. Por essa razão, a voz de quem utiliza os serviços públicos de saúde denunciam suas opiniões, seus medos, suas frustrações para que estas sejam substrato de mais estudos e reflexões sobre o que há de se fazer para otimizar o atendimento tornando-o mais ágil, mais efetivo, com melhor gerenciamento, mais Universal, Integral, Acessível e Humanizado e o resultado da melhoria do atendimento em saúde pode resultar no aumento da adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida dos usuários (ARAKAWA et al., 2012).

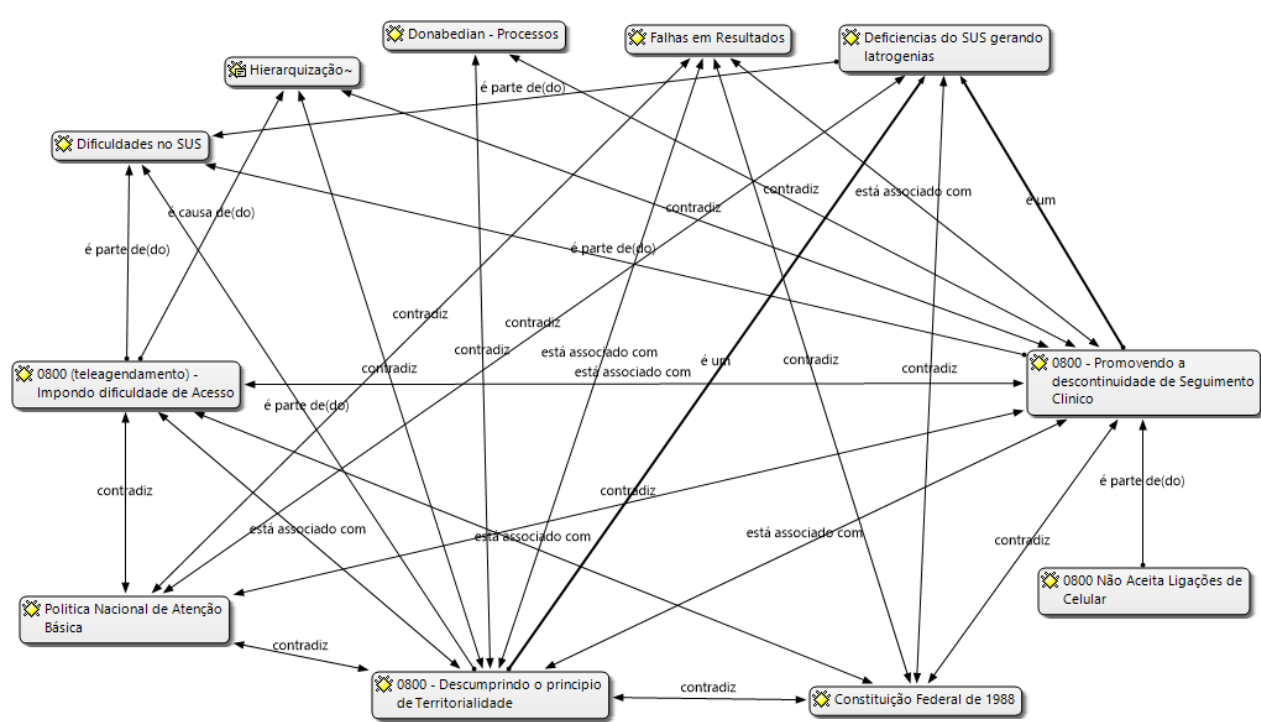


Figura 17. 0800 – promovendo a descontinuidade de seguimento Clínico em Goiânia, GO.
Fonte: Autor

5.4.7 CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Eu gostaria de participar na saúde, porque tem muita coisa errada, eu tenho um parente que participa na cidade dele, mas eu nem sei como a gente pode participar, se eu pudesse participar eu ia falar de tudo de ruim que a gente passa no SUS, tem muita coisa para melhorar (E-13).

Como relatado pela entrevistada (E-013), um dos principais problemas encontrados para não participação social, é o desconhecimento do mesmo pela população goianiense, em concordância com dados existentes na literatura:

Outra questão que compromete a atuação dos conselhos é o fato de estes serem pouco conhecidos pela população e a não-divulgação das atividades e das iniciativas relacionadas aos mesmos para a comunidade. Esta situação leva a um desconhecimento da população sobre os objetivos, as funções e a atuação do conselho, representando como resultado final uma baixa adesão desta nos processos decisórios locais (LABRA, 2005, apud MARTINS, 2008). Assim, pode-se ressaltar que o conselho pode até ser uma instituição muito valorizada por aqueles que dele participam, mas é desconhecido pela grande parte dos cidadãos. Tal fato é confirmado por VÁZQUEZ NAVARRETE et al. (2002, apud MARTINS, 2008).

Um dos problemas existentes é a falta de espaços para exercício da democracia e cidadania, existindo em distanciamento entre o Espírito e a Letra da Lei (MARTINS et al., 2008).

A participação social pode promover a intersetorialidade:

A Intersetorialidade consiste na articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social (CARVALHO e BARBOSA, 2009).

A falta de estímulo à população ao pleno exercício da cidadania, prejudica a melhoria dos serviços públicos, em ciclo vicioso, o poder público, afirma ser a população ser despreparada para uma efetiva participação social, e os conselhos de saúde são instâncias homologatórias das decisões governamentais do gestor, a universalização excludente (MARTINS et al.,

2008). O desafio, em última análise, requer a participação ativa da sociedade, para assegurar a saúde da população brasileira (VICTORA et al., 2011).

Há necessidade da participação de atores (população) que com postura proativa: questionando, fiscalizando, sugestionando novas formas de interação, novas propostas, o problema é que, quando acolhidas, estas ficam congeladas, sob pressão de outros interesses (TEIXEIRA, 1996).

5.4.8 A DIALÉTICA DA PRÁXIS MÉDICA VERSUS O MODELO TEÓRICO PRECONIZADO.

Em 2004, a Política Nacional de Humanização HumanizaSUS, preconiza a humanização da assistência em todas as instituições de saúde. Nesse sentido, deveria acender caminhos para melhoria e qualidade do atendimento ao usuário. As entrevistas trouxeram à tona alguns temas relevantes concernentes à atuação do profissional médico as quais buscaremos relacionar com as Diretrizes Curriculares, as Legislações que pautam o SUS e a atenção básica e o que é preconizado pela Literatura (BRASIL, 2004).

Subcategoria: Competências e Habilidade esperados ao médico

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) regulamentada pelo Parecer Nº: CNE/CES 1.133/2001 Conselho Nacional de Educação e Colegiado CES- Câmara de Educação Superior (7/8/2001) traçam o perfil esperado do médico formando/egresso profissional médico:

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL., 2001).

Na atuação do exercício profissional existe realmente um distanciamento entre o Espírito e a Letra da Lei (MARTINS et al., 2008). Os princípios norteadores das Legislações Regentes Maiores da Saúde Pública

(Constituição Federal de 1.988, Lei 8.080/90, Lei 8.142/90, Política Nacional de Atendimento Básico) são pautados pela cidadania, pela igualdade entre seus cidadãos, pela importância e valorização da pessoa (BRASIL, 1988; 1990a; b; 2012b).

O poder público, através do Ministério da Educação, espera um médico com postura humanista crítica e reflexiva:

Porque não tem Cardiologista na rede. Então eu acho que isso nossos governantes tinham de batalhar para colocar, pagar os salários... a luta dos médicos é o baixo salário, então tinha de melhorar isso... se melhorar vai ter muito especialista. Eu acho que a remuneração de especialista tinha de ser diferente... se melhorar isso o encaminhamento vai melhorar muito mais. Agora o principal problema do SUS é o baixo salário dos funcionários. Tem alguns que trabalham revoltados com o salário, atende muito mal, antes de a pessoa sentar ela já sai frustrada porque ele não ouviu o problema dela (E-4).

Eu acho que problema dos médicos é o ganho pouco a carga horária excessiva [...] eu acho assim que deve pagar melhor os profissionais (E-5).

Olha eu acho que tem pouco médico na rede e eu penso assim comigo que é por causa do baixo salário, eu tenho dó dos médicos porque eu acho que eles ganham muito pouco (E-7).

Teve aquele programa “mais médicos”, mas ninguém achou os médicos precisa de mais oportunidades pra pessoa ter uma saúde melhor os médicos não estão querendo trabalhar pelo SUS, eu entendo que é porque não paga bem (E-8).

O desinteresse dos médicos eu acho que é o desconforto, o ambiente que eles ficam, eu não sei o que o médico ganha, mas eu acho que o pagamento mesmo! A pessoa estudou, e é caríssimo o curso de médico, ele dedicou praticamente a vida toda para medicina para salvar vidas, para ganhar uma ninharia, então é sem valor, não tem valor (E-10).

Eu acho que tem que melhorar, principalmente pro lado dos médicos e dos funcionários com salários mais dignos, eu não sei qual é o salário, mas eu creio que bom não é não!!! Eu vejo que os médicos começam, vem e sai [...] vai procurar outra coisa, só pode ser um caso assim de salário, de conforto pros médicos (E-11).

Falta médico demais eles ganham muito pouco, a saúde tá muito ruim!!!! (E-12).

Falta pagar melhor os profissionais, disponibilizar mais medicamentos, mais exames (E-13).

Pagar melhor os profissionais. Eu acho que tem poucos médicos na rede, porque uma pessoa que está formando em medicina, são

tantos anos, tantos gastos, depois o salário que o SUS paga é insignificante. É por isso os médicos recusa, porque não vale a pena o desgaste que é! Porque os pacientes do SUS, não é qualquer paciente eles cobram também! (E-14).

Mais verbas, mais médicos, melhor remuneração para eles trabalhar com mais gosto, eles estudam anos e anos e depois vão trabalhar numa instituição que vai pagar muito mal remunerado. Ele desiste, vai montar seu consultório e cobrar um a consulta mais em conta! Vem cá, por que que eles estão importando médicos de Cuba se tem tantos médicos aqui? Porque não pagar os médicos melhor, que eu sei que é uma miséria que eles ganham, eu fiquei sabendo o valor de cirurgia que é uma coisa absurda e fica importando médicos de lá não porque daqui? Não porque pagar melhor (E-16).

Falta de médicos do SUS é porque eles pagam mal. Quem vai fazer um a faculdade dessa cara, sacrifica, esforça, então eu acho que no geral é o salário que é o problema! (E-19).

Subcategorias relacionadas:

[Baixo salários/Financiamento da Saúde], [Baixos salários Financiamentos], [Falta de Médicos], [Falta de Médicos e Demais Profissionais de Saúde] ver figura 18.

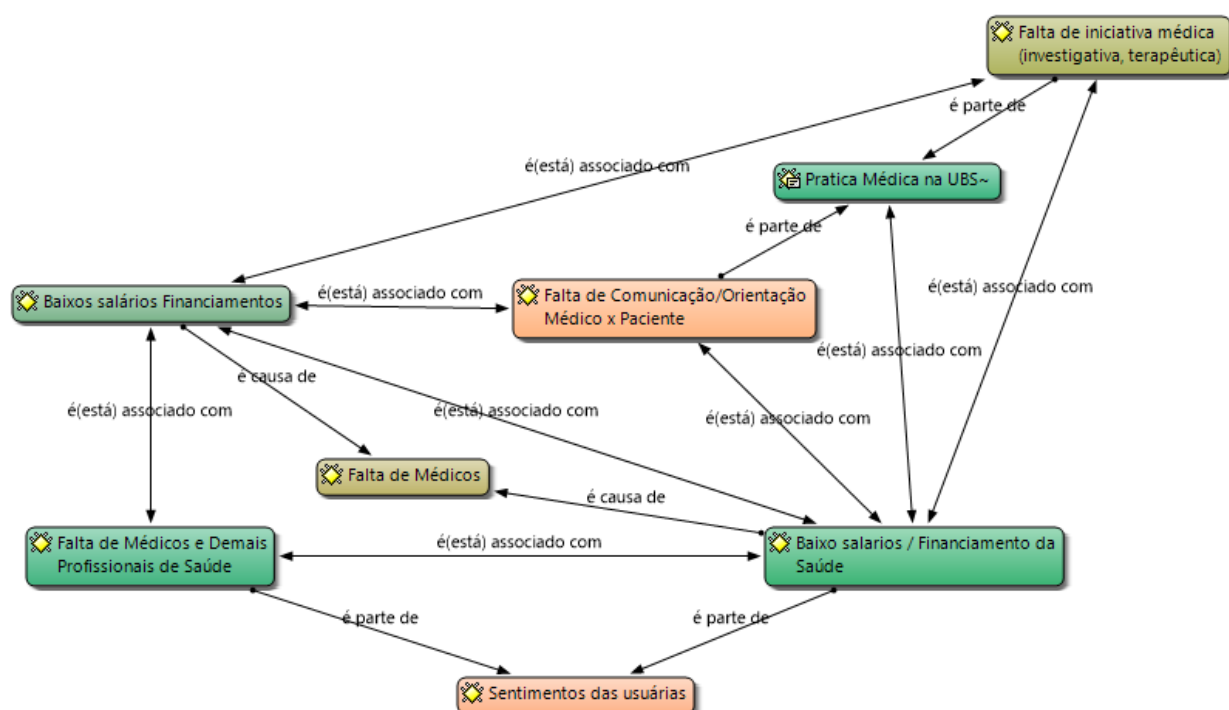


Figura 18. O atendimento médico

Fonte: Autor

A figura 18 mostra uma rede de fatores que foram associados a qualidade da assistência prestada às usuárias em unidades. Embora as depoentes não tenham feito esta relação direta os relatos revelam a forma de abordagem médica durante a consulta médica, vejam os depoimentos:

No começo ela media a pressão, mas agora já tem umas duas a três vezes que ela não mediu a pressão, nunca escutou meu coração (E-2).

Mas tem outros médicos que nem olham na tua cara e muito menos medir a pressão. Muito difícil medir a pressão, a maioria não mede mesmo (E-3).

Olha, a maioria não examina, não mede a pressão, mas eles te ouve, deixa você explicar seu problema, ele tá anotando, está atendo ao que eu estou falando. A consulta é assim: eles perguntam o que está acontecendo e eu falo faço minhas perguntas eles tiram minhas dúvidas (E-4).

Olha os médicos ultimamente, não andam fazendo isso. Antigamente, antes da consulta, passava pela sala media a pressão e ia na ficha da gente, hoje eles não estão fazendo isso... a maioria dos médicos é assim, não mede pressão, não escuta o pulmão a maioria é assim (E-5).

A falta de médicos e demais profissionais de saúde com a remuneração não atrativa – A falta de profissionais, na percepção das usuárias prejudica a comunicação profissional-usuário (modalidades: caligrafia, orientações, qualidade de atendimento e investigação e condução clínico-cirúrgica), a qualidade de atendimento devido rotinas estressantes, múltiplos vínculos empregatícios, ver figuras 15 e 18 estes dados corroboram outros estudos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998; CASATE e CORRÊA, 2005; ELIAS e NAVARRO, 2006; ARRAIS et al., 2007).

O código de ética médica, traz textualmente que para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa. Constitui direito do médico recusar-se a trabalhar em locais em onde as condições sejam indignas, prejudicando a própria saúde, a do usuário e dos demais profissionais (CREMESP, 2013, pg 9 e 11).

A Integralidade também está salvaguardada pelo Código de Ética Médica (CREMESP, 2013, art 28), bem como a Universalidade, que traz consigo o

Espírito Constitucional de Igualdade entre todos, e as usuárias referem que solicitaram a alguns médicos, de maneira que obtiveram consultas em regime de encaixe, mas aqui cabe uma reflexão, o médico ao encaixar esta usuária, não estaria discriminando os outros usuários que estão em igualdade ou pior condições clínicas e estão aguardando a consulta agendada?

[...] mas ela (a médica) falou pra mim: qualquer coisa para eu ligar pra ela (E-1).

[...] Tem vez que eu venho aqui e o médico me atendeu sem marcar consulta (E-2).

O Código de ética médica é taxativo ao categorizar como princípio fundamental que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza (CREMESP, 2013, cap I, I, p. 8). Portanto ao médico da atenção básica, resguardadas as situações de urgência e emergência, respeitar o agendamento instituído para todos e os casos que exigem atenção imediata devem ser encaminhados para o pronto atendimento, entretanto, dialeticamente o encontro entre estes atores, como pessoas humanas e para manutenção da boa relação e os devidos esclarecimentos – Figura 19.

Silva (2001), ao refletir sobre o desgaste da profissão médica, no Estado de Goiás, reforçou a necessidade de o médico se firmar ainda como ator social capaz de *“pensar, de se pensar, produzindo uma experiência própria no conjunto das representações da sociedade.”* Assumir esse papel de ator proativo e reflexivo é essencial, há possibilidade de se manter a qualidade da atenção profissional médica que é alheia às condições adversas ao cenário. Caso o cenário seja muito adverso, o médico pode não o adentrar, é uma opção que lhe cabe.

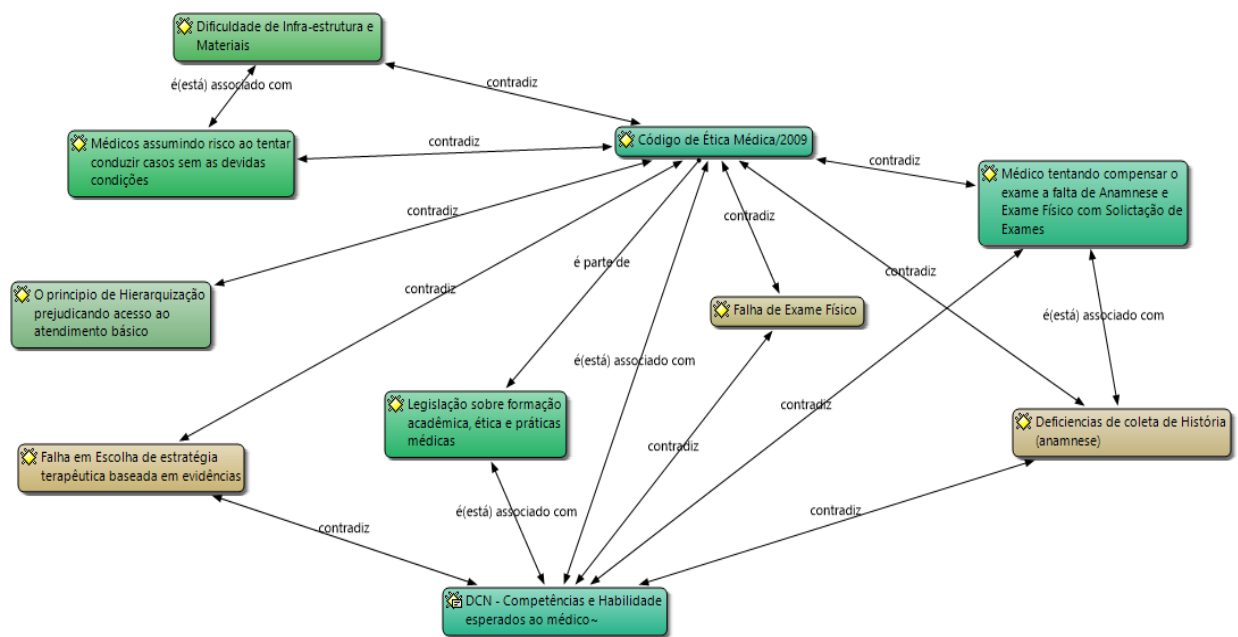


Figura 19. Subcategoria Código de Ética Médica e seus relacionamentos.

Fonte: Autor

Mas ao aceitar participar do SUS, as garantias de bom atendimento devem ser asseguradas ao usuário. O usuário não é o culpado por falhas do Sistema. Ele busca a atenção e o cuidado ao seu problema de saúde, as falas evidenciam o descontentamento das entrevistadas:

Por exemplo, na Vila ... tem um médico que você vai lá e ele não deixa você falar ele já te dá o papel ele nem sabe o que que é que você tem. Ali eu levanto e vou embora 40% examina 60% não. Nos CAIS a maioria dos médicos também não faz. Só pergunta, você vai responder, eles já estão escrevendo.... daí eles perguntam: e aí? Pronto!!! (E-6).

Infelizmente nem todos médicos, a maioria, não medem a pressão, quanto aos exames eu é quem peço para o médico pedir (E-8).

Que não te dá nem um bom dia! Na minha opinião a maioria dos médicos são desatenciosos, consulta muito rápida. Olha tem um médico que eu consulto com ele já faz uns oito anos, não era para ele me conhecer? Nem bom dia ele dá! A consulta é assim: o que você tá sentindo? com a cabeça baixa, não mede pressão, nem nada. A pressão é tão grande que às vezes eu escrevo para não esquecer de tudo que eu preciso, a pressa do médico também me confunde, o que que faço eu escrevo, parece que ele está sem paciência de ouvir, outra coisa o tanto de remédio que eles passam sem fazer uma investigação é impressionante! ele passou um a

pomada sem olhar. Eu passei a pomada não resolveu nada, parece que está com nojo de te olhar, aí te pede mamografia (E-16).

A consulta é assim: eu posso me consultar de qualquer coisa ou só para pegar a receita de pegar o remédio. Chegando lá a médica pergunta o que é que sinto. Eu não sei com o tá a pressão e o diabetes, um dia eu não tava sentindo nada e a pressão tava 190x110mmHg, chegando no CAIS tava 210x120 mmHg, os remédios que eu tomo hoje são os mesmos remédios que eu tomo há cinco anos, nunca mudaram nada da minha pressão (E-18).

Não mede pressão, nem põe a mão na gente! A maioria dos médicos nem olha na sua cara, já pergunta: o que é que você tem? já tá passando a receita antes de você falar o que você está sentindo! Um médico do CAIS da Chácara disse que o médico era ele e quem ele sabia o que eu tinha e o que eu não tinha! Eu queria exames, quando ele falou que não, eu disse: pois pode ficar com sua receita que não quero ela não! Saí e simplesmente deixei a receita dele lá! Se eu to sentindo uma dor no peito e o médico não vai passar nenhum Raio-X nenhum exame nem põe a mão e dá uma receita tá errado! (E-20).

Pelas declarações das usuárias de 20 (70%) referem consultas rápidas, com exame físico e anamnese insuficientes, com comunicação entre os atores deficiente, usuários com doenças descontroladas (depressão, hipertensão) porém com a mesma medicação sem uma ação terapêutica ativa no sentindo de investigação e terapêutica.

A pressa no atendimento está associada a multiplicidade de vínculos empregatícios, ao estresse, resultantes de baixos salários e condições adversas.

Falhas no exame físico contradizem o perfil do egresso do curso de Medicina expresso em suas DCN, o princípio da Integralidade (Princípio Fundamental do SUS e do código de Ética Médica), contradiz a Equidade - Princípio

fundamental do SUS e da Constituição Federal - Figuras 19, 20 e 21.

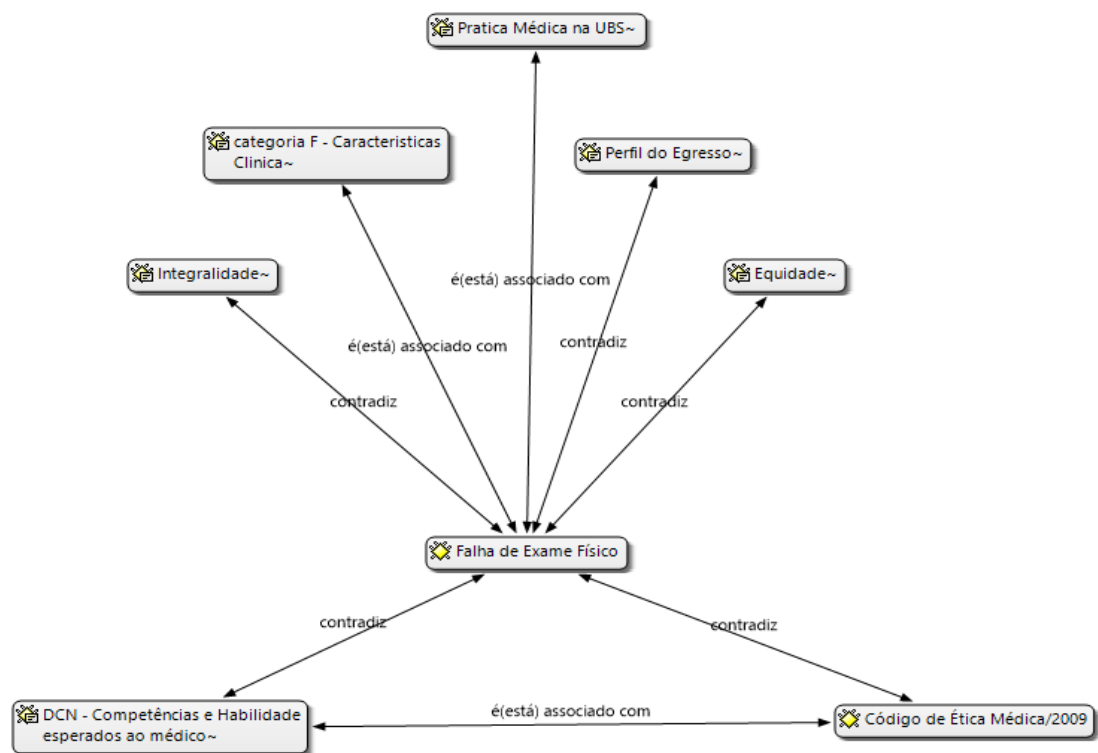


Figura 20. Falhas no Exame Físico e as Categorias e Subcategorias relacionadas².

Fonte: Autor

2. Grounded (Categoria→ “Falha no exame físico”, Número de Entrevistas→14 de 20, Ancoramento da categoria→28, Densidade→7).

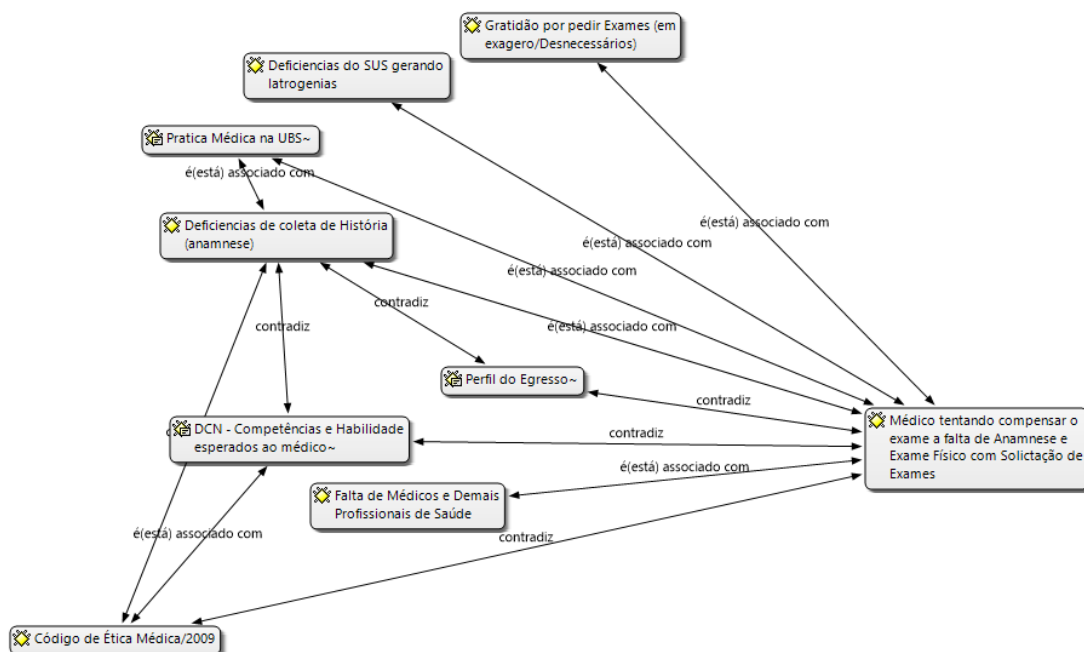


Figura 21. Falhas na anamnese e as Categorias e Subcategorias relacionadas.
Fonte: Autor

Costa (2007) elenca uma série de dificuldades para que efetivamente mudanças no ensino médico. Dentro de uma cultura imediatista e tecnicista e impessoal (SALLES, 2010), há mudanças nas características do estudante de medicina que possui compromissos com metas, resultados, com sobrecarga de atividades, provas... mas o médico esperado é o médico que tenha disponibilidade em ouvir (ROCCO, 2008). Há significativas contribuições de novas tecnologias no ensino médico (RODRIGUES et al., 2006).

Hoje há uma tendência de mudança no sentido da ampliação das modalidades didáticas, que outrora eram passivas e depositárias, introduzindo-se novas abordagens pedagógicas (ROCCO, 2008).

Mas o saber ouvir a beira de leito, a observação semiológica, a interação pessoa a pessoa, o toque, a empatia, sempre respeitando a alteridade, ética e sólida base científica baseada em evidências, esta última chamada

prevenção quaternária (DA SILVA SCHOLZE et al., 2009; NORMAN e TESSER, 2009; CREMESP, 2013).

O Ensino médico ainda apresenta uma necessidade de interação lógica entre as diversas disciplinas (interdisciplinaridade), que atualmente se apresenta esporádica, por iniciativas individuais e sendo uma exigência para o aprendizado da Integralidade, princípio fundamental do SUS mais desrespeitado segundo as análises de nossa pesquisa em Goiânia, considerando a ancoragem de categorias e suas respectivas densidades. (GARCIA et al., 2007).

O SUS deveria ser ordenador de formação de profissionais de saúde, mas, na prática, o desrespeito a seus próprios princípios fundamentais, princípios este teve o espírito forjado pela Reforma Sanitária com a intensa participação feminista, esse desrespeito culmina o estímulo às condutas antiéticas, ao conflito entre os atores, ao rebaixamento na qualidade do atendimento, desumanização do atendimento. Grande parcela das falhas e seus resultados se deve à erros de Gestão e descaminhos descompromisso político e falta de participação social (BORGES e NASCIMENTO, 2005).

Moretti-Pires e Bueno (2009) relacionam as falhas na atenção primária e os princípios fundamentais do SUS principalmente em relação à INTEGRALIDADE, em consonância com nossos resultados. Elas também referem a visão de ensino reducionista ao processo saúde-doença ligando as deficiências do SUS em cumprir suas obrigações legais e a de articulação na formação universitária. Elas defendem a humanização que acarretará na formação de futuros profissionais com uma postura crítica e humanística.

Esta desarticulação entre a formação universitária e ações previstas em programas do SUS refletem nas atividades profissional do egresso. Há sugestão de que haja enfoque no contato do estudante médico com a atenção primária durante a sua formação sublinhando-se a postura humanizada (MORETTI-PIRES e BUENO, 2009).

As rápidas consultas, o não levantar a cabeça pelo médico para olhar o usuário, a letra ilegível, a substituição da anamnese e o exame físico por solicitação de exames complementares, o excesso de encaminhamentos são posturas que trazem um significado de pressa, de distanciamento, de apaziguamento da própria consciência de se estar atendendo e de transferência de responsabilidades para o SUS como se, no caso de a pessoa não conseguir a resolução de sua demanda em saúde, a culpa não fosse dele, mas do SUS.

Por mais que existem falhas na prática dos princípios fundamentais do SUS, exame físico, anamnese, acolhimento humanizado, bom atendimento clínico, efetividade são atitudes inerentes ao profissional e não dependem inteiramente do Sistema SUS, que pode problematizar, refletir, buscar a excelência da postura ética, efetiva, humanizada, mesmo ainda que o cenário não favoreça, uma abordagem freireana que requer dos profissionais o desvelamento da realidade concreta, para a superação constante da alienação e do conformismo, afim de liberar a criatividade e a subjetividade (BACKES et al., 2005).

Ainda, acerca da postura profissional com fundamentação freireana Moretti-Pires e Bueno (2009) trazem o conceito das relações entre os atores em saúde como oprimido/opressor; reforçam a necessidade de diálogo e o ensino aprendizagem “como ato modificador do mundo; a educação como visão crítica e social da realidade, a centralidade do tema da humanização e da atenção integral e universal – figura 22.

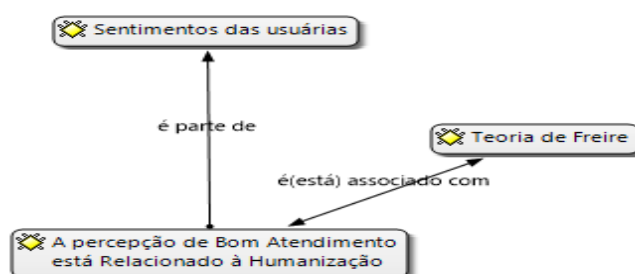


Figura 22. Percepção de bom atendimento e sua relação com humanização³.
Fonte: Autor

3. Grounded (Categoria → “A percepção de Bom Atendimento está Relacionada à Humanização”, Número de Entrevistas → 12 de 20, Ancoramento da categoria → 25, Densidade → 1)

Analisando, dialeticamente os discursos das entrevistadas, os dados revelaram a necessidade de se investir em ações de qualificação profissional essencial para autonomia da prática e do próprio prestígio enquanto sujeito do processo assistencial, bem como reconhecer que uma postura humanizada traz à pessoa oprimida pelo *morbum statum*, alento, sentimento de acolhimento, de manutenção do relativo equilíbrio da esfera afetiva oriundas da sensação de que o processo de reversão opressão da doença já se deu início:

Aqui tinha uma doutora que consultava com ela... ô doutora boa.... ela era boa para todos os pacientes.... era educada, tinha muita paciência com a gente. Já tem muito tempo que eu tô consultando com ela, eu prefiro médico calmo, é bem mais melhor Eu acho médicos bons aqueles que tem paciência com a gente... os médicos que eu tenho encontrado aqui, são muito bons, trata a gente com paciência, conversa devagar com a gente (E-2).

Na hora que a gente entra no consultório, você é outra coisa, os médicos conversam com você, você sai até alegre, no meu caso, sabe? tem um médico lá Vila Redenção que eu consigo entender a letra e aqui na chácara tem outro médico bom: foram médicos que me deram um sorriso, às vezes até brincando... os outros não te dá moral (E-3).

Atender bem é dar atenção, procurar o que a pessoa está sentindo, passa os exames, os remédios (E-5).

Essas três consultas que eu fui atendida, eu não tenho que reclamar de nada, os médicos foram educados, atenciosos, [...] tanto é que a minha vizinha que consulta com doutor falou: nossa! esse médico, nem olha para cara da gente! eu respondi: mas ele me tratou muito bem, super educado! Todos me trataram com um sorriso. Pegou na minha mão, me abraçou, eu não tenho reclamação! (E-7).

Quando eu chego num médico que recebe a gente com um sorriso, a gente já se sente melhor, a gente já se sente mais à vontade para falar, para mim o mais importante é a atenção, o médico me ouvir, o médico medir a minha pressão... o médico explicou ela tá alta por isso vamos procurar melhorar (E-8).

O médico que me atende eu não tenho nada que reclamar, nunca me fez uma acepção, atende muito bem (E-9).

Receber bem as pessoas porque se a gente já está doente, eu chego no hospital, eu quero receber muita atenção, amor, não com três pedras na mão, com rebanhada. Se atendimento for bom, a gente se sente bem, mesmo antes de tomar o remédio pelo bom recebimento... mais atenção, atender a gente com mais carinho, se ele escolheu aquela profissão, ele tem de atender as pessoas com educação. Agora quando chega, não fala nada, com a cara fechada, a gente fica até com medo de entrar na sala! Botaram um apelido nos médicos de dipirona, só é dipirona, dipirona, dipirona. Tem uns

médicos que quando a gente vai ser atendido faz assim: “o que é que você tem? Tã-tã-tã...” não põe nada noê ... e pronto! A consulta é rapidinho! Só quer ganhar o dinheiro do governo! Tem muito médico que consulta que não bota um aparelho (E-10).

Quando o médico preocupa com a saúde da gente (E-11).

Olha, os médicos do SUS na maioria são bons, conversa, tudo, mas existem alguns que do jeito que a gente chega, ele tá escrevendo e continua, tanto é que eu vejo que tem paciente que tem medo de conversar (E-13).

Eu só tive um problema com um médico uma vez: eu achei ele muito grosso, mal-educado, tanto que ele não ficou lá na unidade, que todo mundo reclamava, eu acho que ele não nasceu para ser médico. Ele era do Posto do Esplanada dos (E-4).

Tem certos médicos que a gente olha para ele, ele fala O que que tá acontecendo? Tá aqui a receita!!!” (E-11).

A maioria dos médicos não mede pressão e nem põe a mão na gente, só pede exames! Principalmente na primeira consulta, só pede exames. No retorno, para mostrar os exames eles dão um pouco mais de atenção (E-12).

Os médicos geralmente só mede a nossa pressão (E-14).

Eu tenho depressão, mas os médicos do SUS nunca perguntaram nada pra mim, assim eu vou tomando os remédios faz muito tempo, eles vão só renovando a receita pra mim...Tudo bom os médicos, são educados, me dá atenção, não é bruto não (E-15).

Neste estudo, vale ressaltar que os dados revelaram fragilidades na práxis centradas no desempenho dos profissionais de saúde. Embora, os currículos dos cursos de medicina apresentem conteúdos na atenção primária e secundária, no desenvolvimento das disciplinas, prioritariamente, estão voltados ao conhecimento dos processos patológicos com enfoques em diversas especialidades clínicas – doenças. Esse viés, na abordagem metodológica de ensino somado a precariedade do cenário pedagógico da saúde comprometem a formação dos profissionais quanto a aderência aos programas governamentais e, também refletem na qualidade de atendimento aos usuários do SUS.

5.4.9 EMPONDERAMENTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA (*EMPOWERMENT MEDICAL EDUCATION*)

Historicamente, a partir do século 20, o ensino médico pode ser dividido em duas fases: a partir de 1910, com o relatório Flexner (PAGLIOSA, 2008) o qual tentou nortear o ensino médico americano com sólida formação em ciências básicas com caráter hospitalocêntrico e com forte particionamento da medicina em especialidades. Os resultados desse relatório foram além da influências nas Escolas Médicas, mas reforçaram o segracionismo racial para admissão ao Ensino Médico, também dificultaram o acesso às classes mais pobres e a carga cientificista trouxe uma dose de hierarquização (CAMARGO, 2009; TEMPSK e BORBA, 2009).

A segunda fase: começa a partir da década de 1970, com novos conceitos: prevenção, promoção da saúde e multicausalidade advindos principalmente do relatório de Lalonde (1974) onde o ser humano e sua doença passam a ser vistos segundo uma visão de integralidade, tanto do seu sistema orgânico, como da sua inter-relação com o ambiente, seu trabalho e seus semelhantes (TEMPSK e BORBA, 2009).

Neste estudo, identificou-se que o município de Goiânia apresenta várias fragilidades relacionadas a atenção básica de saúde. Princípios fundamentais do SUS são negligenciados, outros parcialmente cumpridos, um cenário desfavorável na saúde. Estes dados legitimam falhas nas três esferas:

infraestrutura, processos e resultados de assistência insatisfatórios (DONABEDIAN, 1988).

Este estudo evidenciou também que alguns profissionais de saúde não aplicam as abordagens teóricas preconizadas nos programas de Vale dizer que, em função da ineficiência da atenção à saúde, no País e no município estudado, adicionados as atuais conjecturas de desvalorização profissional com baixos salários, condições de trabalho insatisfatórias, falta de medicamentos dentre outros insumos, certamente, prejudica o atendimento com prejuízos na propedêutica semiológica e anamneses superficiais -

quando realizadas são de baixa qualidade, ausência de exame físico e a respectiva substituição compensatória destes por solicitação de exames complementares em muitos casos desnecessários.

Essa forma de atendimento e postura profissional foi muito criticada por depoentes do estudo, pois, os usuários tornam-se vítimas desse cenário sombrio, sendo o principal ator penalizado no processo da assistência no qual o foco deveria centrar-se na atenção e postura ilibada.

O estudante hoje vive uma dualidade sobrecarga de informações com o advento de novas tecnologias que reforçam a ideia da necessidade de mais de si mesma para o bom exercício profissional. O excesso de atividades acadêmicas que em um meio impessoal, onde tudo e todos estão às pressas. O tempo necessário à beira do leito com as pessoas doentes deve ser o foco principal do ensino médico, não que as disciplinas, as técnicas não devam ser ministradas, mas o foco principal deve ser sempre a pessoa e não a doença. A abordagem empática e com alteridade é o embrião para o profissional completo.

É importante frisar que os profissionais de saúde se configuram como elementos chave no atendimento ao paciente. Assim, o ensino em saúde deve ser estrategicamente repensado, otimizado, buscando a interdisciplinaridade com maior interação entre as disciplinas, evitando-se redundâncias e excessos desnecessários nas atividades acadêmicas e distanciando do contato com as pessoas e suas dificuldades de saúde, em qualquer esfera ou intensidade vivenciados no decorrer do processo assistencial.

Carvalho (2004) cita o termo *empowerment* o qual nenhuma tradução traz o melhor de seu significado na língua portuguesa. O *empowerment* comunitário busca vazão à voz da comunidade após suas reflexões para melhoria de sua saúde, aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida. O *empowerment education* seria uma nova postura, derivada do

empowerment comunitário, de ruptura do significado de poder na visão freireana: oprimido/opressor) e uma mudança para poder com e, assim, na centralidade da humanização. Mas finalidades mais centradas na educação em saúde para a comunidade.

Sugerimos a ênfase no Emponderamento da Educação Médica (EEM) (*empowerment medical education*) onde a visão freireana de atenção seria adotada com premissas de respeito aos mestres, empatia aos pares estudantes, alteridade com as pessoas aos seus cuidados, sempre com o diálogo, ética, excelência no conhecimento, sim, mas sem desfocar da pessoa, significado maior de nossas ações. Da experiência de Goiânia, que o EEM leva o estudante a se posicionar e se posturar em desvelamento dos cenários sombrios e da realidade concreta, mas possui um espírito proativo, uma atitude libertadora, de superação da alienação, do conformismo, de valorização da subjetividade e criatividade e da transformação do mundo, pelo menos do mundo ao seu redor, se ao menos um aluno apenas, assim o fizer, já terá valido a pena a docência.

O EEM não se faz apenas de uma disciplina, deontologia por exemplo, ou uma fração das mesmas. Mas é uma filosofia a ser adotada pela escola médica como um todo e difundida em todas disciplinas, para que estas tenham essa postura como premissa norteadora, em toda extensão do curso médico, para que ao longo dos seis anos e no decorrer da vida profissional o aluno possa levar e praticar tais valores, obtendo atenção Integral, Universal e Humanizada.

6 CONCLUSÃO

A percepção das usuárias hipertensas em Goiânia, Goiás revelou deficiências nas sete categorias estudadas:

- a. Universalidade: o atendimento não se faz plenamente Universal nem Integral, com ênfase nas dificuldades de Acesso e Acessibilidade;
- b. Equidade: O SUS em Goiânia ainda traz uma abordagem de uniformidade no trato, tratando igualmente os desiguais, desde o acesso até na prestação/execução dos serviços de saúde (Equidade);
- c. Regionalização: O tele agendamento (0800) transgride frontalmente o princípio da Regionalização promovendo a descontinuidade do Seguimento Clínico e o princípio da Territorialidade;
- d. A hierarquização possui abordagem enrijecida e isto culmina em limitação de acesso às demandas dos usuários fazendo-os retornar repetidamente ao nível primário, congestionando a demanda neste nível;
- e. A participação social, em Goiânia, carece de espaços físicos e mais estímulos, através dos meios de comunicação, para que a sociedade venha ativamente exercer sua cidadania;

O cenário é desfavorável para prática clínica de boa qualidade, e, por essa razão é necessário reforçar abordagens pedagógicas, na escola médica, que reiteram a importância do atendimento centrado na pessoa, adotando postura

humanizada, ética, pautada em elevados padrões de excelência -
Emponderamento da Educação Médica (*Empowerment Medical Education*).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há necessidade de nova postura por parte do poder público no trato com a saúde, cumprindo verdadeiramente os princípios Fundamentais do SUS.

A formação de estudantes de medicina, exige o funcionamento pleno do SUS em todas as esferas, incluindo valorização profissional e abordagem humanizada de atendimento em todo decorrer do curso de medicina Emponderamento da Educação Médica (EEM).

Esta abordagem, que visa à excelência técnica, contudo, maximizando o foco no trato humanizado da pessoa segundo a visão freireana – pode transformar, para melhor, o ambiente de atendimento e o atendimento em si.

Tanto o acadêmico de medicina, quanto o professor/profissional-preceptor, mas, principalmente a pessoa que busca atenção e atendimento em saúde beneficiará do *EMM*, independentemente dos cenários em redor, pois parte da mudança de postura em foro íntimo para o exterior materializado através do atendimento.

Nesse momento, a experiência na prática clínica em unidades de atenção básica de saúde acrescido aos novos conhecimentos adquiridos durante o Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, certamente irão contribuir com a população assistida no SUS. Uma vez que, os dados revelaram a importância de atinar às mudanças sociais, para tanto as reflexões despontam para a importância de abordagens práticas na atenção ao usuário como ferramenta indispensável na qualidade do Ensino em Saúde nos cursos de medicina.

As informações permitem aos gestores refletirem acerca de ações a serem desenvolvidas e elaborar um planejamento para minimizar os gargalos que dificultam a qualidade da assistência. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, de modo multiprofissional podem planejar ações simples de educação em saúde nas diversas esferas da atenção básica que visem a promoção da saúde.

8 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev bras educ méd**, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008.

ALMEIDA, P. F. D.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica [Internet]**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

AMARAL, A. P. CONSTRUINDO UM LUGAR DE MORADIA EM MEIO AO LIXO, A RISCOS E ESTIGMAS: o bairro Parque Santa Cruz, em Goiânia (GO). **Revista de Ciências Sociais**, n. 37, p. 21, 2012. ISSN 0104-8015 | ISSN 1517-5901 (online).

ANATEL, A. N. D. T.-. Relatórios Consolidados - Indicadores de 2012 a 2014. 2014. Disponível em: <
http://www.anatel.gov.br/dados/index.php?option=com_content&view=article&id=281:relatorios-consolidados-indicadores-de-2012-a-2014&catid=104:numeros-do-setor&Itemid=532>. Acesso em: 06 mai. 2015.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 121-132, 2006. ISSN 1518-8787.

ARAKAWA, A. M. et al. Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Revista CEFAC**, v. 14, p. 1108-1114, 2012. ISSN 1516-1846. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000600012&nrm=iso>.

ARAÚJO, M. B. D. S.; MEDEIROS ROCHA, P. D. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. ISSN 1413-8123.

ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 427-34, 2005.

BASSO, L. A.; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, p. 35-43, 2011. ISSN 1808-5687. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&nrm=iso >.

BECK, C. L. C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto enferm**, v. 16, n. 3, p. 503-10, 2007.

BORGES, M.; NASCIMENTO, M. A concepção da enfermeira sobre o SUS: um caminho sem volta. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 272-7, 2005.

BRASIL. **Norma Regulamentadora n. 17 - Ergonomia**. Brasília: Diário Oficial da União, Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978 1978.

_____. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em: 04/05/2014.

_____. **LEI Nº 8.080. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Brasília - DF: Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990a.

_____. **LEI Nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília - DF: Diário Oficial da União, 28 de dezembro de 1990b.

_____. **Instrução Normativa n. 1, de 2 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96**. Ministério da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. v.86, n.3, p.13, 6 jan. 1998. Seção 1. 1998.

_____. **Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS., 2012a. Disponível em: < www.datasus.gov.br >. Acesso em: 25 mai. 2014.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Misnitério da Saúde, 2012b. 114 p. ISBN 978-85-334-1939-1.

BRASIL. **CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Relatório Final.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde: 430 p. 1986.

_____. **CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde e direitos da Mulher.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde: 61 p. 1987.

_____. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA. Parecer CNE/CES nº 1.133. 2001. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao >. Acesso em: 09 mar. 2015.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Misnitério da Saúde, 2012a. 114 p. ISBN 978-85-334-1939-1.

_____. **RESOLUÇÃO 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.** Brasília: Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, n.12, p.59, 13 jun. 2013. Seção 1 2012b.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006.

BURNS, N.; GROVE, S. K.; IHLENFELD, J. T. **Study Guide for Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice.** Universidade da Califórnia: Saunders Elsevier, 2006. 250 ISBN 9781416028901. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=NUVOAQAAIAAJ> >.

CABRAL, Á.; NICK, E. **Dicionário técnico de psicologia**. Editora Cultrix, 1996. ISBN 8531601312.

CAMARGO, M. C. V. Z. D. O ensino da ética médica e o horizonte bioética. **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, 2009. ISSN 1983-8034.

CARVALHO, M. F.; BARBOSA, M. I. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. 2009.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde The multiple meanings of “empowerment” in the health promotion proposal. **Cad. saúde pública**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005. ISSN 1518-8345.

CHARMAZ, K. Grounded theory methods in social justice research. **The Sage handbook of qualitative research**, v. 4, p. 359-380, 2011.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001. ISSN 1413-8123.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1073-1083, 2009. ISSN 1413-8123.

COSTA, J. P. et al. Solvability of the caretaking in primary care: multiprofessional articulation and services network. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. ISSN 0103-1104.

COSTA, N. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar. **Rev bras educ méd**, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunicação**,

Saúde, Educação, v. 14, p. 257-270, 2010. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&nrm=iso >.

CREMEGO. Cremego aprova a interdição ética do HDT e do Cais Chácara do Governador. 2015. Disponível em: < http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26067:cremego-aprova-a-interdicao-etica-do-hdt-e-do-cais-chacara-do-governador&catid=3 >. Acesso em: 29 jul 2015.

CREMESP, C. R. D. M. D. E. D. S. P.-. **Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes**. São Paulo: 2013. 96.

DA SILVA SCHOLZE, A.; JUNIOR, C. F. D.; FLORES, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009. ISSN 1414-3283.

DATASUS. Ministério da Saúde., 2010. Disponível em: < www.datasus.gov.br >. Acesso em: 09/03/2014.

Descritores em Ciências da Saúde. 2014. Disponível em: < <http://decs.bvs.br/> >. Acesso em: 04 jul. 2014.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. ISSN 0098-7484. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033> >.

DUARTE, M. D. L. C.; AVELHANEDA, J. C.; PARCIANELLO, R. R. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2013. ISSN 2176-9133.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO, A SAÚDE E AS CONDIÇÕES DE VIDA: NEGATIVIDADE E POSITIVIDADE NO TRABALHO DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ESCOLA1. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

FIGUEIREDO, W. D. S. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 3. Bookman Porto Alegre, 2009. 405.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006.

GARCIA, A. V. et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 811-834, 2010. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300007&nrm=iso >.

GARCIA, M. A. A. et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Rev Bras Educ Med**, v. 31, n. 2, p. 147-55, 2007.

GERACI, T. S.; GERACI, S. A. Considerations in women with hypertension. **Southern medical journal**, v. 106, n. 7, p. 434-438, 2013. ISSN 0038-4348.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.

GÉRVAS, J.; HEATH, I.; OSTBYE, T. SUS e as teias de diálogos (im) pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 789-791, 2009.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research**. Transaction Publishers, 2009. ISBN 0202363376.

GOIÂNIA. **DIARIO OFICIAL DO MUNICIPIO DE GOIÂNIA** n. 5.581/13: 18-19 p. 2015a.

_____. **DIARIO OFICIAL DO MUNICIPIO DE GOIÂNIA** n. 6.071/15: 36 p. 2015b.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. D.; ARAÚJO, F. C. D. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 565-574, 2007a. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&nrm=iso >.

_____. Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007b. ISSN 0102-311X.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 15-39, 2004. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100003&nrm=iso >.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. D. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. Suppl 1, p. 1497-508, 2010.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IDTECH. Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano- Idtech 2015. Disponível em: < <http://www.idtech.org.br/principal.asp?edoc=conteudo&secaonome=Quem%20Somos&secaoid=166&lstrod=1> >. Acesso em: 17 mai. 2015.

IGHO PEMU, P.; OFILI, E. Hypertension in Women: Part I. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 10, n. 5, p. 406-410, 2008. ISSN 1751-7176. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.06552.x> >.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos Indicadores Sociais. Uma análise das condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012. 293 p. ISBN 978-85-240-4259-1.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. **Oliveira RG, Graboys V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro (RJ): EAD/Ensp**, p. 125-57, 2009.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil.¿ Un círculo virtuoso? Social capital and health councils in Brazil. A virtuous circle? , 2005.

LALONDE, M. A new perspective on the health care of Canadians: A working document. **Ottawa: Department of National Health and Welfare**, 1974.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, v. 3, n. 6, p. 6, 2002.

LEAVELL, H. R. et al. **Medicina preventiva**. São Paulo: MacGraw-Hill, 1976.

LOEGERING, L.; REITER, R. C.; GAMBONE, J. C. Measuring the quality of health care. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 37, n. 1, p. 122-136, 1994. ISSN 0009-9201.

MACHADO, G. **Estratégia de equidade? um estudo da acessibilidade aos exames de média e alta complexidade no SUS - Goiás. [mestrado]**. 2006. ([mestrado]). Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.

MARTINS, C. A. et al. Quality care of the bank of human milk: the perception of users. **Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007]**, v. 7, n. 5, p. 1271-1278, 2013. ISSN 1981-8963.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 105-121, 2008. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&nrm=iso>.

MATTOS, R. A. D.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 6, p. 39-64, 2001.

MEDEIROS, S. F. D.; MEDEIROS, M. M. W. Y. D.; OLIVEIRA, V. N. D. Climacteric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 124, p. 214-218, 2006. ISSN 1516-3180.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 44 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL BRASIL 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL BRASIL 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL BRASIL 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico. 2013.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-85, 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1419-1440, 2010. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&nrm=iso>.

MOREIRA, J. P. D. L.; MORAES, J. R. D.; LUIZ, R. R. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3781-3793, 2011. ISSN 1413-8123.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta paul enferm**, v. 22, n. 4, p. 439-44, 2009.

MOUNIER-VEHIER, C. et al. Gender-related differences in the management of hypertension by cardiologists: The PARITE study. **Archives of Cardiovascular Diseases**, v. 105, n. 5, p. 271-280, 5// 2012. ISSN 1875-2136.

NETO, J. G.; JÚNIOR, M. S. C.; VON KRAKAUER HÜBNER, C. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN (impresso) 1517-8242 (eletrônico) 1984-4840**, v. 3, n. 1, p. 10-14, 2001. ISSN 1984-4840.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.

NUNES, A. A. et al. Resolubilidade da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. **Rev Bras Educ Med [Internet]**, v. 36, n. 1, p. 27-32, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, O. **Guia para a boa prescrição médica**: Artmed Porto Alegre 1998.

PAGLIOSA, F. L. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009. ISBN 8575413422.

PEDROSA, I. D. C. F.; DE PAULA CORRÊA, Á. C.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 058-065, 2011. ISSN 1984-7513.

PEREIRA, A. B. S. **ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO REALIZADA POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**. 2014. 79 (Mestrado). FACULDADE DE MEDICINA. Mestrado em Ensino na Saúde, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, PPGES - Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde.

PINHEIRO, L. et al. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 2008.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002. ISSN 1413-8123.

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 500-7, 2009.

POUPART, J. M. E. A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 1. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Secretaria Munuciapal de Saúde. 2015b. Disponível em: <
<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/servicos/unidades/unidadesSaude.shtml>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Secretaria Munuciapal de Saúde - Consultas SUS. 2015a. Disponível em: <
<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/sus/Cais-Ciams-Centros.shtml>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

RAMOS, R. D. S. **Análise do arcabouço teórico jurídico do sistema único de saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos**. 2007. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem

REIS, D. O.; ARAUJO, E. C. D.; CECÍLIO, L. C. D. O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. In: (Ed.). **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**, 2006.

RIBEIRO, C. T. M. et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 28, p. 43-8, 2010.

RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Cienc Saude Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1525-32, 2007.

ROCCO, R. P. Relação estudante de medicina-paciente. **A PROPEDÊUTICA MÉDICA E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**, p. 118, 2008.

RODRIGUES, A. et al. Apoio à educação em medicina através da Internet. Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde Disponível em <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/1055.pdf>. Anais... Acessado em, 2006. p.2009.

SALLES, A. A. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, 2010. ISSN 1983-8034.

SANTOS, Á. D. S. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 39, p. 96-98, 2010. ISSN 1806-3365.

SARTORI, A. C. R.; ZILBERMAN, M. L. Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, p. 112-121, 2009. ISSN 0101-6083. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000300005&nrm=iso>.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 74-82, 2009. ISSN 0034-8910.

SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do. 2009.

SILVA, M. M. A. **Trabalho médico e o desgaste profissional**. 2001. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas: SP.

SILVA, S. É. D. et al. Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de assistência à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1112-1117, 2010. ISSN 1980-220X.

SOARES, J. C. Transtornos afetivos: pesquisa e perspectivas para o futuro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 48-51, 1999. ISSN 1516-4446. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500008&nrm=iso >.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. n. 1 (supl. 1), 2010. ISSN 0066-782X.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011.

TEIXEIRA, E. C. Movimentos sociais e conselhos. **Cadernos Abong**, n. 15, 1996.

TEMPSK, P.; BORBA, M. O SUS como Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 319-320, 2009. ISSN 0100-5502. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300001&nrm=iso >.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, p. 365-373, 2002. ISSN 1020-4989.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário Case-resolving capacity of health care services according to a household survey: users' perceptions. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 3, p. 777-88, 2007.

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. et al. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil: Una aproximación cualitativa. **Revista Española de Salud Pública**, v. 76, p. 585-594, 2002. ISSN 1135-5727. Disponível em: < http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500018&nrm=iso >.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte

(MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 5, p. 308-14, 2004. ISSN 1020-4989.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. n. 1 (supl. 1), 2010. ISSN 0066-782X.

VICTORA, C. G. et al. Saúde no Brasil 6: Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 12, 2011.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 2, p. 365-9, 2008.

APENDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidada para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa cujo título é: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA À MULHER HIPERTENSA E ENSINO EM SAÚDE.

Esta pesquisa visa identificar os principais problemas enfrentados pelas mulheres com pressão alta que buscam atendimento no CAIS da Chácara do Governador para que se possa fazer um impresso educativo para os profissionais de saúde do CAIS, apresentando os principais problemas encontrados e sugestões para melhoria no atendimento.

Meu nome é JULIO CESAR SOUZA SILVA, sou médico especialista em Clínica Médica, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás sob o número 14.263, trabalho no ambulatório de CLINICA MÉDICA do CAIS da Chácara do Governador, e, também o pesquisador responsável por esta pesquisa e minha área de atuação básica é o ENSINO NA SAÚDE e as Concepções e Práticas na Formação dos Profissionais de Saúde em CLÍNICA MÉDICA. Esta pesquisa será utilizada como pré-requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Goiás.

Para realização desta pesquisa, será realizada um questionário com perguntas socioeconômicas onde será perguntado: nome completo, data de nascimento, idade, endereço, telefones, procedência, renda, escolaridade, quantidade de filhos, atividade sócio laborativa. Após o questionário será aplicada uma entrevista com quatro perguntas. Sua participação será apenas responder livremente a cada uma das questões. Informamos que dados, socioeconômicos, serão utilizados nesta pesquisa como dados coadjuvantes, porém resguardando o sigilo, não sendo em nenhuma parte identificado a participante ou resultados de exames, procedimentos e tampouco os profissionais envolvidos.

Durante a entrevista é possível que você se sinta constrangido, ou com algum desconforto em relação à alguma pergunta. Você está livre para não

responder a qualquer pergunta que lhe cause constrangimento, ou qualquer tipo de desconforto. Você também estará livre para interromper a pergunta a qualquer momento e também solicitar quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

A pesquisa tem sua importância como uma tentativa de identificar os principais problemas enfrentados pelas usuárias com pressão alta que buscam atendimento no CAIS da Chácara do Governador para propor um instrumento impresso educativo para os profissionais que trabalham nesta unidade de saúde, para os dirigentes e gestores da unidade como ferramenta para auxiliar a administração da unidade, para nossos dirigentes para implementação de melhores política de saúde-pública em nossa comunidade.

Caso você prefira não participar da pesquisa, não haverá prejuízo em seu atendimento de saúde que transcorrerá normalmente.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, comigo à rua oito, nº 512 sala 2 – centro – Goiânia, GO, ou através dos telefones (62) 9208-0000/ 3087-9899/ 3087-9999, pelo e-mail: ufg.mestrado@gmail.com ou com o CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL_situado à rua R 7, esquina com Av. Perimetral S/nº, Setor Oeste, Goiânia – Goiás, Cep: 74.530-020, Fone/Fax: 3956-2986, e-mail: cep.hmi@igh.org.br ou através do telefone (62) 3956-2986.

Problemas que forem causados pela participação na pesquisa ou outros problemas que forem detectados durante o atendimento e a pesquisa serão resolvidos através de tratamento clínico ou cirúrgico, dentro do âmbito do SUS, sem prejuízo à paciente, sendo o tratamento instituindo pelo próprio médico pesquisador, ou através de encaminhamentos à outras especialidades médicas, ou a outras profissões de saúde que se fizerem necessárias. Informamos que ao participar da pesquisa NÃO GARANTE à paciente quaisquer benefícios, privilégios ou favorecimentos no atendimento dentro do SUS, mas ratifica sua contribuição para melhoria de um atendimento melhor e mais humanizado.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

- 1) TÍTULO: Atendimento na Atenção Primária: a percepção das usuárias de Goiânia-Go
- 2) JUSTIFICATIVA: identificar pontos de fragilidade no atendimento da atenção básica visando sugestão de melhorias.
- 3) OBJETIVOS: analisar, na percepção das usuárias hipertensas, o atendimento médico, sob a perspectiva dos princípios do SUS, na rede de atenção básica de saúde em Goiânia-Go.
- 4) PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA: entrevista semi estruturada e observações de campo.
- 5) RISCO AO PARTICIPANTE: POSSIVEL CONSTRANGIMENTO E/OU DESCONFORTO AO responder às perguntas.
- 6) garantia de sigilo: os dados pessoais, socioeconômicos serão mantidos sob sigilo as informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.
- 7) RESPONSABILIDADE: a paciente tem pleno direito, e o pesquisador neste ato assume plenas responsabilidades perante o participante na pesquisa, de pleitear, desde que plenamente comprovado os danos sob análise judicial, indenização de danos decorrentes da participação na pesquisa.
- 8) Foro: Forum da Comarca de Goiânia, GO.
- 9) É assegurado ao participante a expressa liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer tempo e fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado.

Eu,

_____, RG _____
_____ após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

PARCIPANTE VOLUNTÁRIA

GOIÂNIA, ____/____/____

JULIO CESAR SOUZA SILVA - IDENTIDADE CRM-GO 14.263
Mestrando Ensino na Saúde - PPGES
e-mail: ufg.mestrado@gmail.com
(62) 9208-0000

GOIÂNIA, ____/____/____

TESTEMUNHA

Profª Drª CLEUSA ALVES. MARTINS
e-mail: cleusa.alves@gmail.com
(62) 9979-2221

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - UFG.
Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde. Mestrado Profissional.
Rua 235 esq. com 5ª Avenida s/n Setor Universitário - Goiânia Goiás CEP 74605-050
Telefone: (62) 3209-6247.

APENDICE B. ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

ENTREVISTA NÚMERO: E-_____ DATA: __/__/__

AMBULATÓRIO DE ORIGEM: _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

TELEFONES DE CONTATO: _____

ENDEREÇO: _____

RENDA DELA: _____ DA FAMÍLIA: _____

QUANTIDADE DE PESSOAS NA CASA _____

ESCOLARIDADE _____ Nº de FILHOS: _____

PROFISSÃO: _____ ALT (m) _____ PESO (Kg) _____

IMC (Kg.M⁻²): _____

DOENÇAS ASSOCIADAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR: _____

Infraestrutura	
Insumos	
Acessibilidade	
Outras Patologias não tratadas	
OUTRAS	

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1) Para você, como é o atendimento do SUS?

* Infraestrutura

* Atendimento da equipe

2) Quais foram as principais dificuldades enfrentadas no SUS?

- * Acesso
- * Exames complementares
- * Dificuldade de comunicação com médico
- * Postura do profissional médico: exame físico, humanização, comunicação, letra,
- * Encaminhamentos, retornos
- * Acesso Medicamentos

3) Na sua opinião, o que se faz mais necessário para melhorar o atendimento no SUS?

4) Como você vê médico que atende no SUS?

5) Comente a influência dos atendimentos na formação do profissional médico.

APENDICE C. QUADRO: TEMPO TRANSCORRIDO DAS ENTREVISTAS

PARTICIPANTE	TEMPO
E-1	60 minutos
E-2	31 minutos
E-3	20 minutos
E-4	26 minutos
E-5	16 minutos
E-6	26 minutos
E-7	22 minutos
E-8	34 minutos
E-9	18 minutos
E-10	31 minutos
E-11	44 minutos
E-12	15 minutos
E-13	24 minutos
E-14	15 minutos
E-15	14 minutos
E-16	24 minutos
E-17	20 minutos
E-18	22 minutos
E-19	18 minutos
E-20	15 minutos
MÉDIA	24 minutos e 45 seg
TOTAL	495 minutos (8h 15min)

APENDICE D. ENVIO DE ARTIGO: REVISTA INTERFACE A2 EM EDUCAÇÃO E B1 EM SAÚDE PÚBLICA

TELEAGENDAMENTO (0800) DE CONSULTAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS DE UMA CAPITAL BRASILEIRA

PHONE APPOINTMENT (0800) OF CONSULTATIONS AT THE PUBLIC HEALTH SERVICES: THE PERCEPTION OF THE USERS OF A BRAZILIAN CAPITAL

TELEAGENDAMENTO (0800) CONSULTAS SOBRE LA RED DE SALUD PÚBLICA: LOS USUARIOS DE LA PERCEPCIÓN DE UNA CAPITAL DE BRASIL

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação dos Serviços Públicos de Saúde.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Evaluación de Servicios de Salud.

Key-Words: Primary Health Care; Health Services Accessibility; Health Services Evaluation.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a percepção de usuárias do SUS acerca do acesso pelo agendamento telefônico de consultas em Goiânia, Goiás. Nesta pesquisa qualitativa exploratória, os dados foram coletados por meio de entrevistas com mulheres atendidas na rede pública de saúde e analisados com auxílio do software Atlas ti© e teoria fundamentada nos dados. As usuárias vivenciam dificuldades para marcar consulta pelo telefone (0800) em três momentos: antes de ligar; durante a espera pelo atendimento; após contato telefônico. A exigência da ligação por telefone fixo limita o acesso de quem não tem linha telefônica. O atendimento da chamada necessita de muitas tentativas, e, quando a ligação é atendida, nem sempre há disponibilidade de vagas. Os resultados apontam a necessidade de reflexão crítica e ética sobre o uso de novas tecnologias e a real oferta de serviços à população.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the perception of SUS users about access by telephone scheduling appointments in Goiânia, Goiás. In this exploratory qualitative research, data were collected through interviews with women seeking care in public health and analyzed using Atlas ti © software and grounded theory. The users experience difficulties to make an appointment by calling (0800) at three time points: before connecting; during the waiting time; after telephone contact. The requirement of connection for landline limits access

to those who have no telephone line. The call service requires many attempts, and when the call is answered, there is not always availability.. The results point to the need for critical reflection and ethics of the use of new technologies and the actual supply of services to the population.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar la percepción de los usuarios del SUS sobre el acceso de la programación de citas de teléfono en Goiânia, Goiás. En esta investigación cualitativa exploratoria, los datos fueron recolectados a través de entrevistas con mujeres que buscan atención en salud pública y analiza utilizando Atlas ti © software y la teoría fundamentada. Los usuarios tienen dificultades para hacer una cita llamando al (0800) en tres momentos: antes de conectar; durante el tiempo de espera; después del contacto telefónico. El requisito de la conexión para límites fijos el acceso a aquellos que no tienen línea telefónica. El servicio de llamadas requiere muchos intentos, y cuando se contesta la llamada, no siempre hay disponibilidad. Los resultados apuntan a la necesidad de la reflexión y la ética de la utilización de las nuevas tecnologías de crítica y la oferta real de servicios a la población.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz princípios norteadores da Atenção Básica em Saúde (ABS) no Brasil, e reconhece, entre outras, a importância da universalidade, da acessibilidade, da integralidade da assistência e continuidade do cuidado, do estabelecimento de vínculos entre trabalhadores da saúde e população atendida e da participação social¹. A ABS e consequentemente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), se constitui como a principal porta de entrada do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável por ordenar a rede de atenção à saúde e pelo cumprimento de seus princípios e diretrizes¹⁻³.

Entretanto, dados de 2015 do Departamento de Atenção Básica (DAB)⁴, demonstram que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no País, 62,32%, não garante o acesso de toda população. Na região Centro-Oeste a cobertura é de 59,93%, no Estado de Goiás chega a 66,24% e na capital, Goiânia, alcança somente 47,85% dos moradores. Dessa forma, em Goiânia, 52,15% da população não se encontra inserida na Estratégia de Saúde da Família, e vale ressaltar que a maioria das equipes existentes não estão

completas e a rotatividade de profissionais, principalmente médicos, é muito alta^{5,6}.

Os usuários do Sistema Único de Saúde do município de Goiânia diante da falta de cobertura, tinham que enfrentar, e, por vezes, dormir em extensas filas⁷⁻⁹ e ainda concorrer com pacientes oriundos de outros municípios¹⁰ para conseguir acesso ao atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de média complexidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS/Goiânia) criou um sistema de tele agendamento para realizar ligação gratuitamente com prefixo o 0800. Este serviço foi entregue a uma Organização Social (OS) que faz a gestão do mesmo e entre as atividades executadas está a administração do acesso à Atenção Básica aos usuários fora da cobertura da Estratégia Saúde da Família e à média complexidade para toda população¹¹. Este modelo serviu como referência para implantação de serviço semelhante no município de Canoas, RS¹². Porém, as estratégias de acesso aos exames e consultas da população goianiense definidas pela SMS/Goiânia não contribuem para a equidade desrespeitam os princípios e diretrizes como universalidade, equidade, territorialidade e participação social⁸.

A percepção dos usuários é um importante indicador para planejamento em saúde pública¹³. No Brasil, geralmente, é atribuída à mulher por suas características socioculturais a responsabilidade na condução das questões de saúde em âmbito familiar. A mulher apresenta expressiva vivência durante a consulta médica e por conseguinte, em atividades administrativas-meio, ou seja, marcação de exames, encaminhamentos, marcação de procedimentos cirúrgicos, solicitação de atestados e outros procedimentos de saúde para si e para demais integrantes da família^{14, 15}.

A percepção do usuário como ator protagonista da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) pode contribuir para melhoria e efetividade das ações governamentais, dos gestores e profissionais de saúde^{13, 16, 17}. Há necessidade de considerar a percepção da mulher sobre o acesso oferecido pela SMS/Goiânia.

Objetivo deste trabalho identificar a percepção da usuária do SUS acerca da acessibilidade por tele agendamento (0800) à rede de atenção, incluindo ABS básica, em Goiânia, Goiás.

Assim, o olhar da usuária, suas sugestões e seus sentimentos, podem contribuir para desvelamento das fragilidades, e desta forma, fomentar ações para todos os atores envolvidos no processo de atendimento em saúde, em todas as esferas (Governamental, Profissionais/Acadêmicos e Usuários) para melhoria do atendimento e, melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa, descritiva, qualitativa, em termos de referenciais teórico-metodológicos, utilizou-se a técnica Grounded Theory¹⁸ (Teoria Fundamentada nos Dados), para tratamento dos resultados inferência e interpretação dos dados. Para análise dos dados utilizou-se o *software* Atlas ti © e elaborou-se as categorias temáticas.

O município de Goiânia, Goiás possui sete distritos sanitários de saúde. Mas, neste estudo, o cenário se limitou as usuárias do SUS da Rede Básica em uma unidade do Centro de Atendimento Integrado à Saúde (CAIS) setor Chácara do Governador, que possui atendimento ambulatorial em Clínica Médica, Ginecologia, Vascular, Cardiologia, Dermatologia e, referência para usuários da região Leste e oriundos de outras regiões sanitárias. Considerou-se a semelhança do atendimento oferecido à população e a representatividade dos demais distritos sanitários.

Participantes da amostra constitui-se de 20 usuárias do SUS. Critério de inclusão: gênero do sexo feminino, idade entre 40-80 anos, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica – Essencial, em tratamento no SUS. Foram excluídas: mulheres com quadro clínico de crise hipertensiva aguda (elevação aguda e sintomática com $PA \geq 180 \times 110 \text{ mm}^{18}$) com necessidade de assistência emergencial; com incapacidade de comunicação verbal ou deficiência cognitiva. Não pertencer ao rol de pacientes do pesquisador.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, entre dezembro de 2013 a dezembro de 2014. As entrevistas foram previamente agendadas, independentemente, do distrito de origem da usuária. Visando a liberdade de expressão das entrevistadas utilizou-se uma sala ambulatorial do CAIS, tempo médio de duração 30 minutos. Para manter o anonimato as entrevistas foram identificadas com a letra “E” seguido de número um a 20.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil CEP-HMI, Parecer 29/2013. O estudo atende diretrizes e normas

regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹.

RESULTADOS

A análise dos depoimentos, observando-se os princípios constitucionais e fundamentais que regem o atendimento da atenção básica do SUS, elaborou-se as quatro categorias temáticas:

- 1) 0800 – Estou tentando ligar, mas..., 2) Bem...tem como ligar, mas...
- 3) O Exercício da autonomia: “O Jeitinho Brasileiro”, 4) O fundo poço.

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA DAS PARTICIPANTES

As usuárias e entrevistadas tinham idade entre 48 e 77 anos. Em relação aos anos de estudo variou de zero a 11 anos. A renda familiar variou de 724,00 a três mil reais. O número de integrantes da família variou entre um e nove componentes com média de três componentes por família. Estes dados caracterizam uma população de maioria idosa e com baixa escolaridade e renda familiar.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea²⁰ de 2008 no Brasil, as mulheres tem em média 7,4 anos de estudos e o analfabetismo foi de 6,3% . A taxa de analfabetismo os anos de estudo das mulheres entrevistadas variou de 0 até 11 anos, com média de 5,63 anos de estudo.

A estatura das pacientes variou entre 1,38m e 1,69m O peso das usuárias variou entre 43 a 99 kg. O Índice de Massa Corporal (IMC) variou de 20,95 a 40,68 kg.m⁻².

Das 20 participantes, somente cinco moravam a menos de 2000 metros do CAIS. A distância média (em metros) entre local de moradia e o local de consulta no CAIS foi de 7.120m. 16 pessoas foram de ônibus e percorreram em 7094m. Quatro pacientes não possuíam linhas de ônibus com conexão próximo a unidade de saúde e fizeram o trajeto com outros meios de locomoção carro, bicicleta ou a pé, deslocamento médio de 1.127m.

1. 0800 – ESTOU TENTANDO LIGAR, MAS...

A entrevistadas demonstraram em seus discursos dificuldades impostas mesmo antes da concretização da ligação para o tele agendamento:

[...] tem que ser pelo 0800 aí a gente não consegue (E-1).

[...] Eu marco as consultas pelo meu telefone, mas minhas vizinhas que não tem telefone fixo, usam o meu emprestado... (E-2).

[...] em outra: eles não aceita ligações de celular e eu só tenho celular, e não tenho orelhão perto de casa, daí tenho de pedir para vizinha lá de baixo, teve um dia que passei a manhã toda tentando na casa da vizinha e ela começou a não gostar! Parei de pedir para ela! Até de orelhão um dia eu tentei eles não aceitam, não deu certo (E-12.)

[...] Outra coisa eu tenho celular e não aceita ligação de celular, tenho de ir de orelhão e quase não existe orelhão mais! Para você ter uma noção de como está difícil (E-16).

À população é garantido constitucionalmente a igualdade entre todos seus cidadãos. O poder ao implantar o sistema de tele agendamento deve assegurar acesso de maneira igualitária a toda a população, tornando possível o agendamento tanto por telefones fixos e móvel, devido a retirada dos telefones públicos a modalidade móvel é a mais utilizada pela população²¹.

No entanto, o (0800) não aceita ligações por celular. Esta situação contradiz frontalmente a universalidade caracterizada pela extensão de cobertura e acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Princípio com significado implícito de: cidadania, dignidade, de plena igualdade entre todos cidadãos. Caracteriza suas demandas de saúde como dever do Estado provedor-prestador desse atendimento, princípio norteador do SUS e espírito doutrinário de Constituição Federal de 1.988²²⁻²⁴

2. BEM... TEM COMO LIGAR, MAS...

Ao ter possibilidade de acesso (encontrar telefone fixo, orelhão) se inicia outra fase da busca na acessibilidade em Goiânia:

[...] eu repito a ligação uma 3-4 vezes (E-9).

[...] para eu conseguir uma consulta ambulatorial tem dias que estou tentando conseguir [...] pelejando pra conseguir... e nada ... e nada... as respostas são: não tem vaga... não tem vaga [...] para eu conseguir eu comecei a ligar (0800) uns dez minutos antes da 7:00 horas por três dias... por isso que a gente vai e bebe o remédio por conta própria porque você não chega perto do médico (E-3).

[...] aí é pesado, por exemplo esses remédios, agora o governo liberou, mas eu só pego três meses com a receita, daí não consegue mais vaga, então nesse ponto aí está péssimo!!! Eu ligo 0800, mas eles falam para aguardar a chamada [...] às vezes eu ligo aqui para marcar consulta e não tem vaga para nenhum dos médicos, falam que não tem vaga, pra eu continuar tentando, continuar tentando... daí a gente fica lá tec-tec-tec (E-11).

A necessidade de insistência nas ligações de tele agendamento traz o significado de que o serviço ofertado está em descompasso com a demanda, seja na quantidade, seja na qualidade. Há de se investigar se a Organização Social coloca a quantidade adequada de atendentes necessário à demanda. Também as condições de trabalho desses atendentes devem ser analisadas, pois as empresas de *call-center* possuem uma tendência de negação de adoecimento de seus trabalhadores e enfrentamento das exigências requeridas pela legislação de proteção ao trabalho. Outra possível causa seria o descompasso entre a demanda e realidade de trabalho - neste caso específico, a baixa oferta de vagas para consulta disponibilizadas, que poderia desestimular o atendente na pronta resposta às chamadas²⁵.

A falta de médicos na Atenção Básica está relacionada com as condições de trabalho e remuneração, pois não oferecido o mínimo para exercício digno da prática médica muitos profissionais sentem-se desestimulados a vincular-se ou permanecer atendendo no SUS²⁶.

Uma palavra de muito significado nas entrevistas em relação à dificuldade de acesso no tele agendamento foi a Unidade de Registro “musiquinha”:

[...] o 0800 não é bom, você não consegue. Você fica no 0800 com aquela musiquinha, você cansa de ouvir: no momento tudo ocupado!. [...] chega dói o ouvido esperando no telefone do 0800 com aquela musiquinha, para depois você receber um não (E-3).

[...] se você liga 7:00 horas, em ponto, você consegue falar com os atendentes, mas depois eles só põem aquela música que enjoa no seu ouvido! A gente enjoa e pára (E-17).

[...] eles atendem põe você na musiquinha e ó!!! (E-19)

Identificou-se que não atendeu os critérios de distribuição por distritos sanitários, no que diz respeito distância entre local de moradia e o local de consulta no CAIS, em média foi 7.120 metros. Das 20 participantes, somente cinco moravam a menos de 2000 metros do CAIS. A locomoção de 16 pessoas foi de ônibus, percorreram em média 7094m. Quatro pacientes não possuíam linhas de ônibus com conexão próximo a unidade de saúde, e fizeram o trajeto de carro, bicicleta ou a pé, deslocamento médio 1.127m.

Estes dados revelam que a impessoalidade também se caracteriza no tele agendamento de consultas, desrespeitando os critérios de acessibilidade: uma entrevistada (E-1), portadora de necessidade especiais - cadeirante, com insuficiência renal crônica, HAS, diabética, asma e arritmia cardíaca foi agendada para um ambulatório noturno que se situa a 4800m de sua residência (4370m de ônibus e 430m restantes na cadeira de rodas – por trecho). Há de considerar as necessidades especiais singulares de cada pessoa: gênero, gestantes, necessidades especiais, idade e comorbidades para efetivação adequada humanizada do agendamento:

[...] Atendimento nos remédios, quando a gente que uma consulta para gente ele não marcam, tem que ser pelo 0800, agora no meu caso aqui as pessoas me conhecem muito... eles me atendem (sem marcação) ... se a gente for em outro lugar eu não sei se eles vão me atender. Eu falo com eles e eles pega e me atendem, né? (E-1)

Vale esclarecer, fomos informados pelo seu filho da entrevistada (E-1) faleceu três meses após a entrevista. Todavia, a entrevistada não conseguia acesso pelo tele agendamento, a equipe de saúde e o médico a atendiam de modo extraordinário, por encaixe.

As usuárias referiram que os atendentes do tele agendamento, em sua maioria sem possuir formação em saúde, realiza uma forma de triagem durante o atendimento telefônico:

[...] 0800 é assim: primeiro eles perguntam seu nome, seu endereço e toda a sua vida [...] (E-7).

[...] O 0800, eu não sei se é norma lá, mas eles perguntam quais os sintomas. Tipo assim: se for uma coisa grave, nós (0800) vamos arrumar uma vaga. Como eu tive essa infecção de urina no mês de julho que eu tive de ir na emergência, pois eu precisava de uma consulta, eu tive de explicar para uma atendente do 0800 qual que era o meu caso!!! [...] Coisa que eu acho que eu deveria explicar para o médico. Porque se eu estou ligando para o 0800, porque eu estou precisando de uma consulta, primeiro passo, ninguém vai em médico para passear! Sempre tem uma necessidade! Primeiro que eu não disponho de tempo para isso! Então esse negócio de o 0800 de querer saber o que eu tenho, eu acho isso negativo (E-14).

[...] O (0800) pergunta: você está com febre? O que a senhora está sentindo? Eu penso que se você estiver morrendo, talvez, eles arrumem uma vaga! Então, tem essa história de você ser escolhida pelo 0800! (E-16).

A quebra de vínculos entre profissional e paciente é outra queixa das entrevistadas numa nítida transgressão ao princípio da territorialidade (quebra da continuidade de vínculo e do cuidado):

[...] eles mandam para outros CAIS, tem vaga nos outros CAIS... porque caí em qualquer CAIS, mas eu disse não!! Não!! só aceito se for aqui (E-2).

[...] eu moro lá em campinas no setor aeroviário... ali na região tem o CAIS de Campinas, Bairro Goiá e Cândido de Moraes, o Posto de Saúde que fica mais perto da minha Casa é da Esplanada dos Anicuns e os CAIS que fica mais próximo de mim é o Cândido de Moraes e Campinas (E-4).

[...] Eu Fazia meu controle aqui, agora eles (0800) distribui a gente, manda para outro lugar [...] Eles perguntaram: a senhora aceita ir para outro lugar? Eu respondi: aceito! O importante é a receita! Então a gente tem dificuldade de marcar uma consulta para poder comprar ou pegar o remédio (E-6).

[...] Por exemplo, ali no Urias, nós não tem um CAIS, se quiser atendimento, eu tive de ir no Cais Vila Nova para poder arranjar um médico pra fazer uma consulta. Eu tinha meu médico lá no URIAS, agora fica pulando de médico em médico de CAIS em CAIS, e eu não sei onde meu médico de confiança foi parar! [...] O 0800 joga a gente para longe, por exemplo não tinha o URIAS e me jogou no Vila Nova, hoje me jogou aqui no CAIS da Chácara (E-12).

3. O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA: “O JEITINHO BRASILEIRO”

As depoentes relataram que tinham dificuldade em agendar consultas, para tanto utilizavam estratégias de acesso. O desrespeito a cidadania Universal obriga o usuário a fazer concessões, ajustes e jeitinhos para atendimento às suas necessidades de saúde:

[...] olha, melhor é fim de semana é melhor pra marcar (E-2).

[...] pra eu conseguir eu comecei a ligar (0800) uns dez minutos antes da 7:00 horas, por três dias [...] quando elas não conseguem pedem emprestado meu telefone... eu cedo o telefone para elas marcar, 0800 não gasta mesmo (E-3)

[...] Olha quando dá aquelas crises dá umas dificuldades, porque a gente tem de levantar cedo... às vezes eu esqueço de levantar cedinho, mas geralmente quando eu levanto sete horas eu consigo a consulta (E-4)

[...] então eu fui fazer em outro lugar... eu não fiz aqui porque demorou a ser chamada, e como meu caso estava grave e como eu tenho um amigo aqui que trabalha com mãos (**ortopedista de mão – o grifo é nosso**), fui operar em Porto Nacional (E-6).

[...] só teve um ano que ela conseguiu que foi ano de política, depois quando passa: acabou! (E-10).

4. O FUNDO POÇO

Em casos mais urgentes, e, frente necessidade imperiosa de acesso e inércia do SUS os usuários exercem práticas iatrogênicas, se humilham (iatrogenia afetiva) ou partem para embate verbal ou até mesmo físico:

[...] por isso que a gente vai e bebe o remédio por conta própria porque você não chega perto do médico (E-3).

[...] vocês não tão vendo meu filho tá morrendo e o pai dele começou a gritar [...] quando eles começaram a gritar e a chorar [...] (E-8).

[...] Por exemplo, essa consulta, eu tentei duas semanas, e ainda sim eu consegui implorando, falando que 'tô sem o remédio!' (E-11).

[...] eles não aceita ligações de celular e eu só tenho celular, e não tenho orelhão perto de casa, daí tenho de pedir para vizinha lá de baixo, teve um dia que passei a manhã toda tentando na casa da vizinha e ela começou a não gostar! Parei de pedir para ela! (E-12).

[...] O sistema regulador exigiu que se declarasse qual cidade que seria efetuado o tratamento, que seria Goiânia, então eu vejo isso com o um a incoerência do sistema. Não pode ser desse jeito! Pois se a pessoa é de um lugar e para ser atendido noutro precisa de usar outro endereço de alguém da família isso é uma grande incoerência (E-13).

[...] É tipo assim: É pedindo esmola mesmo!!! (E-16)

[...] eles não queriam atender ele, ela teve de fazer um escarsel, que ia chamar o canal de televisão, pra eles atenderem ele, ali no CAIS do Jardim América! [...] Depende de ameaça pra atendimento (E-17).

DISCUSSÃO

O usuário ao tentar exaustivamente, depois provavelmente passar por situações vexatórias, para conseguir o encaixe e enfim quando consegue um encaixe, a prefeitura não o aceita afirmando que encaminhamentos deverão ser gerados por “vaga regulada”, ou seja, por vaga oriunda da marcação via tele agendamento (0800). Um franco desrespeito à pessoa, na verdade, quebra o princípio da Integralidade e é um desvio preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB:

Por isso, é fundamental que ela se oriente 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 social¹.

Discutindo ainda sobre Integralidade¹: Mitre, Andrade ²⁷ expõe um olhar: “mesmo no campo organizacional do planejamento estratégico, a ênfase ainda volta-se para a observação dos diferentes atores, buscando controlá-los, ao invés de aclamar por sua participação.” *A referida “vaga regulada” se mostra como mecanismo para dificultar o acesso, um tipo de burocratização, que contradiz os princípios norteadores do SUS, revelando o as fragilidades da saúde pública em Goiânia.*

Neste momento, seria importante refletir: qual seria o motivo de se exigir do usuário que conseguiu uma consulta por encaixe, não possa ter validada a sua demanda de encaminhamento? Limitar o acesso seria uma maneira de adequar a grande demanda em saúde à sua deficitária oferta em Goiânia?

A rigidez da HIERARQUIZAÇÃO, caso haja, entre os níveis de atenção problemas de interação (transgressão da INTEGRALIDADE) entre os níveis de atendimento, tornando-os autônomos e fragmentados, podendo-os conduzir às iniquidades tais como dificuldades de acesso²⁷, submetendo os usuários a situações vexatórias, que contrariam os valores de plena cidadania²⁸.

Os dados relatados por alguns participantes tiveram de mentir endereço para conseguir acesso (transgressão da UNIVERSALIDADE), outros recorreram à esfera do judiciário para obter medicação (transgressão da EQUIDADE), tornando a menos valia uma realidade com Unidades de Registro tais como “ESMOLA”, “CARIDADE”, “FICAM EM MACAS” (transgressão da UNIVERSALIDADE e da Constituição de 1988) Esta situação se agrava quando os usuários partem para a violência e, até mesmo ao desespero (Unidades de Registro: “GRITAR”, “CHORAR”, “AMEAÇA”).

A dificuldade de acesso, imputa ao cidadão iatrogenias: físicas, afetivas e morais, bem como a prática da automedicação e auto condução clínica. Na esfera afetiva, pois, o usuário se sente como mendicante ao sistema e nota-se até um misto de alegria, conformismo e contentamento quando este recebe um algum tipo de acolhimento e tratamento.

O próprio Programa Nacional de Atenção Básica – PNAB apresenta a premissa da territorialidade, com o acompanhamento mais à miúdo da comunidade, seus hábitos, seus aspectos culturais, respeitando-se a Universalidade, A Integralidade e a Equidade. A capilaridade da atenção com determinação de aproximar os atores da saúde, humanizando o atendimento, otimizando aplicabilidade recursos humanos e materiais. Portanto, a territorialidade é uma premissa fundamental da Atenção Básica que não pode ser desrespeitada¹.

A distribuição aleatória de vagas, onde elas possam vir a existir, consiste em uma violência ao usuário. Ainda que, hipoteticamente, os instrumentos de interligação entre os níveis de atendimento fossem extremamente eficazes, contendo informações as mais variadas tanto quanto possível, as máquinas não conseguiriam traduzir as complexas subjetividades da pessoa humana na

percepção dos medos, ansiedades, na compreensão dos sentimentos, e a humanização do atendimento seria prejudicado²⁹.

Ao respeitar a territorialidade, a confiança no profissional de saúde pode estimular a pessoa a se submeter a tratamentos a despeito dos valores implícitos de seus valores subjetivos: suas crenças, medos e inquietações. Ele conhece as pessoas, as doenças mais prevalentes, as características de cada paciente nas mais diversas esferas (étnica, física, afetiva, mental, religiosa), podendo atendê-los com mais efetividade e humanização, respeitando-os em suas singularidades³⁰.

Em Goiânia, os depoimentos revelaram o desrespeito à Regionalização/Territorialidade e descontinuidade de seguimento clínico com ações potencialmente iatrogênicas, transferência de competências outorgando ao tele agendamento (0800) triagem clínica por profissional não habilitado, para escolha de prioridades no agendamento, descumprimento da Universalidade ao não aceitar ligações de aparelhos telefônicos celulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há necessidade por parte do poder público de determinação adequada na atenção à saúde da população, o verdadeiro cumprimento de todos os princípios fundamentais do SUS, ao introduzir as novas tecnologias como o tele agendamento de consultas como forma de acesso ao atendimento médico. As secretarias municipais ao instruir a terceirização dos serviços de saúde devem avaliar a qualidade do atendimento, no sentido de evitar uma atuação que negligencie ou viole os direitos constitucionais de cidadania dos usuários do SUS.

O tele agendamento (0800) ainda é uma ferramenta que se releva iníqua em relação ao respeito a maioria dos princípios norteadores do SUS, da Política Nacional de Atenção Básica e de humanização, principalmente, em relação à Universalidade, Integralidade, Territorialidade, Participação Social. Considerando que, os serviços de saúde devem ter o foco principal centrado em

pessoa e suas necessidades, seus anseios, temores e, a humanização da assistência.

Ainda, deveria viabilizar um cenário favorável de trabalho e remuneração justa considerado mandatórios para quebra deste ciclo de falta de acesso, falta de resolutividade, perpetuação de sofrimento (opressão), continuidade na busca por solução a grande demanda na Atenção Básica e falta de acesso ao cidadão,

Os dados revelaram a importância de atinar às mudanças sociais e governamentais, para tanto, as reflexões despontam para a importância de abordagens práticas para melhoria do acesso na atenção ao paciente, todavia o uso de ferramentas é indispensável para dar efetividade e celeridade ao processo de atendimento, se utilizada adequadamente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, PNAB(2012).
2. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2010;14(35):797-810.
3. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc saúde coletiva. 2006;11(3):633-41.
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica: Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2015 [08 jul 2015]; Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
5. Medeiros CR, Junqueira A, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha O. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(supl 1):1521-31.
6. Campos A, Valentina C, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Revista de Administração Pública. 2008;42(2):347-68.
7. Soares LFP. Inovação e Resistência na Implantação do Processo de Humanização na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Goiânia-GO, sob as lentes da Bioética. [mestrado]. Goiânia, GO: Universidade Católica de Goiás; 2005.
8. Machado G. Estratégia de equidade? um estudo da acessibilidade aos exames de média e alta complexidade no SUS - Goiás. [mestrado]. Goiânia, GO: Universidade Católica de Goiás; 2006.
9. Ribeiro JP. Acessibilidade e ambiência na atenção básica à saúde do estado de Goiás [mestrado]. Goiânia (Goiás): UFG - Universidade Federal de Goiás 2014.
10. Ribeiro VS, Hildebrand SM. Plano de Intervenção para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde de média complexidade. Comun ciênc saúde. 2014;25(2):185-92.
11. Prefeitura Municipal de Goiânia. processo nº 29.295.174. 06 de setembro de 2006. Diário Oficial do Município de Goiânia, Goiânia, GO: ed. 6071 p. 36 (2006).
12. Secretaria Municipal de Saúde de Canoas. Teleagendamento de Consultas na Atenção Básica e o Complexo Regulador com a Marcação de Exames e Consultas Especializadas - CANOAS SAÚDE. 2015 [21 jul 2015]; Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/atencao-a-saude/741-teleagendamento-de-consultas-na-atencao-basica-e-o-complexo-regulador-com-a-marcacao-de-exames-e-consultas-especializadas-canoas-saude>.
13. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010;20:1419-40.
14. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23:565-74.
15. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16:3781-93.
16. Arakawa AM, Lopes-Herrera SA, Caldana ML, Tomita NE. Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. Revista CEFAC. 2012;14:1108-14.
17. Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(4):1419-40.
18. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research: Transaction Publishers; 2009.

19. RESOLUÇÃO 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, n.12, p.59, 13 jun 2013. Seção 1.
20. Pinheiro L, Fontoura NdO, Querino AC, Bonetti A, Rosa W. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 3.ed. ed. Brasília: Ipea: SPM: UNIFEM2008.
21. ANATEL - AGENCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES. Relatórios Consolidados - Indicadores de 2012 a 2014. 2014 [06 mai. 2015]; Disponível em: http://www.anatel.gov.br/dados/index.php?option=com_content&view=article&id=281:relatorios-consolidados-indicadores-de-2012-a-2014&catid=104:numeros-do-setor&Itemid=532.
22. Teixeira C. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde Salvador, Bahia. 2011.
23. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;6(2):319-28.
24. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(3):500-7.
25. Silva AM, Assunção A. Negociações sociais para melhoria das condições de trabalho no setor de teleatendimento: o descompasso entre a posição das empresas e a realidade do trabalho. *Interface (botucatu)*. 2005;9(18):p. 553-70.
26. Gonçalves RJ, Soares RdA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev bras educ med*. 2009;33(3):382-92.
27. Mitre SM, Andrade ELG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2071-85.
28. GÉRVAS J, HEATH I, OSTBYE T. SUS e as teias de diálogos (im) pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(1):789-91.
29. Salles AA. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. *Revista Bioética*. 2010;18(1).
30. Valentim IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(3):777-88.

ANEXOS



ANEXO 1. AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA



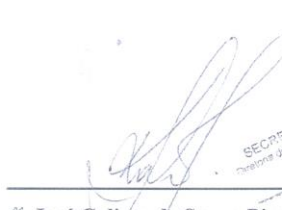
Prefeitura
Municipal
de Goiânia

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Goiânia, 26 de julho de 2013

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa “AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA À MULHER HIPERTENSA E A ORIENTAÇÃO EM SAÚDE” de responsabilidade do pesquisador JULIO CESAR SOUZA SILVA e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

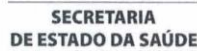


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Goiânia - GO
Rua Maranhão Soares
Cidade
Cidade nº 1829-1000

José Calixto de Souza Pires
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Portaria 003/2012



ANEXO 2. CARTA DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL



CA2 nº 15/13 - CEP/HMI

Goiânia, 05 de dezembro de 2013.

CARTA DE APROVAÇÃO

Protocolo nº 29/13

Título do Projeto: “ Avaliação da Assistência Médica à Mulher Hipertensa e Ensino em Saúde ”. Versão 2.

Investigador(a): Julio Cesar Souza Silva

Prezado(a) Senhor(a),

Comunico-lhe que o **Comitê de Ética em Pesquisa Humana do Hospital Materno Infantil CEP-HMI**, analisou e aprovou o Projeto de Pesquisa em epígrafe na sua Versão 2, bem como o TCLE Versão 2, vez que foi considerado o atendimento às adequações sugeridas em análise anterior, consoante aos princípios éticos vigentes.

Informo, ainda, que a presente aprovação tem validade pelo período de tempo definido no projeto e caso hajam alterações no cronograma, ainda que alheias a vontade do pesquisador, estas deverão ser informadas a esse Comitê para fins de análise e deliberação.

Como já é de conhecimento de V.Sa. destaco, por oportuno, a necessidade de ser encaminhado à esse Comitê relatórios semestrais que informem sobre o andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,


Marco Aurélio Albernaz
Coordenador do CEP-HMI

ANEXO 3. WEBSITE DO IDTECH

Digite seu endereço de e-mail e receba as nossas novidades: Inscrever-me	O sistema do Teleconsulta dá preferência a quem é protegido pelos Estatutos do Idoso e da Criança e do Adolescente ou precisa ser atendido primeiro, em razão do seu estado de saúde. As consultas são marcadas de acordo com três prioridades: Prioridade 01 - até 24 horas Prioridade 02 - até 48 horas Prioridade 03 - até sete dias. Acesso do usuário: À escolha do gestor, o sistema de teleagendamento pode fazer a marcação da consulta utilizando um número gratuito (0800) ou pago (0300). No caso do número 0800, o usuário pode falar de qualquer telefone fixo: de casa, de um vizinho ou até de um orelhão. Ambos os sistemas garantem o recebimento apenas das ligações originadas no município atendido pelo serviço. Instrumento de gestão Além de assegurar tranquilidade e conforto para o usuário, o Teleconsulta é um importante instrumento de gestão do SUS. O serviço possibilita: • Melhor aproveitamento das consultas • Redução da sobrecarga nos pronto-atendimentos com acesso facilitado às consultas eletivas • Maior controle sobre os serviços prestados e sobre seu uso pelos pacientes, com identificação de distorções como a repetição excessiva de consultas • Controle rigoroso de qualidade do trabalho dos médicos • Controle da produção das unidades de saúde por meio de relatórios gerados em tempo real • Garantia do uso dos serviços apenas por usuários do município, uma vez que são aceitas apenas ligações locais • Combate à evasão de recursos • Consolidação do Cartão SUS, se o gestor optar por exigí-lo no teleagendamento • Planejamento dos serviços de acordo com a demanda existente UNIDADE GOIÂNIA Estrutura: São até 83 posições de atendimento em funcionamento nos períodos matutino e vespertino, sob a supervisão de duas enfermeiras e um médico. A capacidade do no break permite a manutenção do funcionamento de 12 posições de atendimento durante as quedas de energia. Localização: Avenida B, nº 31, Quadra B1, Lote 04, Setor Oeste [ver mapa]. Telefones: 0800 646 1560 – para usuários. (62) 3209-9700 – para colaboradores e o público em geral. Horário de Atendimento: 07 às 19 horas, todos os dias da semana (inclusive sábados, domingos e feriados)
--	---

ANEXO 4. COMPROVANTE DE ENVIO DE ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

ScholarOne Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.

Manuscript ID: ICSE-2015-0550

Title: TELEAGENDAMENTO (0800) DE CONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE UMA CAPITAL BRASILEIRA

Authors: SOUZA-SILVA, JULIO
Martins, Cleusa
Lima, Jacqueline

Date Submitted: 21-Jul-2015

 Print  Return to Dashboard

Os mestrandos do Mestrado Profissional Ensino na Saúde têm por objetivos além da dissertação, artigos, devem apresentar produtos técnicos que contribuem para a transformação da práxis cotidiana, com aplicação em atividades acadêmicas e também que possa contribuir na melhoria da assistência em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde.

Neste propósito elaboramos dois produtos técnicos: 1- GUIA RÁPIDO DE UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA ATLAS.ti®, 2. Elaborou-se um folder destinados aos profissionais de saúde intitulado: Atendimento Na Rede de Atenção à Saúde - a percepção de usuárias em Goiânia-Go.

1: Esta ferramenta foi utilizada em nosso estudo e verificou-se eficiente, contudo para sua aplicação foi importante fazer um estudo quanto o passo a passo do método, após conhecimento técnico do método foi possível aplicá-lo usufruindo as facilidades do programa e considerou-se eficiente o uso dos softwares, que se encontra disponível em sites para compra – em casos de pós-graduandos é possível adquiri-lo com desconto para estudantes tornado o preço bastante acessível.

GUIA RÁPIDO DE UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA ATLAS.ti © que poderá ser aplicado em estudos qualitativos para evidenciar categorias pré-estabelecidas e naturais.

TÍTULO: A prática da utilização do programa ATLAS ti

Depois do curso para instrução e aplicação do método colocou-se os depoimentos conforme a sequência dos questionamentos elaborados no roteiro de entrevistas semiestruturadas, a escolha passa, essencialmente, pelos objetivos propostos no estudo.

COMO APLICAR O MÉTODO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO EM ENSINO NA SAÚDE

GUIA RÁPIDO DE UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA ATLAS.ti ©



atlas.ti

QUALITATIVE
DATA ANALYSIS



Me. JULIO CESAR SOUZA SILVA

ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a CLEUSA ALVES MARTINS

Talvez você seja como eu que, ao começar o Mestrado em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG) e optar pela linha de pesquisa qualitativa, elegeu o programa ATLAS.ti para análise de seus dados, mas ainda não se sentia familiarizado com o manejo deste programa. Neste guia-rápido, sugerimos um sucinto panorama de uso para usuários iniciais, não pretendendo esgotar o assunto, mas, de maneira objetiva introduzir o usuário às operações de manejo básicas deste software. Apresentamos este como produto final de nosso mestrado profissional visando contribuir no uso desta ferramenta de TI para análise de dados qualitativos.

MARCAS REGISTRADAS

As marcas Atlas.ti é que uma marca registrada da Software científico desenvolvimento de Atlas.ti GmbH. Adobe Acrobat é uma marca registrada da Adobe Systems Incorporated; Microsoft, Windows, Excel e outros produtos da Microsoft mencionados neste documento são ou marcas registadas da Microsoft Corporation nos Estados Unidos e/ou em outros países. Google Earth é uma marca comercial da Google, Inc. Todos os outros nomes de produtos e marcas registradas e não registradas mencionadas neste documento destinam-se apenas a fins de identificação e continuam a ser propriedade exclusiva de seus respectivos proprietários. Este documento é de cunho meramente educacional, sem fins comerciais que objetiva auxiliar pesquisadores no manejo inicial do *software* ATLAS.ti e produto final resultado do uso desta ferramenta na análise dos

dados da dissertação para obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Goiás - UFG.

OBJETIVO

Apresentar um breve passo-a-passo de maneira ilustrativa de nossa experiência do manejo do programa ATLAS.ti®.

METODOLOGIA

Elaboração de Guia de Acesso Rápido baseado em Utilização Prática (Quick Access Guide Based Practice Management)

PÚBLICO-ALVO

Pesquisadores da linha qualitativa interessados conhecer os passos iniciais da utilização do programa ATLAS.ti.

COMEÇANDO...

Consideramos que o leitor já tenha ido ao site do ATLAS.ti (ATI) <disponível em: atlasti.com> e instalado o programa (versão de teste, ou pela aquisição de licença). Assumimos, também, neste documento que Sistema Operacional (SO) *default* é o Windows.

Para iniciar nossos trabalhos com o ATI devemos ir à área de trabalho e clicar duas vezes no ícone do ATI:



FIG. 1

Com isso deverá aparecer a tela de carregamento do ATI: VER FIGURA 2



FIGURA 2 – TELA DE CARREGAMENTO DO ATLAS.ti

Se for a primeira vez que você abrir o ATI o projeto de boas-vindas abre. Para carregar o documento de boas-vindas clique na seta para baixo do menu *Drop-Down* na lista de campos P-docs:



FIGURA 3 – MENU DROP-DOWN DO ATI INICIAL DE BOAS-VINDAS

Aparecendo o documento de boas-vindas semelhante à este:

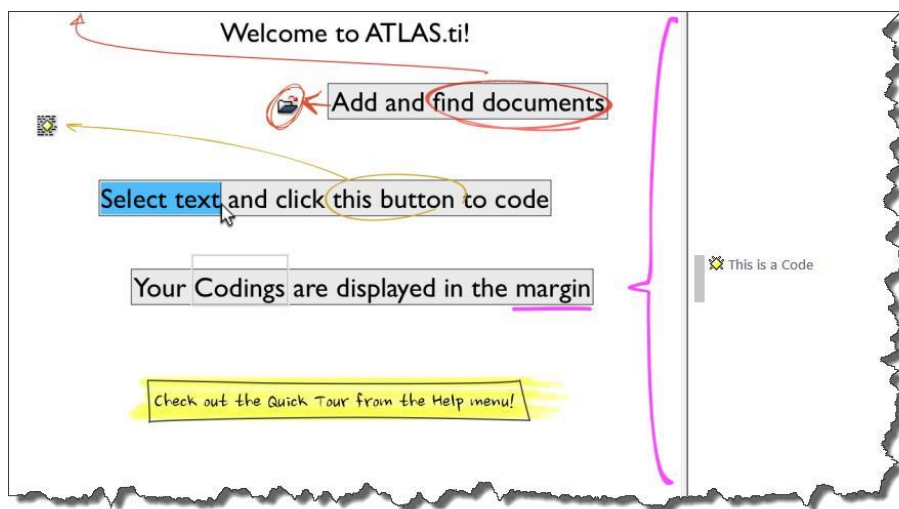


FIGURA 4 – TELA DE BOAS VINDAS INICIAL.

Devemos fechar este documento de boas-vindas clicando em:
Project

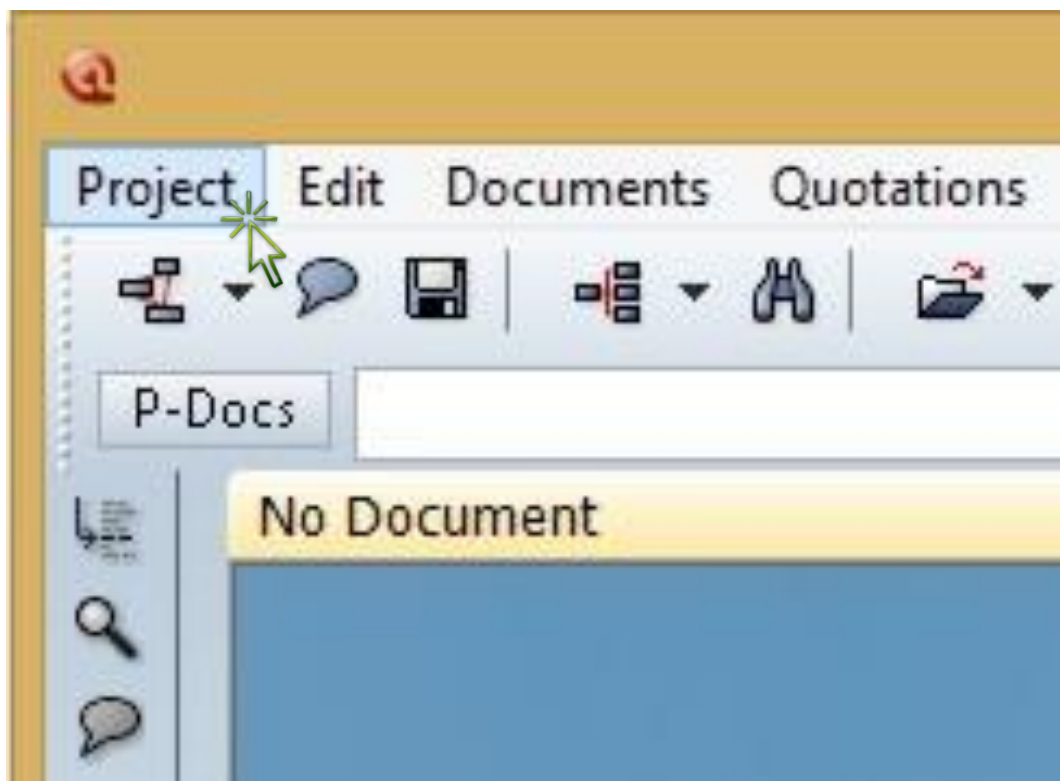


FIGURA 5 – FECHAMENTO DO PROJETO DE EXIBIÇÃO INICIAL DE BOAS-VINDAS

E a seguir escolher a opção Close:

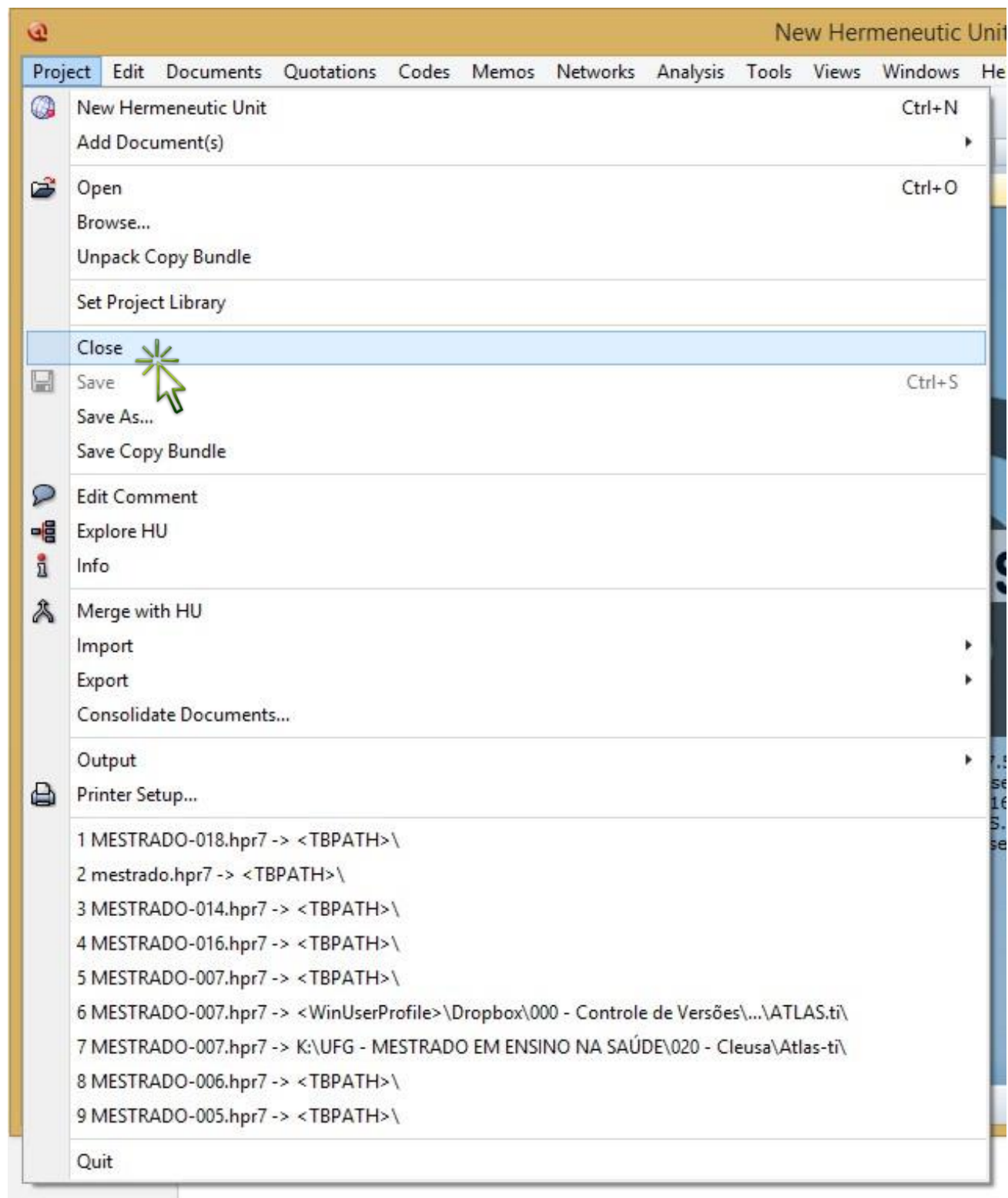


FIGURA 5 – FECHAMENTO DAS BOAS-VINDAS

Com isto aparecerá a tela de trabalho do ATI

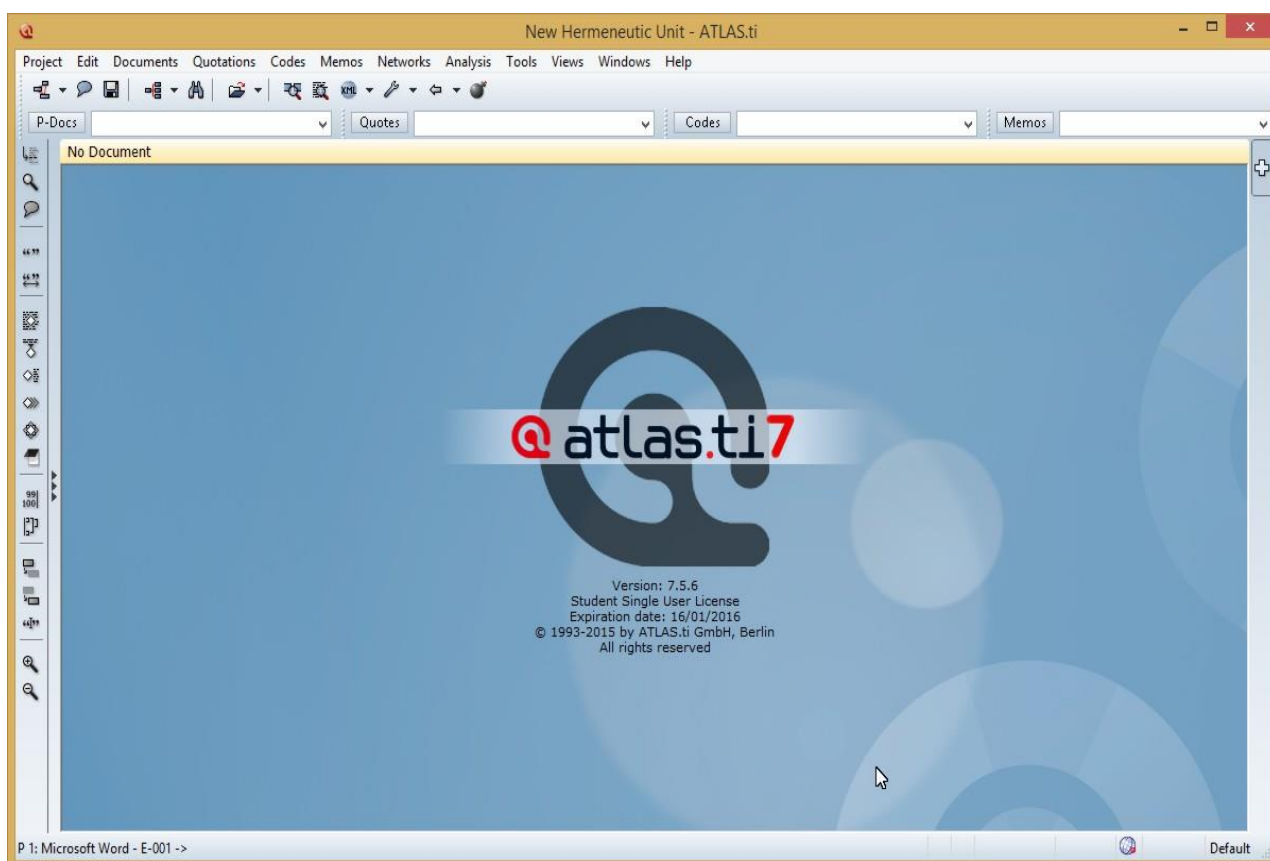


FIGURA 6 – TELA DE TRABALHO DO ATI APÓS O FECHAMENTO DAS BOAS-VINDAS

Para compreendermos como o ATI manipula seus dados, este é como se fosse um grande contêiner com a capacidade de guardar e rastrear seus dados. Este contêiner é o arquivo de projeto que é chamado de Unidade Hermenêutica (HU).

A partir devemos criar uma HU clicando em Project → New Hermeneutic Unit ou <ctrl+N>:

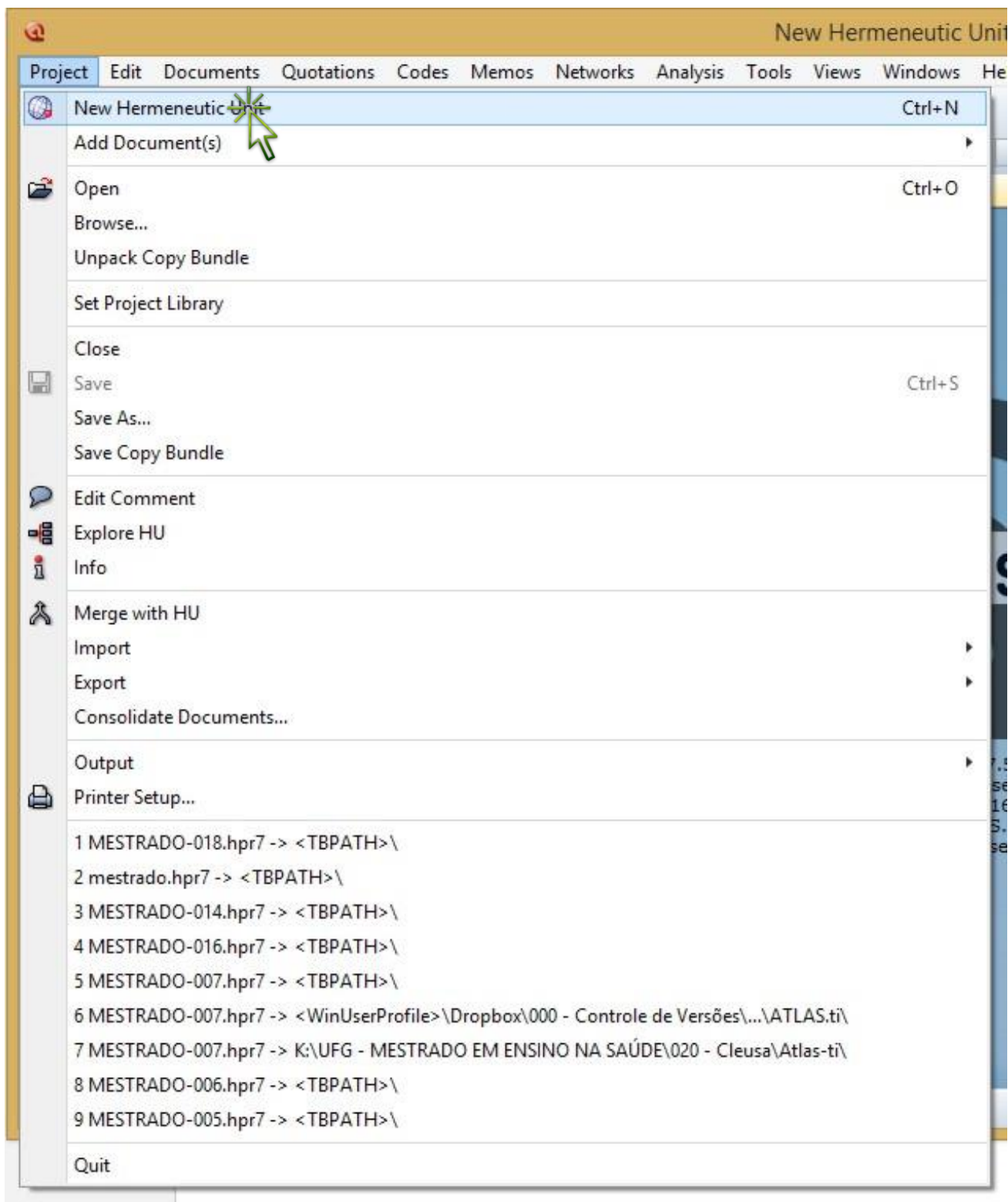


FIGURA 7 – CRIAÇÃO DE UMA NOVA UNIDADE HERMENÊUTICA

Esta HU virá com o nome inicial de “New Hermeneutic Unit”, mas devemos o projeto em questão, por exemplo, vou nomeá-lo “Produto Final” (sugestivo, não?), para tanto devo salvá-lo com este nome. Project → Save As:

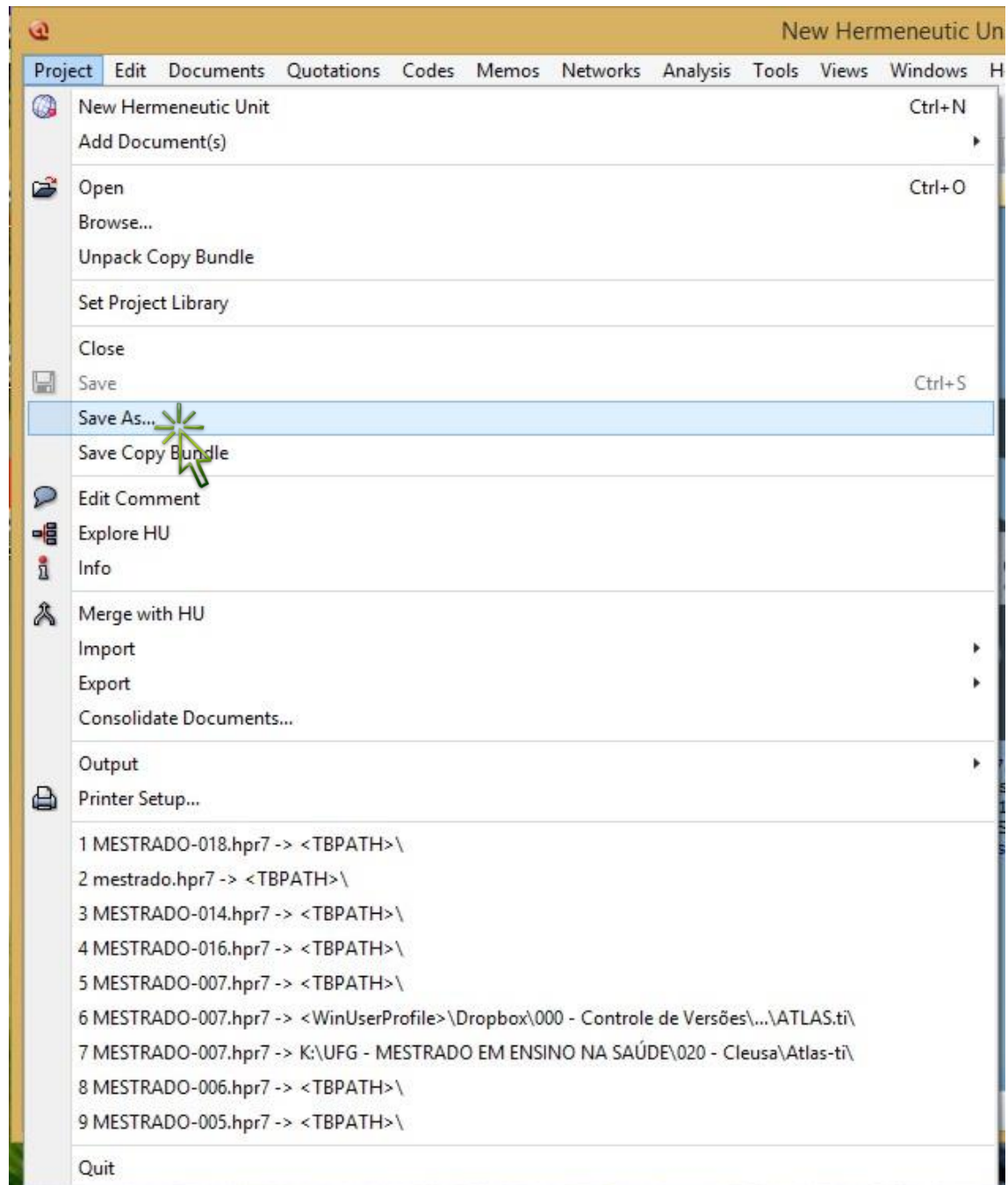


FIGURA 8 – SALVAMENTO DA NOVA UNIDADE HERMENÊUTICA

A seguir o ATI solicitará o nome do projeto o qual denominaremos produto-final digitando-o no campo nome e depois clicando em Salvar:

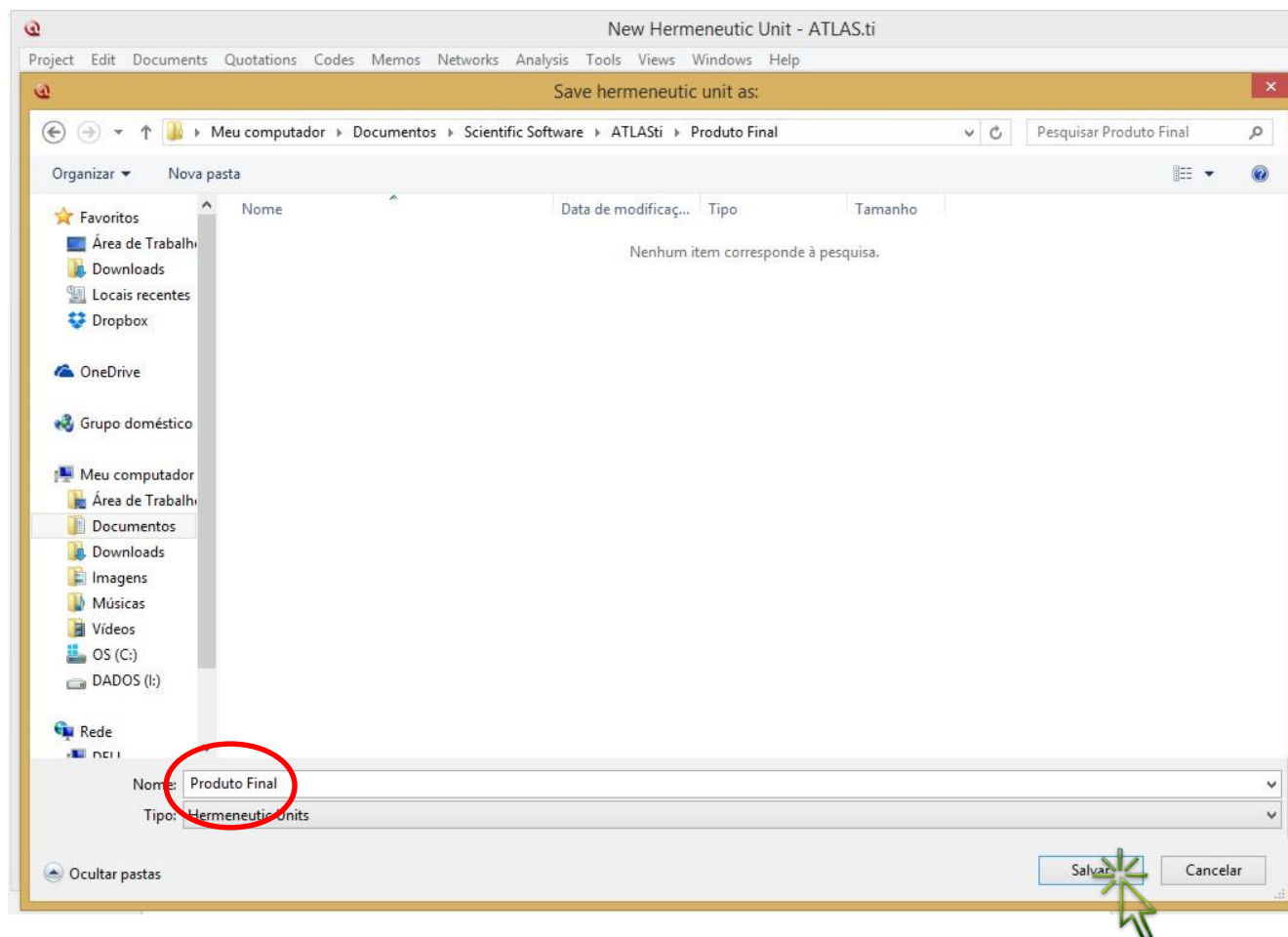


FIGURA 9 – SALVANDO A UNIDADE HERMENÊUTICA

Observa-se que o nome Produto Final aparece como nome da HU:

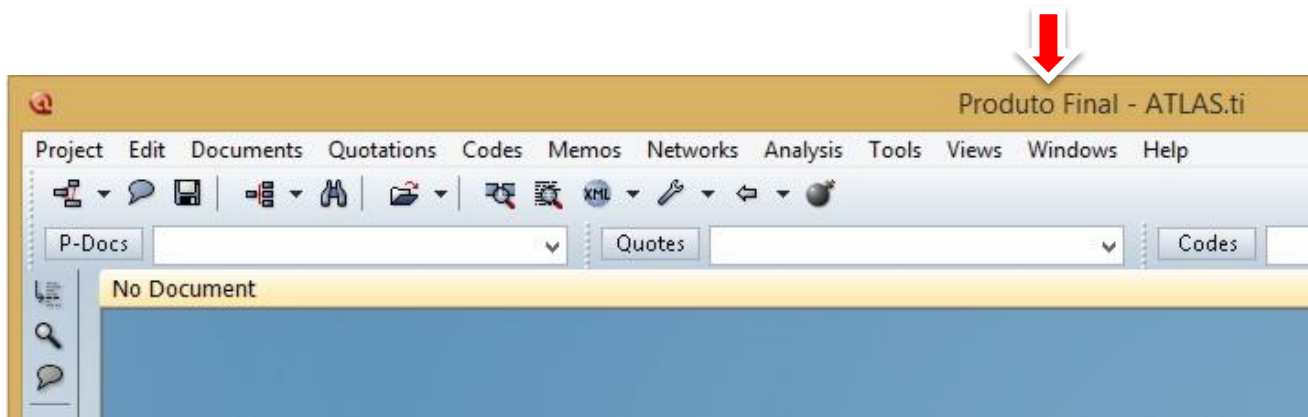


FIGURA 10 – NOME DA NOVA UNIDADE HERMENÊUTICA CRIADA NA ABA SUPERIOR DA JANELA

Ok! temos um projeto (HU) recém-criado, novinho em folha, pronto para receber entrevistas, por exemplo. Só para constar o ATI é multi-media, podendo manipular tipos diferentes de dados: Arquivos de texto (Word, PDF), imagens, áudios, vídeos e assim por diante, fornecendo uma ampla gama de tratamento de diferentes dados.

Vou considerar que você já digitou suas entrevistas, corrigiu-as, e organizou-as em uma pasta. No meu caso, organizei em uma pastas a entrevista um como E-001; a dois, E-002 ... até a vigésima entrevista: E-020.

Vou adicionar as vinte entrevistas e adicioná-las a HU:

Clicando no botão [P-docs] (primary documents):

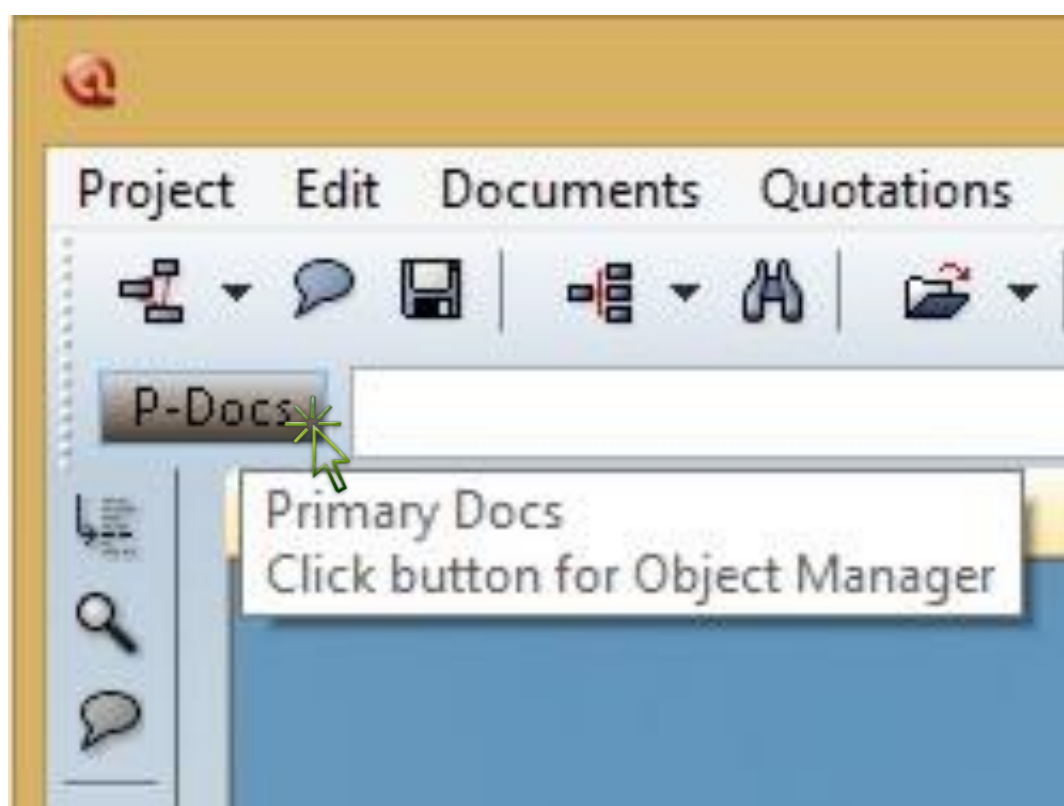


FIGURA 11 – ADIÇÃO DOS DOCUMENTOS PRIMÁRIOS (ENTREVISTAS)

Aparecerá a tela que possibilita a adição das entrevistas:

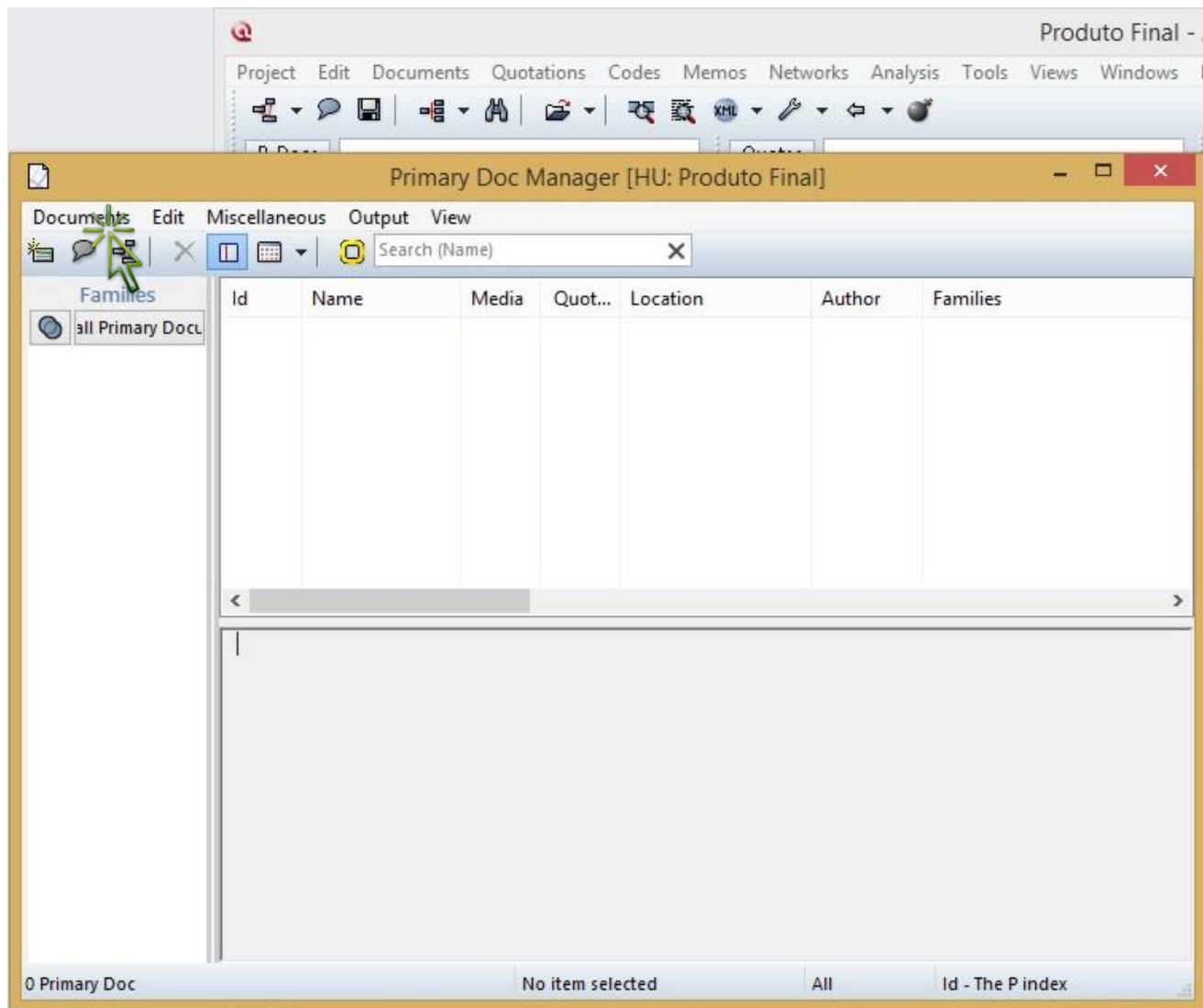


FIGURA 12- ADIÇÃO DE DOCUMENTOS PRIMÁRIOS AO CONTÊINER (UNIDADE HERMENÊUTICA)

Clicaremos em Documents → New → Add Documents para adicionarmos as entrevistas:

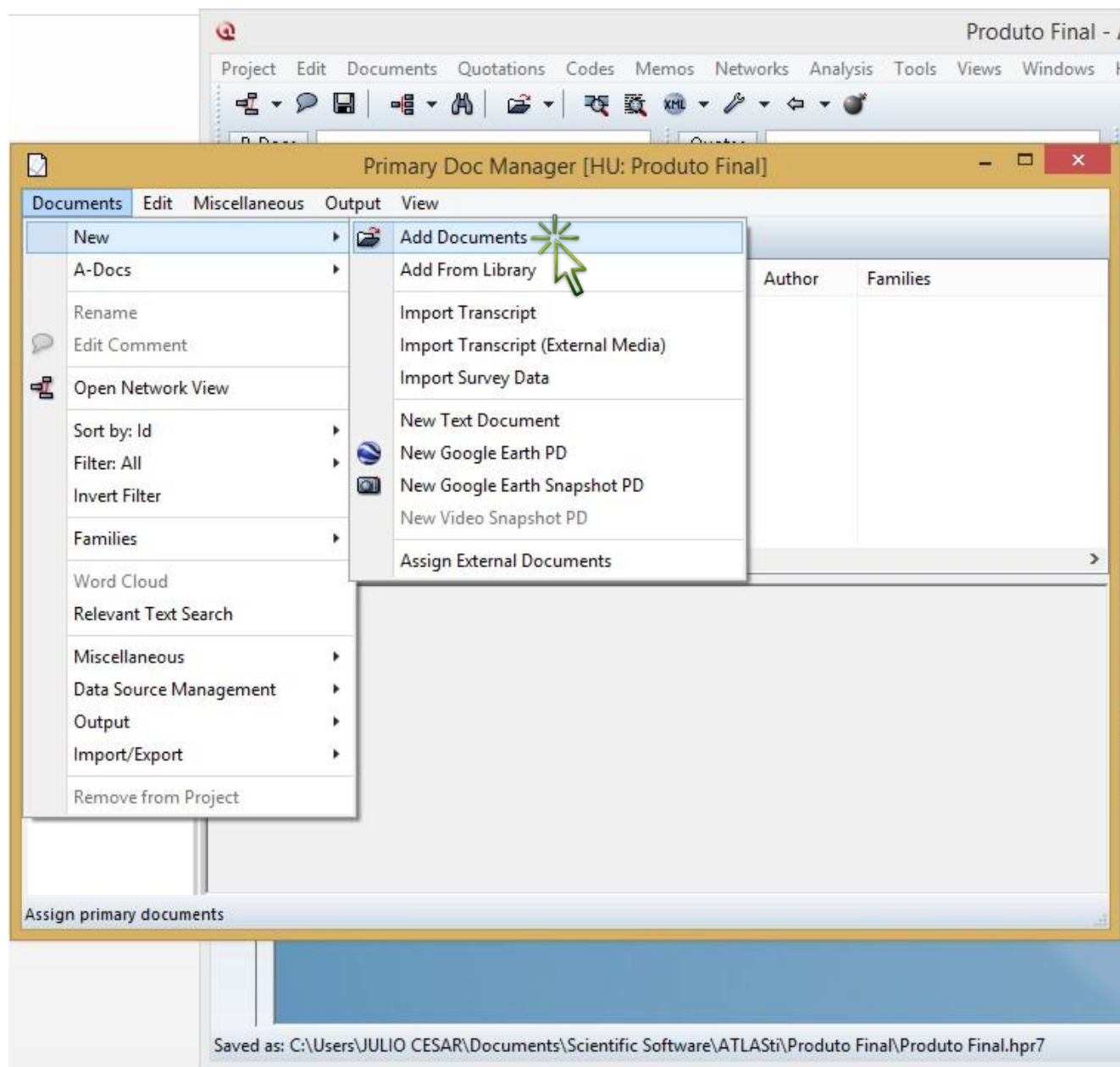


FIGURA 13 – ADIÇÃO DE DOCUMENTOS PRIMÁRIOS (ENTREVISTAS DIGITADAS EM WORD/PDF) À UNIDADE HERMENÊUTICA

A tela de carregamento de arquivos primários (primary documents loader) será aberta, portanto procederemos a navegação até encontrarmos a pasta onde estão as entrevistas (no meu caso eu digitei em WORD e gravei em PDF):

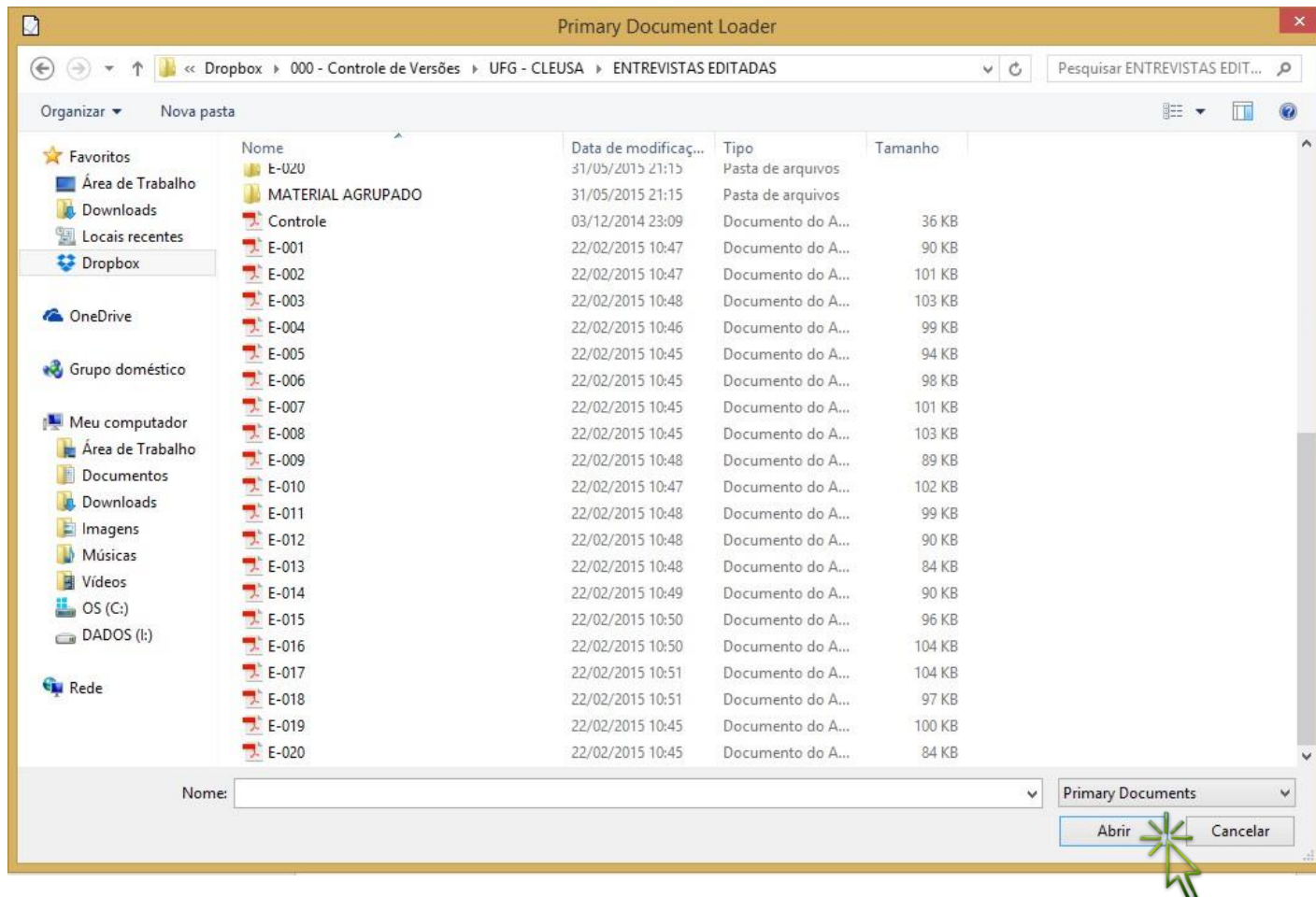


FIGURA 14 – TELA ONDE APARECEM OS DOCUMENTOS PRIMÁRIOS OS QUAIS SERÃO INCLUÍDOS AO CONTÊINER PRINCIPAL (UNIDADE HERMENÊUTICA)

A seguir, seleciono os arquivos (no meu caso, as 20 entrevistas de interesse) para serem adicionados e depois clico no botão [Abrir]:

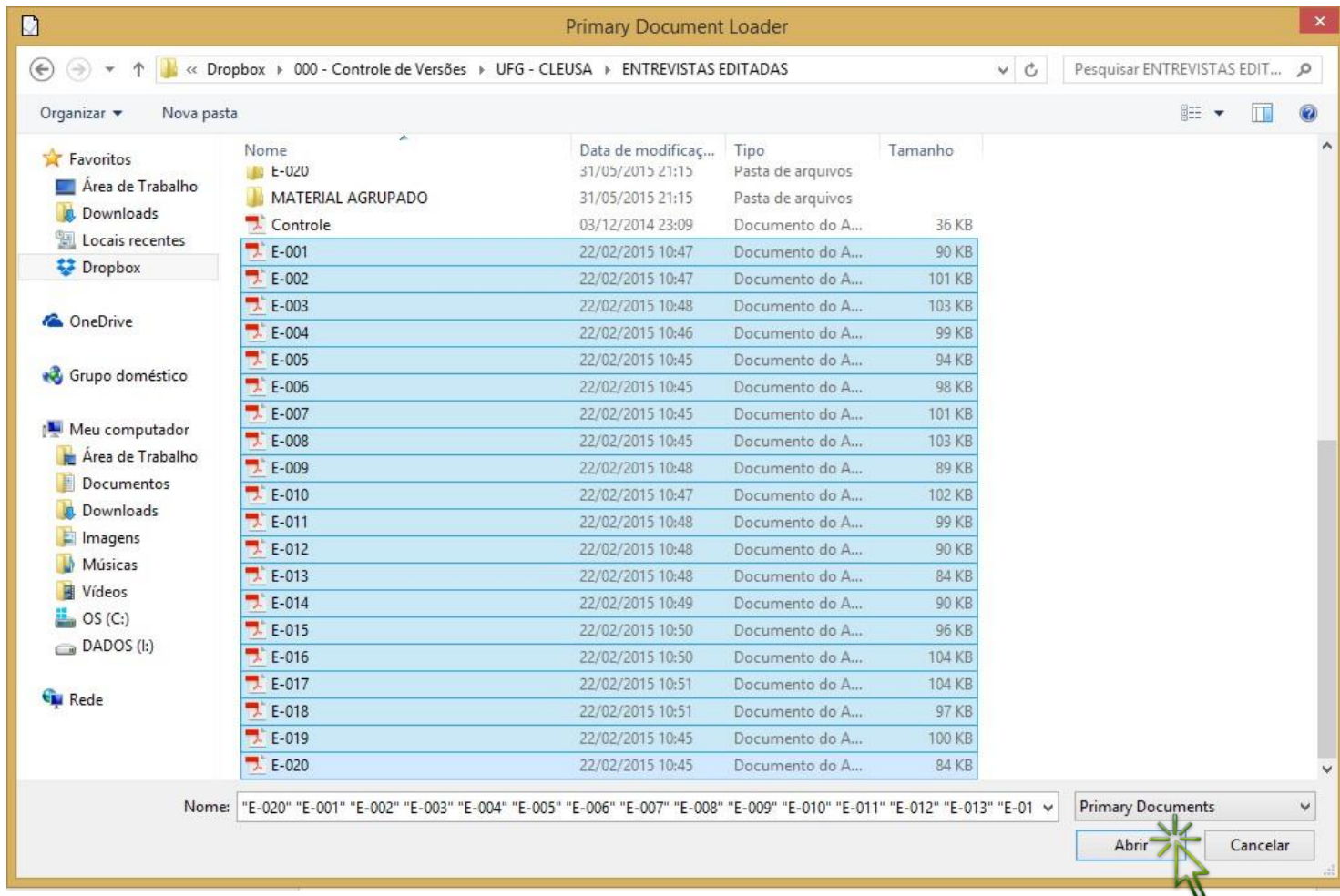


FIGURA 15 – SELEÇÃO DOS ARQUIVOS A SEREM INCLUIDOS COMO DOCUMENTOS PRIMÁRIOS.

O sucesso da adição dos documentos será expressado pela tela de checagem de qualidade de arquivos (File Quality Check) relatando, neste exemplo, a adição de 20 documentos com sucesso a HU.

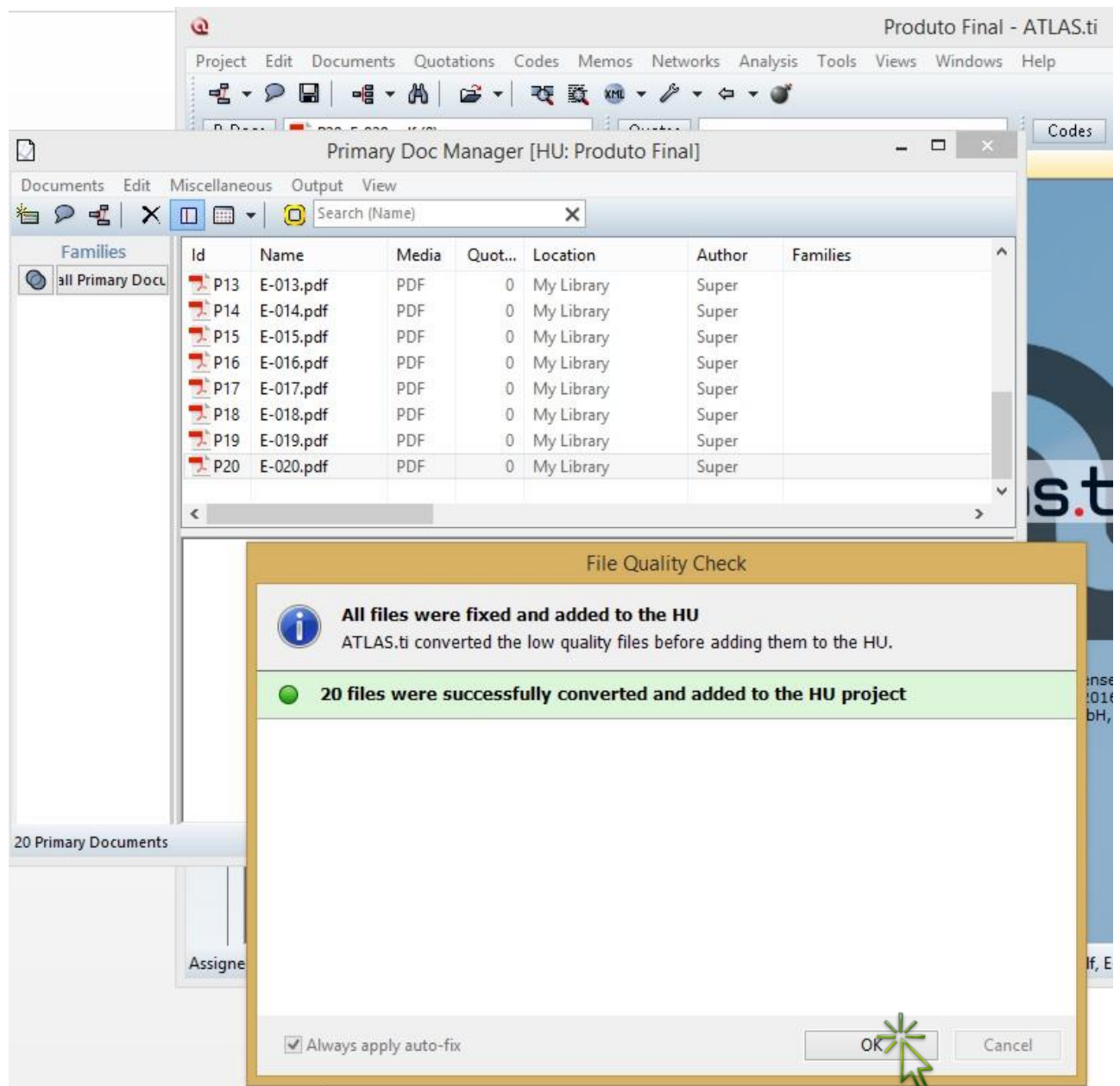


FIGURA 16 – TELA DE SUCESSO NA ADIÇÃO DOS DOCUMENTOS PRIMÁRIOS, NESTE EXEMPLO 20 ARQUIVOS FORAM ADICIONADOS COM SUCESSO.

Clicamos em [Ok].

Permanecerá a tela de manejo de documentos primários (Primary Doc Manager - PDM):

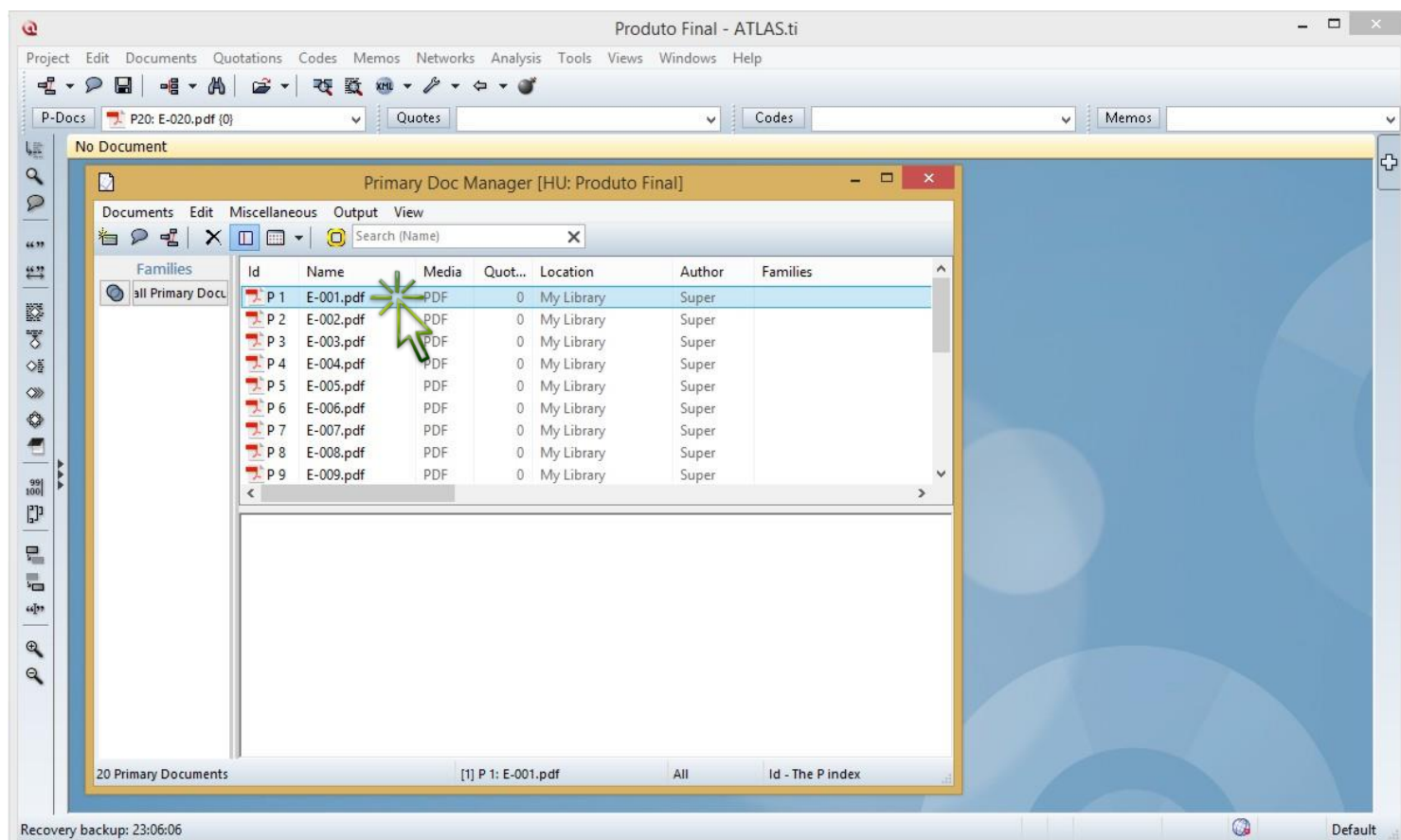


FIGURA 17 – ESCOLHEMOS UM DOCUMENTO PRIMÁRIO PARA O INÍCIO DOS TRABALHOS (NESTE CASO ESCOLHEMOS A ENTREVISTA Nº 1 – E-001.PDF)

Na barra de rolagem do PDM pode-se selecionar qual documento qual será trabalhado. Neste momento, escolherei a primeira entrevista (E-001) clicando-se sobre esta. Irá aparecer na tela de trabalho (atrás da PDM) o documento (E-001).

Para visualizar o documento podemos minimizar o PDM:

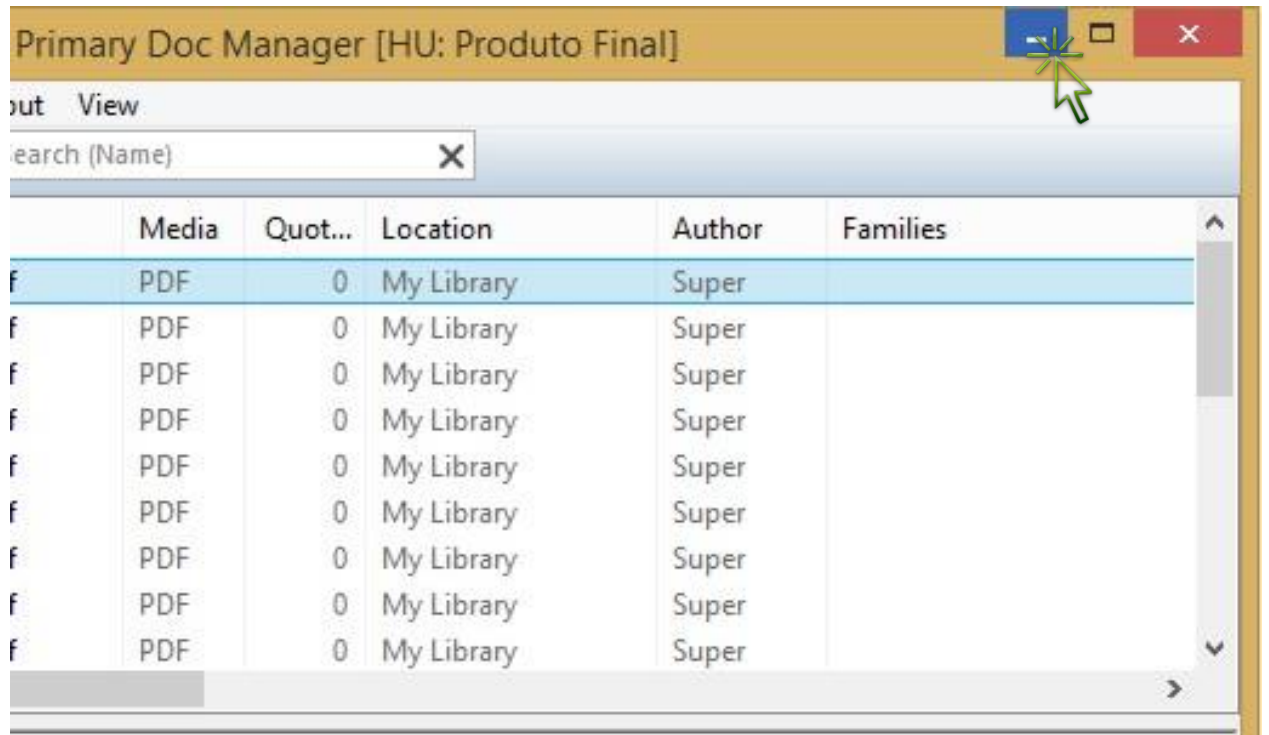


FIGURA 18 - MINIMIZANDO O PDM PARA VISUALIZAR O DOCUMENTO PRIMÁRIO SELECIONADO (NO EXEMPLO E-001.PDF).

A tela de trabalho do ATI ficará semelhante a esta:

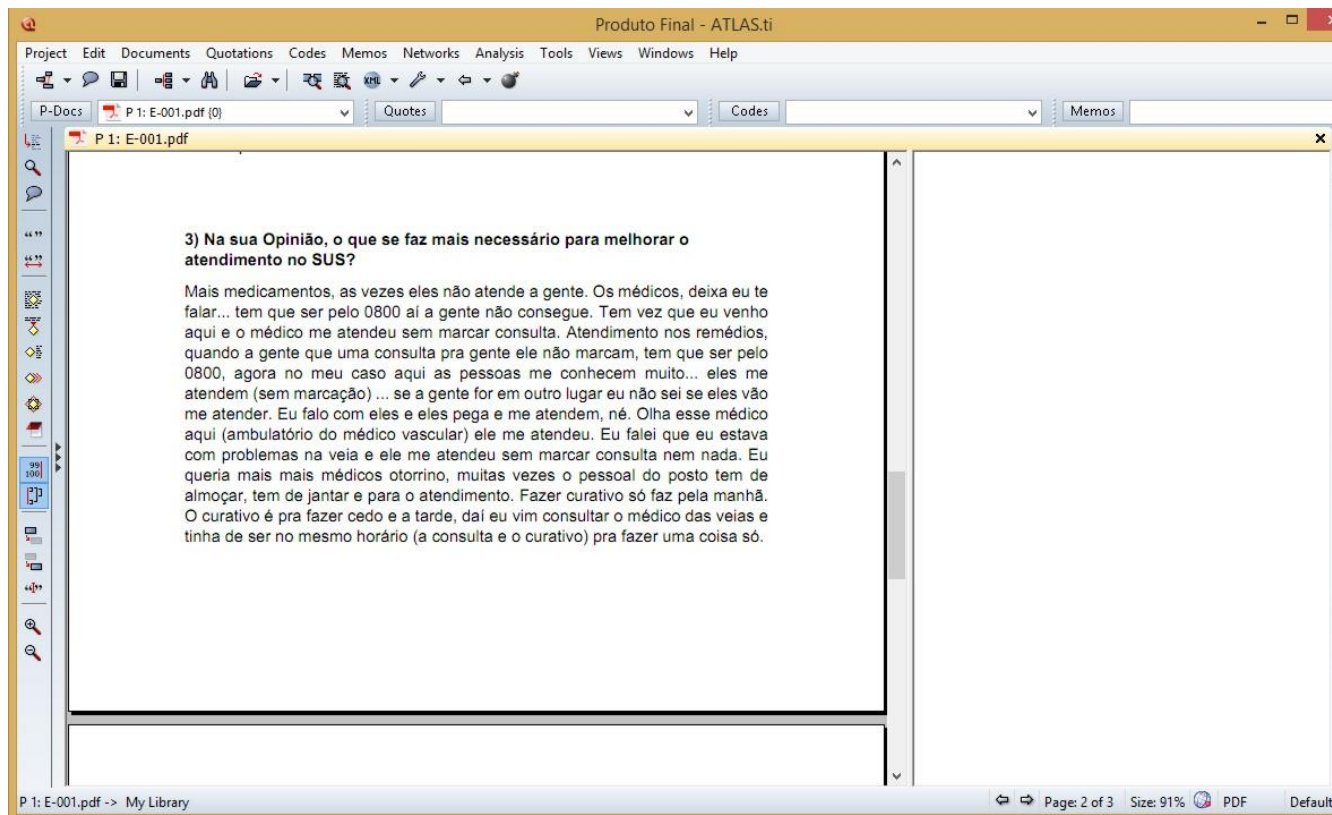


FIGURA 19 – EXEMPLO DE ENTREVISTA (E-001.PDF EM NOSSO EXEMPLO)

Vamos neste momento criar Famílias, que agruparão categorias semelhantes/inter-relacionadas: vamos clicar em codes e depois apontar para Families → Open Family Manager:

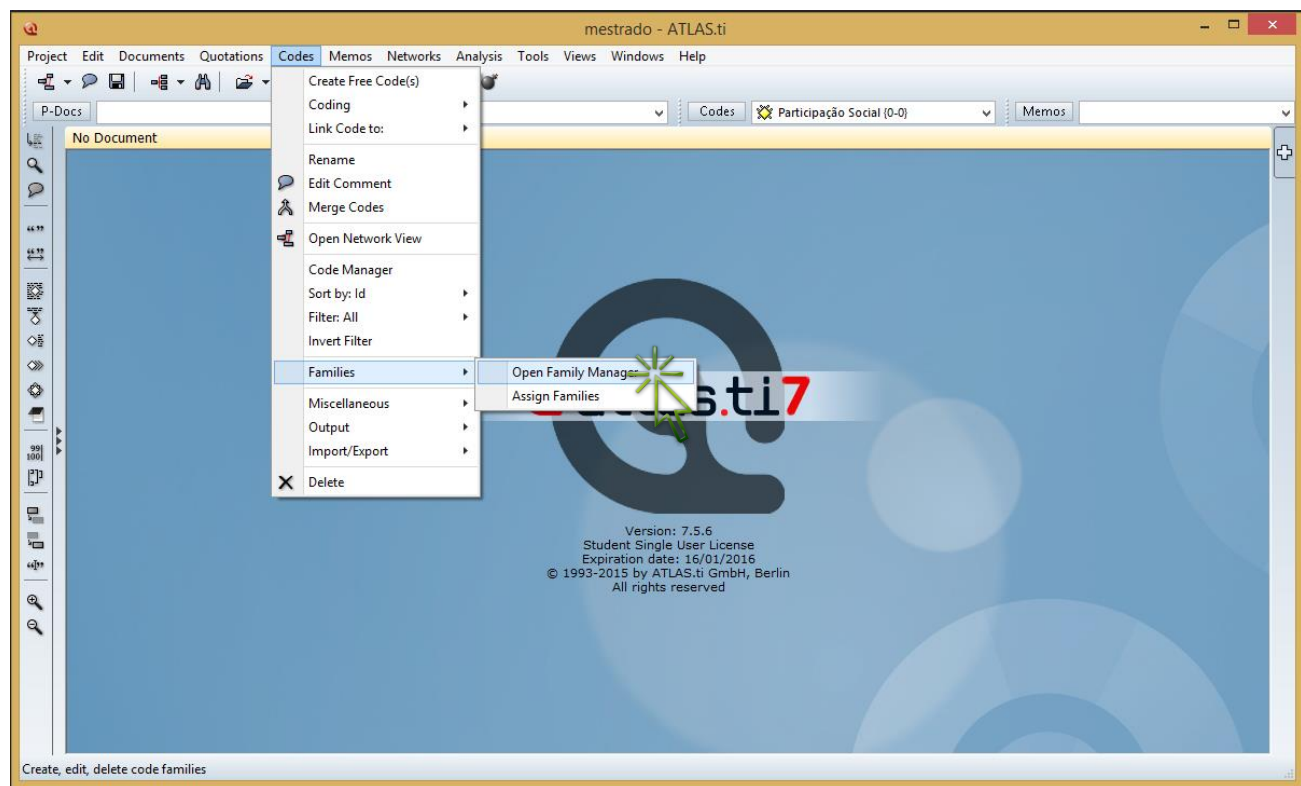


FIGURA 20 – CRIAÇÃO DE FAMÍLIAS

As famílias são conjuntos que agruparão categorias inter-relacionadas. Em nosso trabalho foram criadas três famílias.

Surgirá a tela de Manejo de Famílias de Código (Code Family Manager - CFM) onde clicaremos em New Family:

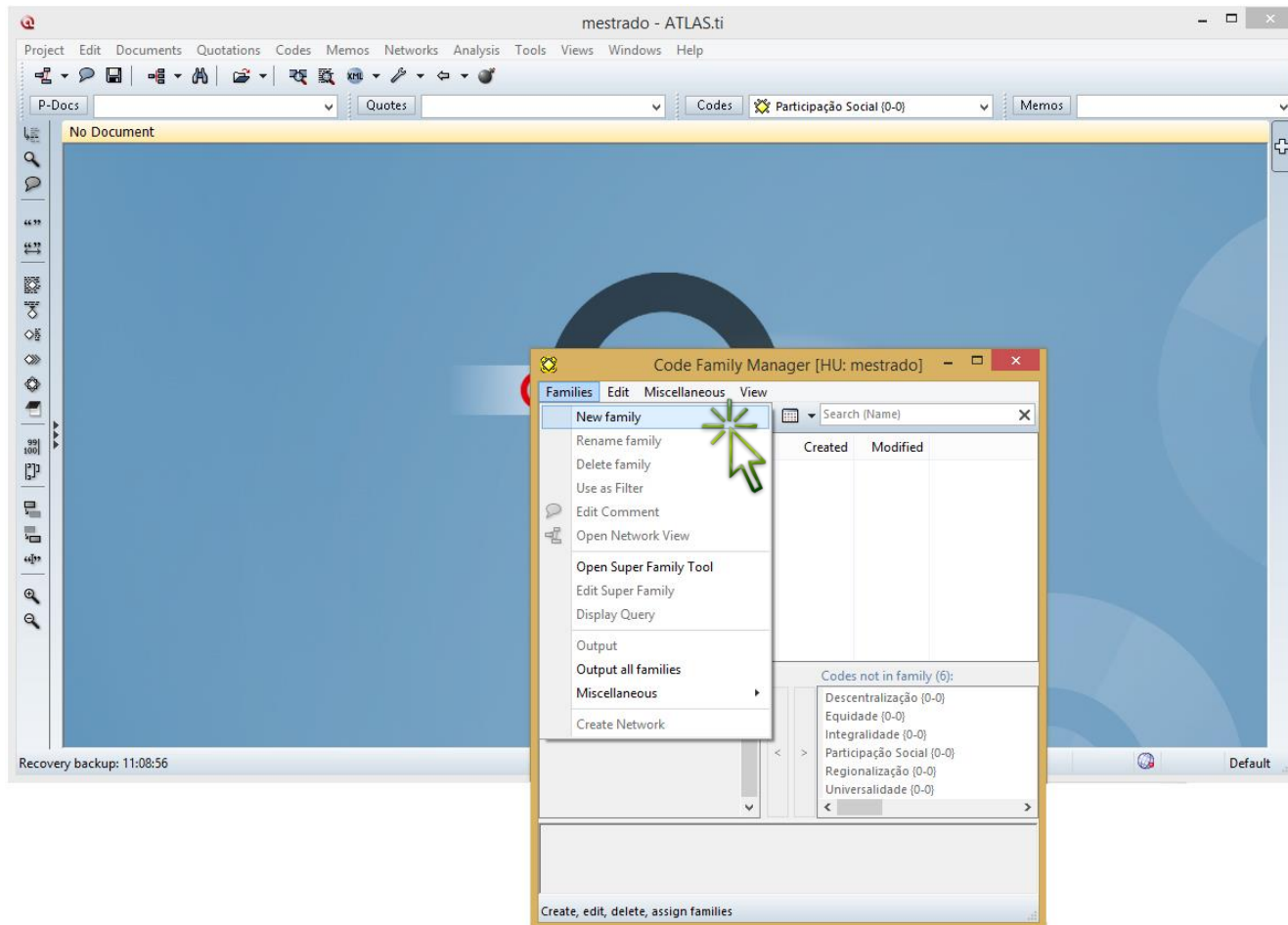
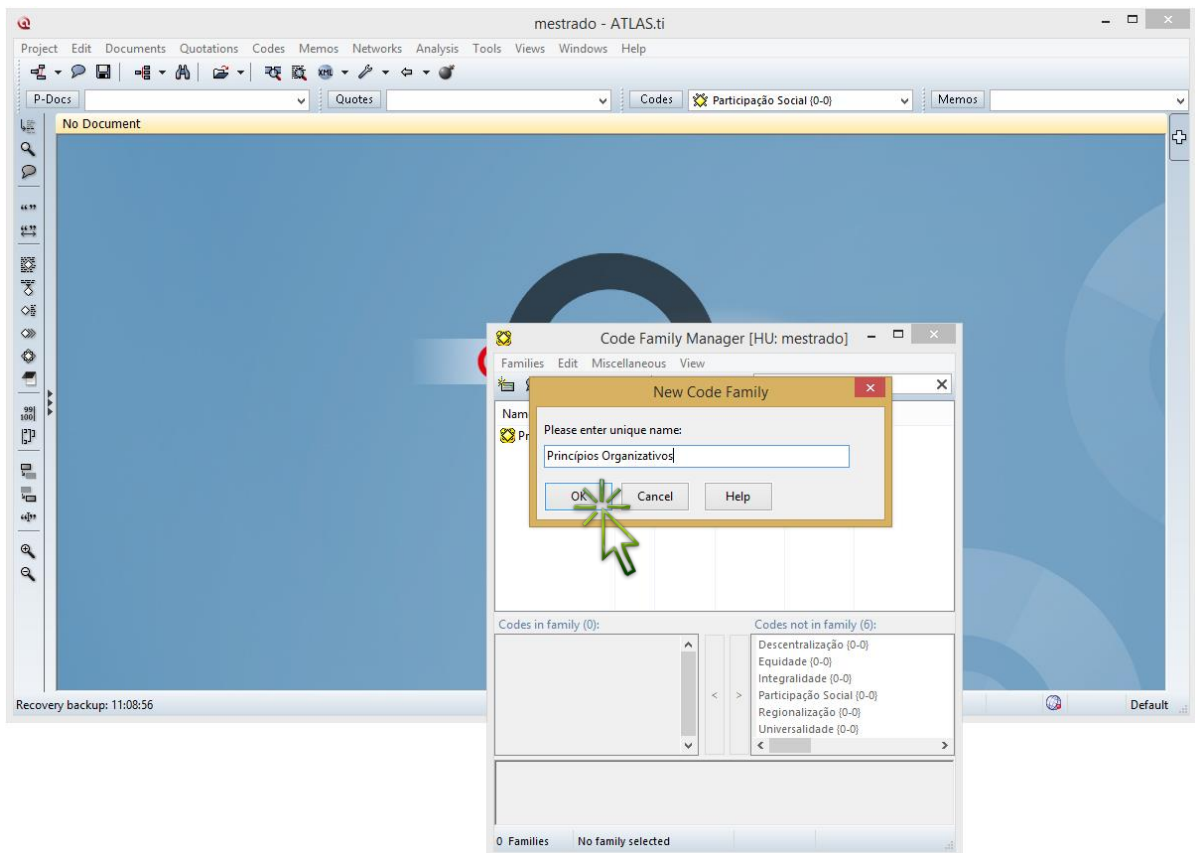
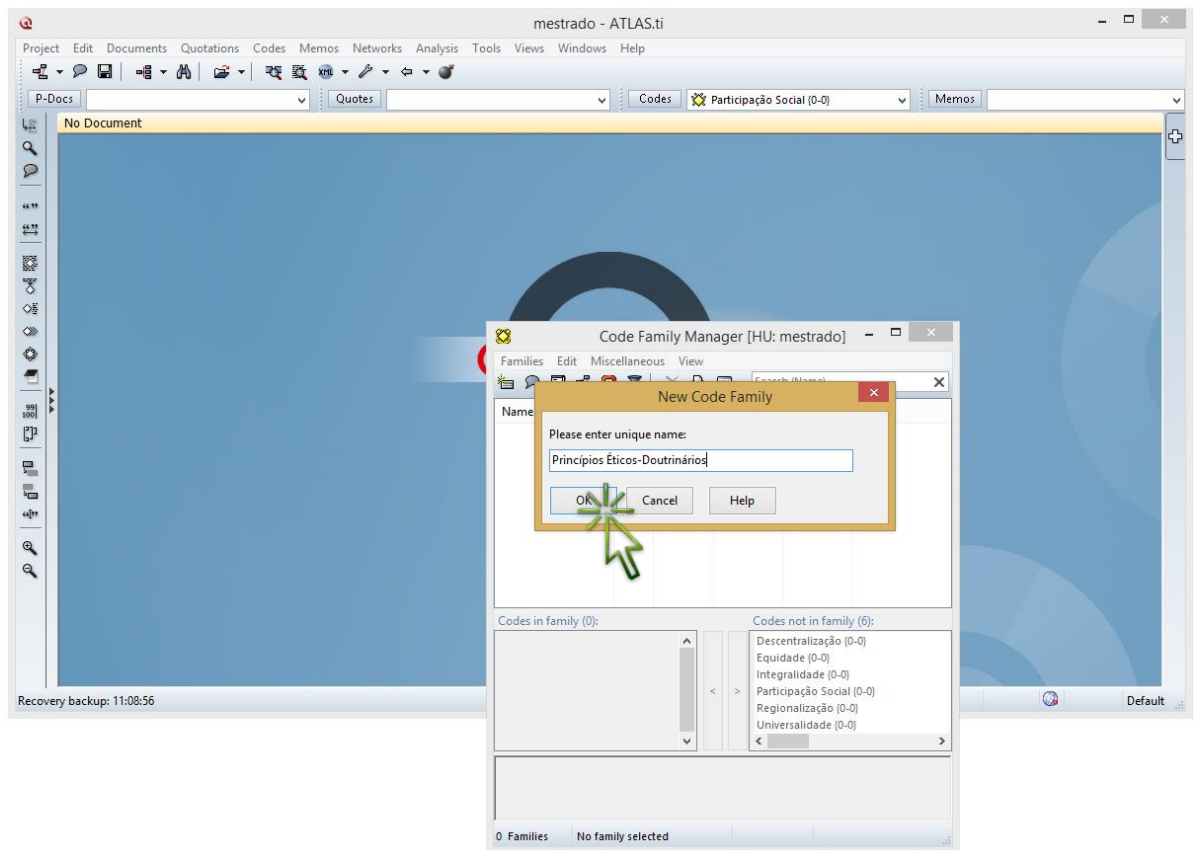


FIGURA 21 - CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS

Agora, se procede o Cadastramento de cada família que em nossa pesquisa são três: 1) Princípios Ético-Doutrinários; 2) Princípios Organizativos e 3) Categorias Naturais.



FIGURAS 22 E 23 – CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS: PRINCÍPIOS ÉTICO
DOCTRINÁRIOS E PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

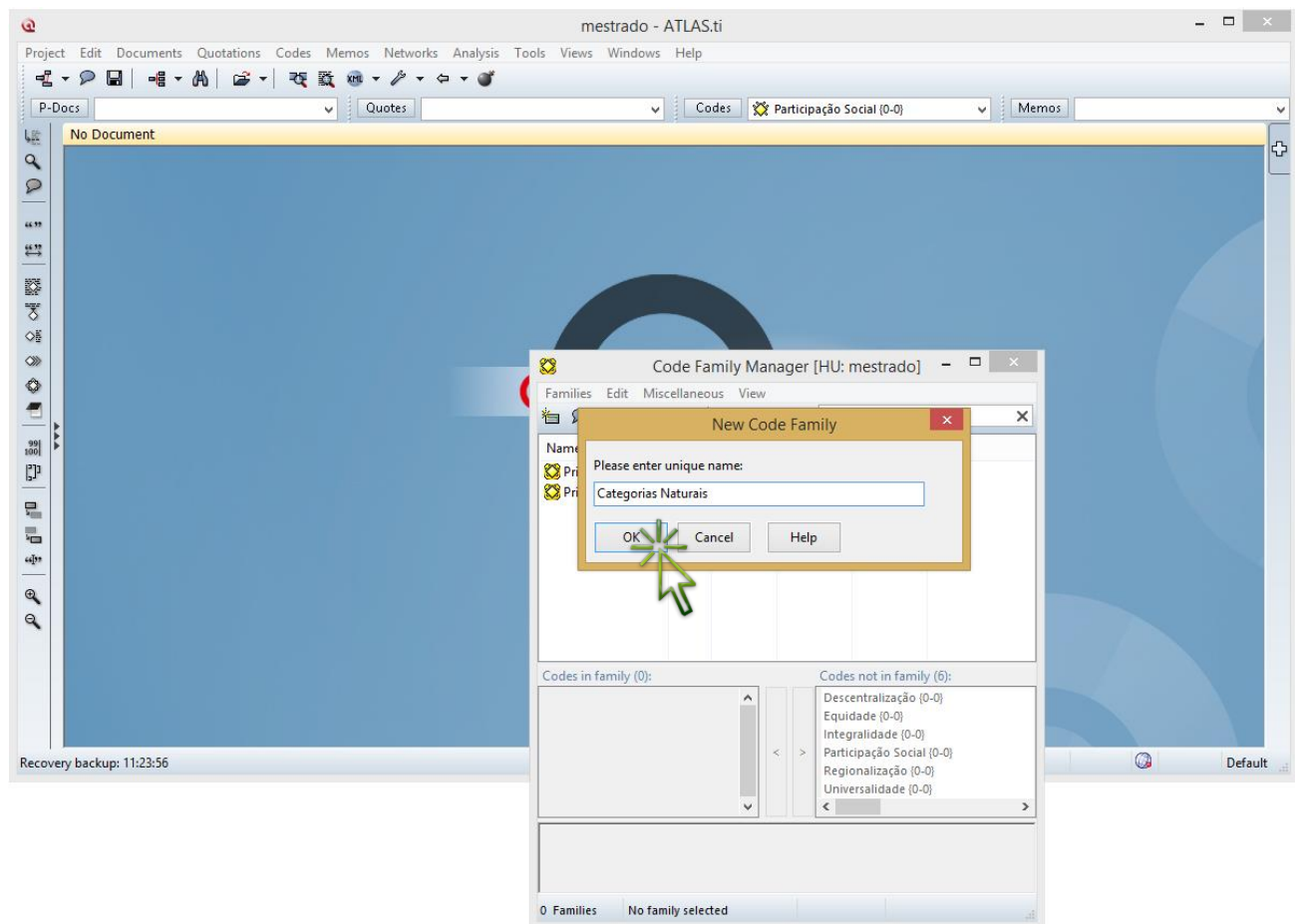
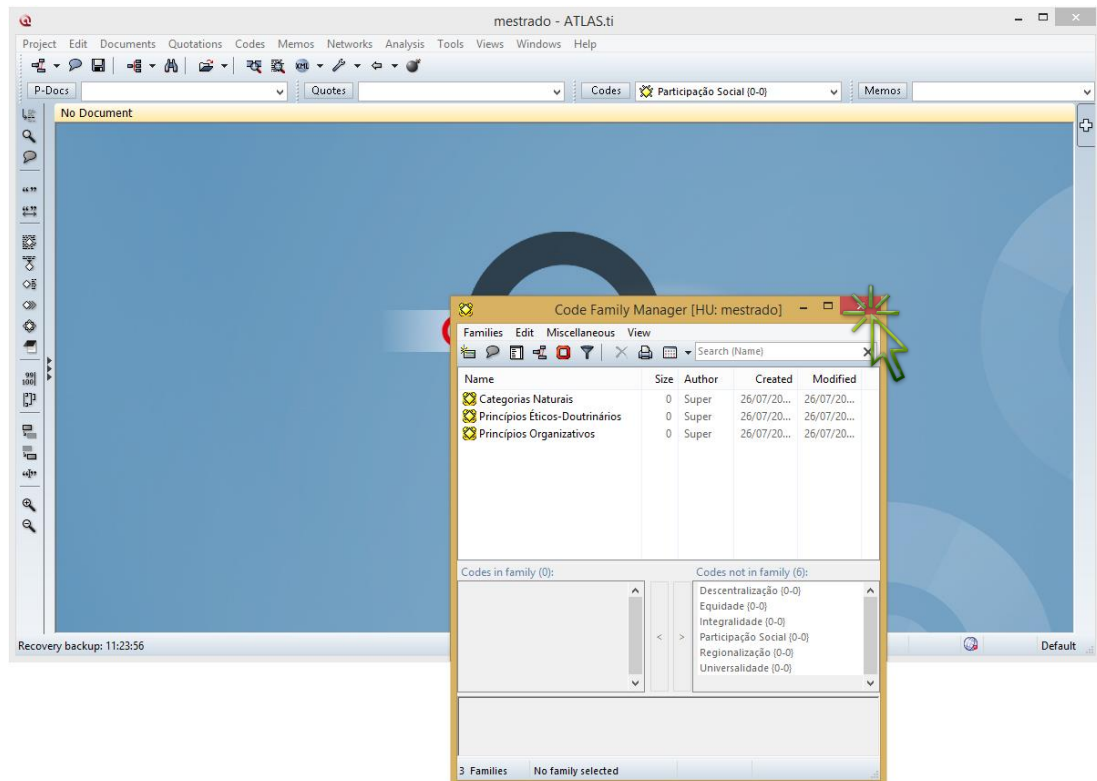


FIGURA 24 – CRIAÇÃO DA FAMÍLIA: CATEGORIAS NATURAIS

Após a criação das Famílias o CFM apresentará uma tela semelhante a esta:

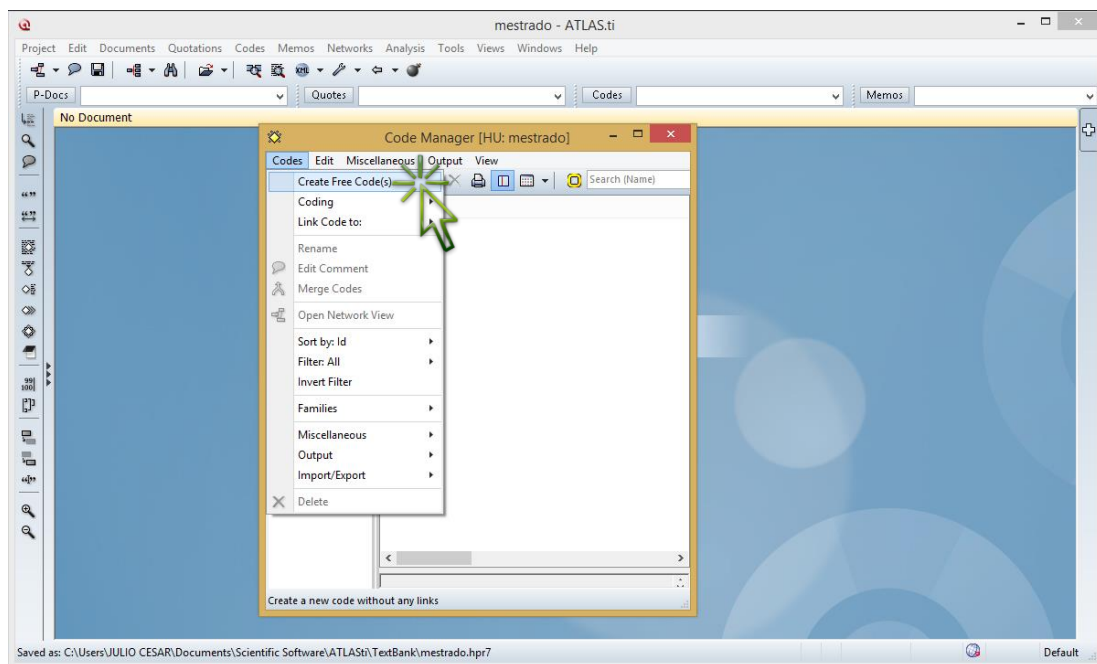


Fechamos o CFM, neste momento.

Com as Famílias criadas, em nosso trabalho foram pré-estabelecidas sete categorias as quais criaremos a seguir Clicando em Code → Code Manager:

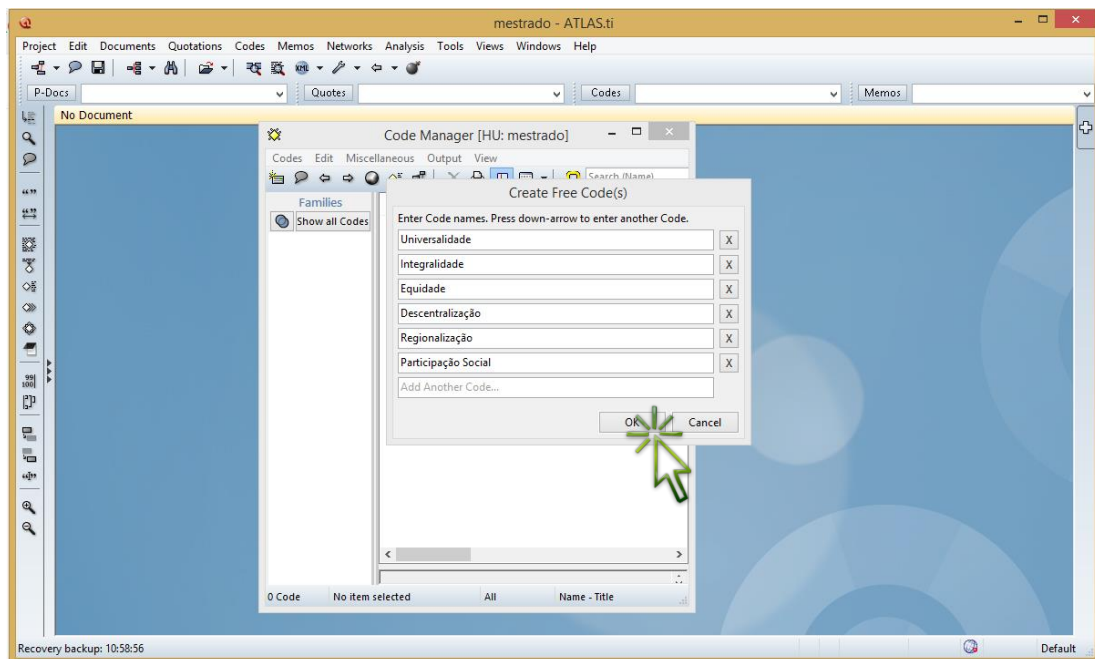


A tela Code Manager (CM):



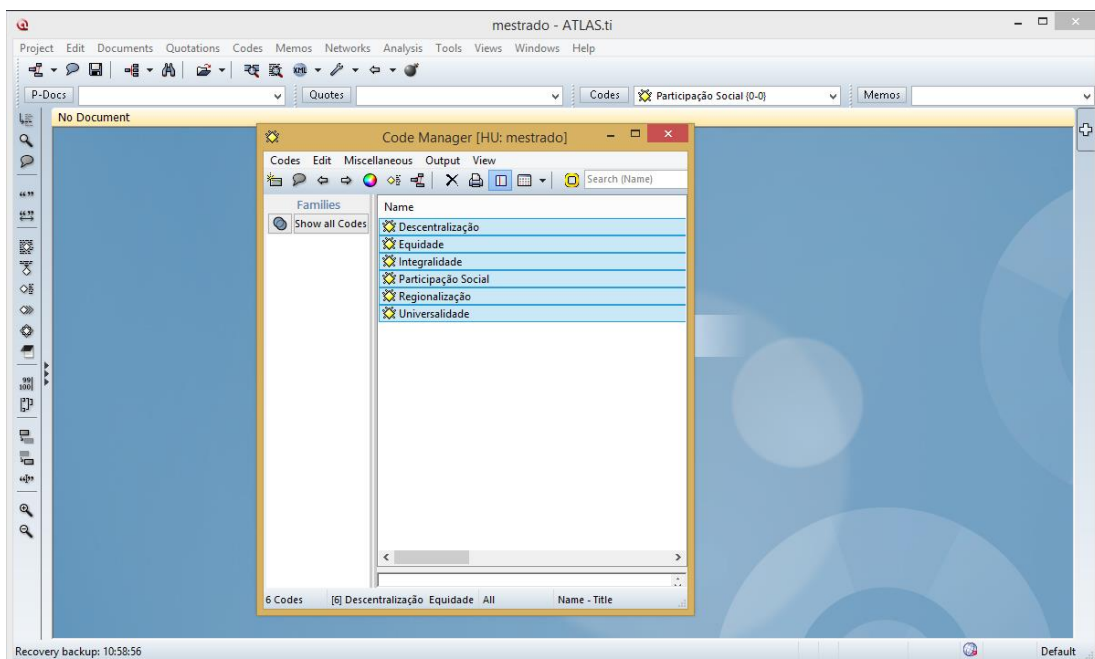
Clicaremos em Codes → Create Free Code(s) para criarmos as sete categorias de nosso trabalho.

Ao se clicar em Create Free Code(s) uma janela de cadastro de códigos (Codes) será aberta:



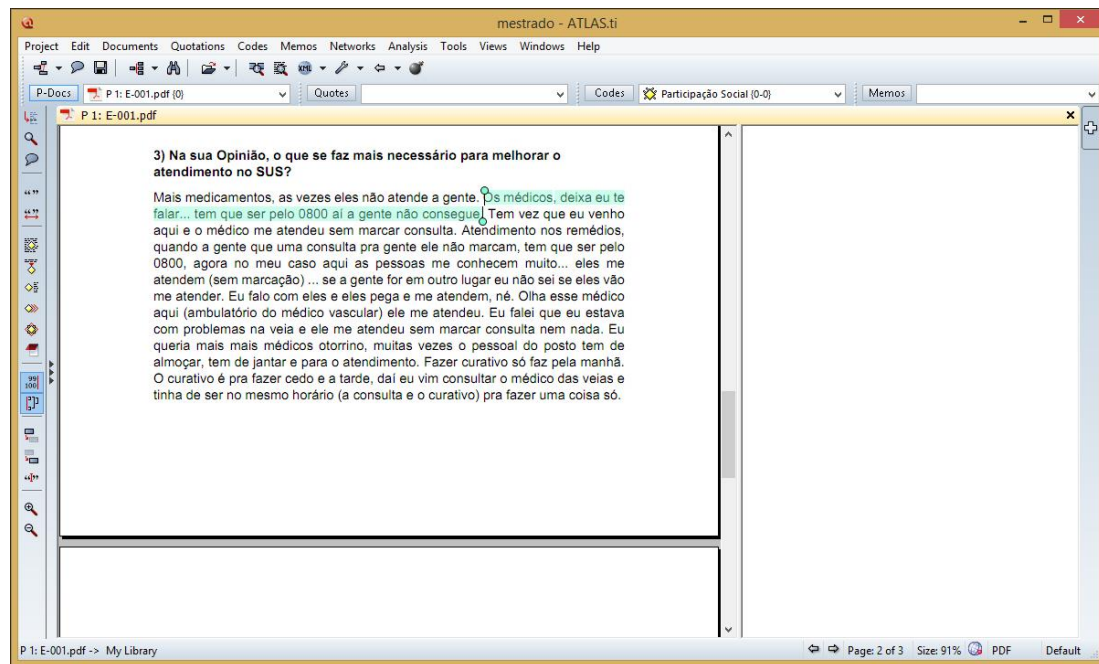
Digitei a primeira categoria (Universalidade) <pressione TAB>, depois Integralidade <TAB>, Equidade <TAB>, Descentralização <TAB>, Regionalização <TAB> e Participação Social [OK]

Após o cadastro das sete categorias a tela ficou como a seguir:

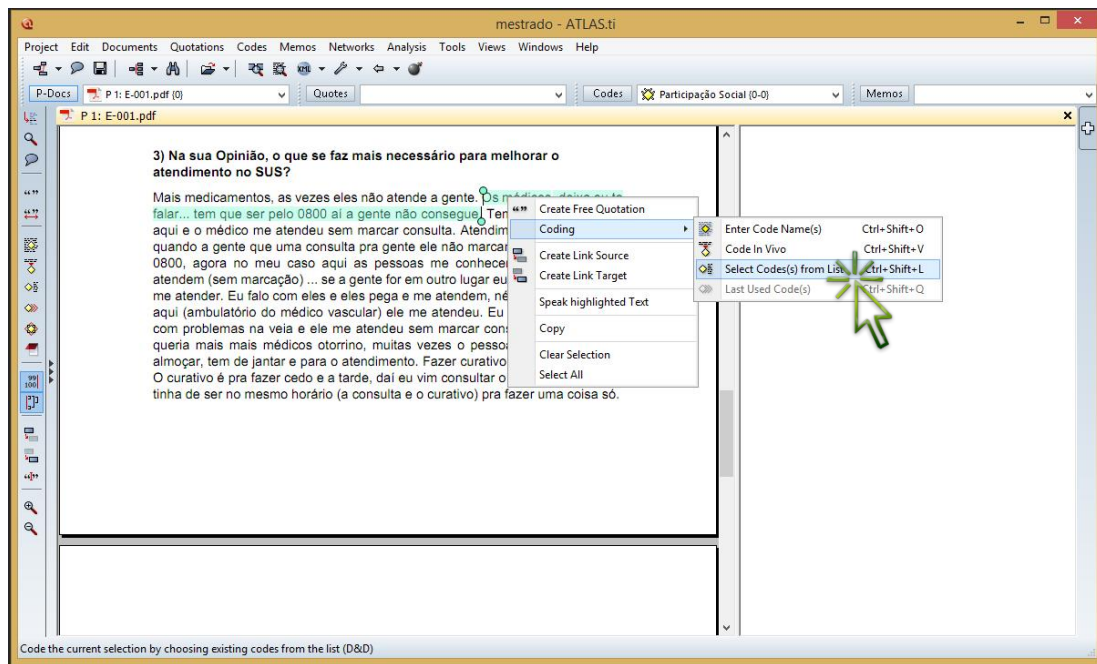


Para encerrar nosso guia rápido demonstraremos um exemplo de ancoramento (GLASER e STRAUSS, 2009) de dados, onde ligaremos uma citação (quotation), que na realidade é um trecho de nossa entrevista e ligaremos à sua respectiva categoria:

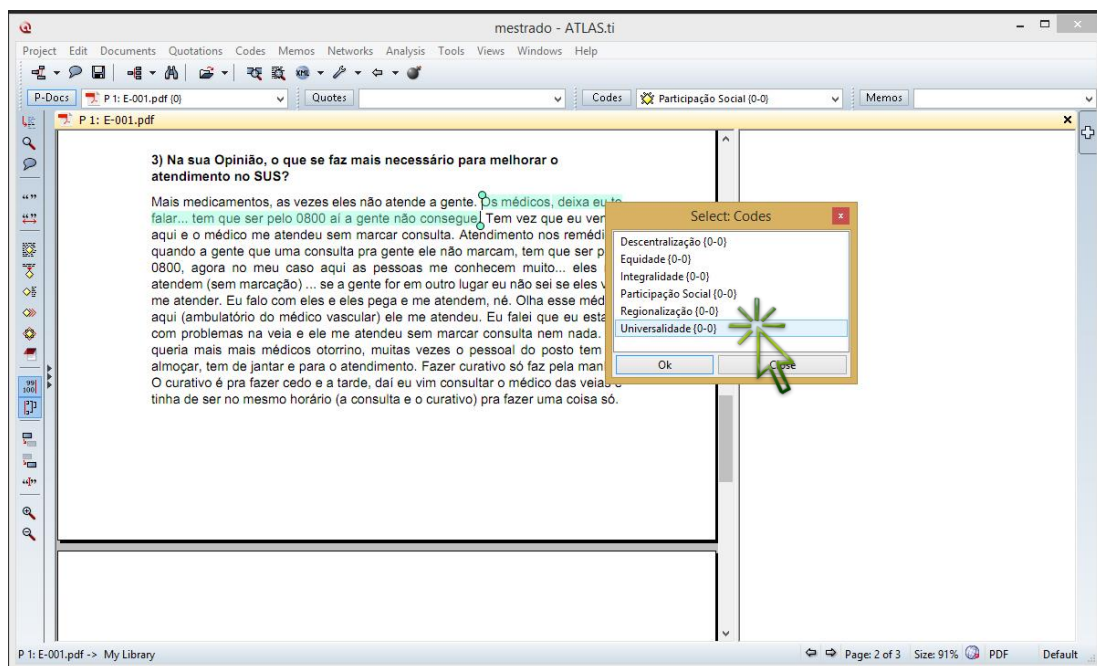
Com o botão direito do mouse pressionado seleciono o trecho de interesse:



Clico com botão esquerdo do mouse sobre o trecho selecionado: abrir-se-á uma janela que permitirá codificar (ou seja, categorizar) – ligar aquele trecho (quotation) à uma determinada categoria de interesse. <botão esquerdo do mouse> → coding → Select Code from List.



Ao se clicar em Select Code From List uma janela com os códigos (codes/categorias) surgirá e clicaremos na categoria a qual aquela citação (trecho/quotation) está ancorada:



Neste exemplo, ancorei o trecho ao código (categoria) Universalidade.

Há possibilidades múltiplas de ligações:

Ancorar

1. Quotation-Code (citação-código/categoria)

2. Code-Code (código-código) ou (categoria-categoria)
3. Code-Family (Código-Família)
4. Criações de hiperlinks de Significado
5. Dentre muitas opções

Depois, pode-se criticar os dados por famílias, por categorias, criar relatórios, gráficos, contagem de Unidades de registro.

Enfim, o ATLAS.ti, mostra-se como uma ferramenta bastante útil para análise de dados qualitativos.

JULIO CESAR SOUZA SILVA: ufg.mestrado@gmail.com

ATI → [p-docs] → Documents → Add Documents → (Selecionar os arquivos a serem incluídos na HU) → [Abrir]

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research: Transaction Publishers; 2009.



Universidade Federal de Goiás

**Programa de Pós Graduação
em Ensino na Saúde**

**ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
A PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS EM GOIÂNIA-GO**



Me. JULIOCESAR SOUZA SILVA

Dra. CLEUSA ALVES MARTINS

SOBRE O TRABALHO

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória, realizada em Goiânia, realizada entre dezembro de 2013 a dezembro de 2014, na Rede de Atenção à Saúde em Goiânia-GO.

OBJETIVO GERAL

Analisar o atendimento na Rede de Atenção à Saúde na perspectiva dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a percepção de usuáries em Goiânia, Goiás.

OBJETIVO ESPECÍFICO ABORDADO NESTE INFORMATIVO

- Identificar, na percepção dos usuáries sobre as ações desenvolvidas pelo médico durante o atendimento;

RESULTADOS

PERCEPÇÕES POSITIVAS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO MÉDICO

- A maioria das pacientes tem uma positiva dos profissionais médicos
- Os usuáries referem confiança em seu médico
- Sentimento de gratidão pelo senso de missão médica traduzindo significado de sacerdócio ao médico que se dedica ao atendimento no SUS

PERCEPÇÕES NEGATIVAS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO MÉDICO

- Letra ilegível
- Distanciamento na relação médico-paciente
- Falta de empatia
- Deficiência na Comunicação entre médico-paciente
- Consultas muito rápidas, com deficiências na realização de anamnese e exame físico;
- Excesso de encaminhamentos e solicitação de exames;
- Falta de efetividade dos tratamentos instituídos;
- Postura impessoal;
- Insegurança nas condutas e/ou expressão de cunho científico;



CONSIDERAÇÕES

A percepção das usuárias hipertensas em Goiânia, GO, revelou deficiências nas sete categorias estudadas:

- a. Universalidade: o atendimento não se faz plenamente Universal nem Integral, com ênfase nas dificuldades de Acesso e Acessibilidade;
- b. Equidade: O SUS em Goiânia ainda traz uma abordagem de uniformidade no trato, tratando igualmente os desiguais, desde o acesso até na prestação/execução dos serviços de saúde (Equidade);
- c. Regionalização: O tele agendamento (0800) transgride frontalmente o princípio da Regionalização promovendo a descontinuidade do Seguimento Clínico e o princípio da Territorialidade;
- d. A hierarquização possui abordagem enrijecida e isto culmina em limitação de acesso às demandas dos usuários fazendo-os retornar repetidamente ao nível primário, congestionando a demanda neste nível;
- e. A participação social, em Goiânia, carece de espaços físicos e mais estímulos, através dos meios de comunicação, para que a sociedade venha ativamente exercer sua cidadania;

O cenário é desfavorável para prática clínica de boa qualidade, e, por essa razão é necessário reforçar abordagens pedagógicas, na escola médica, que reiteram a importância do atendimento centrado na pessoa, adotando postura humanizada, ética, pautada em elevados padrões de excelência.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. SOUZA-SILVA JC. ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS EM GOIÂNIA-GO. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2015.