

A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA EM UNIDADES DE SAÚDE DE VILA VELHA (ES), BRASIL

THE USER'S PERCEPTION ON THE DENTISTRY HEALTH SERVICES IN HEALTH UNITIES IN VILA VELHA (ES), BRAZIL

Ana Rosa Murad Szpilman¹, Aduino Emmerich Oliveira²

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Centro Universitário Vila Velha (UVV)

² Pós-doutor pela ENSP/Fiocruz; Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Correspondência: (szpanarm@yahoo.com.br)

RESUMO

O desafio do SUS é atender às necessidades dos usuários, sendo que a escuta da opinião de quem recebe a assistência é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde. Com isto, objetivou-se desvelar a percepção dos usuários acerca do acolhimento e demais dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal nas US de Araçás e Ibes - Vila Velha, ES. Através de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, evidenciou-se o prolongado tempo de espera por uma consulta, a dificuldade de horário para quem trabalha, dificuldade para quem necessita de visita domiciliar, além das dificuldades de acesso às consultas especializadas. Conclui-se que, apesar de os usuários estarem satisfeitos em geral com o atendimento, há um desconhecimento dos seus direitos, não há entendimento do que é um acolhimento e o serviço é ainda confundido com filantropia.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Serviços de Saúde, Acolhimento, Saúde Bucal.

ABSTRACT

The Single Health System's challenge is to attempt the user's needs, in which listen to the opinion of whom receives the assistance is a very important element in the evaluation of health services. Therefore, the main goal of this study was to reveal the user's perception on user embracement and other devices that orient the integral attention in Oral Health in the Health Unities of Araçás and Ibes - Vila Velha, ES. Through semi-structured interviews and content analyses, it was demonstrated a long period of waiting for an appointment, the timing difficulties for whom works, difficulty to whom needs home care, besides the difficulties for accessing the specialized appointments. In conclusion, even though the users are in general satisfied with the attendance, there isn't a knowledge of their rights, there isn't a clear understanding of what is user embracement and the service is still mixed up with philanthropy.

Keywords: Family Health Program, Health Services, User Embracement, Oral Health.

INTRODUÇÃO

Na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabeleceram algumas definições, que culminaram na implementação da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil como um dos elementos essenciais para cumprimento da estratégia de "Saúde para todos até o ano 2000". Posteriormente, aconteceram reflexões e movimentos que se consolidaram nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, cujas propostas foram incluídas no texto da Constituição Federal (CF) de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Para atender às reais necessidades dos usuários do sistema, foi editada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº. 675, de 30 de Março de 2006, que reforça esses direitos já garantidos na CF, a qual estabelece que: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos¹.

Atuar sob as novas orientações estabelecidas pelo SUS exigiu dos governantes uma reorganização da rede de serviços de saúde. Considerando diversas experiências estaduais e, principalmente, municipais no nordeste do país, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde (MS) optou pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994², definido como a principal estratégia para implementação e organização da APS, com foco na unidade familiar, inserido na comunidade e, ainda, comprometido com a integralidade da assistência à saúde³. Em 2006, pela complexidade que encerram suas ações e por seu nível de ação transcender a de um programa, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴.

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes⁵. Um dos princípios fundamentais desta estratégia é a atenção integral, que deve ser associada à humanização, sendo que uma das

principais ações para se concretizar na prática a humanização da atenção é o acolhimento, o receber bem, o dar respostas às necessidades de saúde da população⁶, que deve definir as ofertas de um serviço, e não o contrário⁷.

Considerando a saúde como direito cidadão e a saúde bucal como parte constitutiva e determinante da saúde geral do indivíduo, é fundamental que ela esteja presente e organizada conjuntamente com as demais ações básicas de saúde. Sendo assim, foi acrescida à Equipe de Saúde da Família original as Equipes de Saúde Bucal (ESB), com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas por esse nível de atenção primária, respeitando também os seus princípios operativos e operacionais.

Desta forma, foi, então, publicada a Portaria MS/GM nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, na qual o MS estabeleceu incentivos financeiros direcionados para a reorganização da atenção em saúde bucal^{4,8,9}. Logo a seguir foi publicada a Portaria MS/GM nº. 267, de 06 de março de 2001, que dispunha sobre as normas e diretrizes do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, em março de 2001¹⁰. No mesmo ano a odontologia foi inserida na ESF para suprir a carência da população nessas ações estratégicas de saúde bucal, ampliando sua abrangência, com a intenção de incluir a população até então excluída do direito de acesso ao tratamento odontológico^{4,11,12}.

A ideia deste estudo encontra amparo na literatura, que descreve que, através da perspectiva do usuário, se pode obter informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população¹³. As pesquisas que avaliam a satisfação do usuário propiciam aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços de saúde, bem como avanços na gestão desses serviços¹⁴. Ainda, a avaliação da satisfação dos usuários deve ser valorizada, não só para estudar as relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde, mas também como instrumento de controle social¹⁴.

Um marco absolutamente importante na história da saúde pública no Brasil foi a inscrição da participação da comunidade na CF de 1988. Desta forma, o controle social e a gestão democrática acarretam num sistema de saúde de cogestão, aberto à participação dos interesses populares, representados pelos usuários organizados, colocando no centro do processo de produção de serviços e também no campo de formulação de políticas a atuação democrática de sujeitos sociais¹⁵.

Seguindo a mesma linha de pensamento, a escuta da opinião de quem

recebe a assistência é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, bem como da forma como o sistema de saúde se organiza para viabilizar o atendimento¹⁶. Da mesma forma, a visão do usuário é pertinente, uma vez que é o reflexo do que o serviço lhe oferece¹⁷.

Pode-se, então, posicionar o usuário como protagonista do sistema de saúde, que, uma vez ouvido, proporciona melhorias na relação entre o serviço e o usuário, impactando diretamente na qualidade de vida das pessoas, sendo, portanto, fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento que lhes é prestado, o que leva a repensar as práticas profissionais ou, ainda, intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento¹⁸. Portanto, a percepção dos usuários sobre a prática da ESF é muito importante, pois a comunidade é a razão da sua existência, devendo ser identificada como sujeito capaz de avaliar e também intervir, modificando o próprio sistema e, desta forma, fortalecendo a democracia em saúde¹⁹.

Por todas estas considerações, o presente estudo teve como objetivo desvelar a percepção dos usuários dos serviços de saúde bucal da ESF acerca do acolhimento e dos dispositivos que orientam a atenção integral na saúde bucal, quais sejam: acesso, vínculo, autonomia, responsabilização e resolutividade, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Araçás e Ibes, no Município de Vila Velha, situado na Região Metropolitana do estado do Espírito Santo, Brasil.

MÉTODOS

O estudo priorizou uma abordagem qualitativa²⁰, tendo como cenário o município de Vila Velha - ES, no qual a implantação da ESF se deu em 2003. Atualmente há 17 UBS, sendo 7 Unidades de Saúde da Família (USF) e 10 convencionais, contando com uma cobertura populacional de 27% enquanto ESF, 28% para PACS e 16% pela saúde bucal²¹.

As UBS selecionadas obedeceram a certos critérios de exclusão e de inclusão. A UBS de Vila Nova foi excluída por ser o local de trabalho da pesquisadora, evitando assim qualquer atitude tendenciosa na pesquisa. Na literatura descreve-se um percentual de 40 a 50% de tendência de respostas positivas pelos entrevistados, pelo receio de resultar em alguma sanção no atendimento²². A UBS de Barra do Jucu, cuja ESB não se encontra nos moldes da portaria reguladora da saúde bucal do MS, foi também excluída.

Como critérios de inclusão foram considerados, primeiramente, o tempo de implantação da ESF e posteriormente a

quantidade de ESB. Estes critérios foram adotados meramente por escolha da pesquisadora, justificados pelo fato de que, ao avaliar a percepção dos usuários inseridos na ESF, o tempo de implantação determinou um maior envolvimento e uma maior experiência e, conseqüentemente, um maior vínculo. E, ainda, quanto ao número de equipes, ao incluir as unidades com maior número de equipes, foi possível abranger, por consequência, um maior número de usuários a serem entrevistados e, portanto, resultados mais ricos para a análise de conteúdo ao determinar as categorias.

Assim sendo, a UBS de Terra Vermelha não foi incluída, uma vez que a implantação da ESF se deu em Abril de 2006, ainda muito recente, apesar de contar com um número de ESB bem considerável. As UBS de Ulisses Guimarães e de Ponta da Fruta também não fizeram parte do estudo, pois a implantação da ESF se deu em Julho de 2004, ou seja, posteriormente à implantação nas UBS de Araçás (Outubro de 2003) e do Ibes (Abril de 2004), ambas contando com 3 ESB, que foram então selecionadas. Ressalta-se que a base para a seleção de duas unidades de saúde deu-se por se tratar de um estudo qualitativo.

Fizeram parte da investigação os usuários das unidades selecionadas, diretamente atendidos pelas equipes em questão. A abordagem realizada seguiu o critério de saturação ou ponto de exaustão, que consiste em delimitação da suficiência dos dados a partir do momento em que as respostas vão se repetindo e novas questões não emergem²⁰, ficando assim: 5 usuários escolhidos aleatoriamente de cada unidade, totalizando 10 usuários ao final; isso foi suficiente para atingir o ponto de saturação.

O levantamento das informações foi realizado através da técnica de entrevista na modalidade semiestruturada, para a qual foi utilizado um roteiro, sendo realizada apenas pela pesquisadora, de forma individual, gravada e depois transcrita para registro e análise dos discursos. No intuito de destacar de um conjunto algo específico, prestando atenção às suas características, também foi realizada a observação sistemática, com registro das anotações em um diário de campo e analisadas posteriormente. O período de coleta de dados se deu de Setembro a Novembro de 2009. A técnica utilizada para análise do material coletado foi a Análise de Conteúdo²³. As categorias definidas foram agrupadas em dois grandes grupos de análise, sendo eles: acesso, vínculo e acolhimento; e resolutividade e satisfação do usuário.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro

de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), já com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, registrada com o n.º. 090/09, cumprindo os procedimentos internos da Instituição. A cada um dos sujeitos, que se dispuseram livremente a participar da pesquisa, foi entregue um Termo de Consentimento Informado, para ser assinado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente descreve-se o perfil dos usuários, sujeitos desta pesquisa. Dos dez usuários entrevistados das UBS de Araçás e Ibes, oito eram mulheres, e dois, homens. A idade variava bastante: o usuário mais novo tinha quatorze anos, e o mais velho, setenta e quatro anos; os outros usuários pesquisados tinham entre vinte e seis e cinquenta e cinco anos.

Com o intuito de avaliar o nível de entendimento, tanto no que dizia respeito à clareza do instrumento de pesquisa, como também em relação às atividades educativas organizadas pela ESB para os seus usuários, o nível de escolaridade foi medido. Do universo pesquisado, três usuários estavam ainda cursando o ensino fundamental; dois já o haviam completado; três possuíam o segundo grau completo, um estava cursando o nível superior e, por último, um já o havia completado. Desta forma, pode-se pressupor que os entrevistados possuíam um nível de entendimento consideravelmente bom, o que determinou resultados mais precisos ao serem questionados durante a entrevista, além de absorverem as informações das atividades educativas, às quais foram submetidos, de forma fidedigna.

O nível de renda foi também identificado com a finalidade de avaliar as condições dos usuários de possuir bens materiais que muitas vezes proporcionam acesso a informações mais precisas, além de demonstrar o seu poder de compra, até mesmo em relação aos produtos de higiene bucal de uso diário. Um outro aspecto relacionado ao nível de renda dos usuários pode ser aqui descrito como o poder de buscar certas necessidades de atendimento que a rede pública ainda não oferece, como serviços de prótese, ortodontia, implante, entre outros. Os entrevistados responderam a este quesito de tal forma que um possuía renda de R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais), cinco deles recebiam um salário mínimo, dois variavam entre dois e três salários mínimos, um entre três e quatro salários mínimos, e, por último, um usuário destoava do restante, pois possuía uma renda de oito salários mínimos. Ao serem analisados tais resultados, observou-se que os

usuários não possuíam uma renda que lhes permitisse buscar atendimento no sistema privado de saúde, determinando uma total dependência do sistema público, o que tornava mais grave a limitação na oferta de serviços odontológicos na rede de atenção do município de Vila Velha.

Para a transcrição dos discursos dos sujeitos, será utilizado USU e numeração para denominar os usuários, ficando, assim, USU1 a USU10, preservando suas identidades.

Acesso, Vínculo e Acolhimento

O primeiro tensionamento descrito na relação de acolhimento do usuário pelo profissional está no acesso ao serviço odontológico⁹. Pode-se entender o acesso como a “porta de entrada”, local de acolhimento do usuário ao buscar os serviços de saúde, e, por último, os caminhos percorridos pelo usuário no sistema de saúde na busca de resolver a sua necessidade²⁴. Analisar o acesso é uma forma de avaliar o serviço; porém, torna-se necessário precisar que tipo de acesso é esse, se ele é resolutivo ou não, se funciona de forma acolhedora para com o usuário, se promove autonomia e se há a construção do vínculo.

A introdução da ESF vem sendo relacionada com uma melhoria de acesso⁶, sendo que este é muitas vezes focado pela população como um aspecto positivo em relação aos serviços tradicionais²⁵. Porém, a literatura também vem enfatizando que há grandes dificuldades de acesso às consultas odontológicas^{22,26}, e, ainda, mesmo quando é constatado um progresso no acesso dos usuários aos serviços, ainda se mostram deficientes em relação ao acesso universal²⁷.

Na avaliação do acesso propriamente dito, oito dos dez entrevistados declararam ter sido “fácil” marcar a consulta com o cirurgião-dentista (CD), quer por iniciativa própria, quer por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Da análise dos discursos dos dois usuários que relataram ter sido difícil o acesso às consultas odontológicas, um descreveu dificuldade, mesmo tendo sido indicada pelo secretário do município, enquanto que o outro mencionou uma longa espera de alguns anos, após ter sido inserido seu nome na lista de espera.

Neste momento, vale uma avaliação do universo pesquisado, sendo que as USU1 e 9 estavam grávidas, o USU2 fazia parte do grupo da terceira idade, além de ser hipertenso, e o USU7 tinha idade inferior a 18 anos, ou seja, faziam parte dos grupos prioritários, ou seja, de menores de idade, grupo da terceira idade, grávidas, hipertensos e diabéticos. Esses grupos prioritários muitas

vezes são vistos como uma forma de segmentação, reprimindo a demanda dos não prioritários²⁵. Desta forma, a avaliação do acesso como não havendo maiores dificuldades não pode ser aceita como retrato da realidade dos usuários dos serviços odontológicos nas UBS da Prefeitura Municipal de Vila Velha (PMVV).

O acesso vem sendo, de fato, referido pelos usuários como um dos principais fatores que comprometem a assistência, sendo que o tempo de espera prolongado é apontado como o maior dificultador¹⁶, que traz uma insatisfação substancial³, havendo, até mesmo, permanência de filas nas próprias USF²⁵. A dificuldade de acesso pode estar relacionada com a escassa oferta de consultas médicas e, principalmente, odontológicas¹⁶, em contraposição à grande necessidade social e, conseqüentemente, à grande demanda, gerando o que comumente se denomina demanda reprimida, fato que pode levar a inferir que a introdução da ESF não implica necessariamente uma melhoria do acesso³.

Outro aspecto enfatizado pelos sujeitos foi em relação ao horário de funcionamento das USF, uma vez que o atendimento ocorria, e ainda ocorre, das sete horas da manhã às quatro horas da tarde. Os usuários entrevistados consideraram este fato como um dificultador ao acesso aos serviços. O USU5 relatou sua angústia com o fato de seu filho que trabalha não conseguir agendar sua consulta, por coincidir com o seu horário de trabalho. Esta questão é vista como uma barreira ao atendimento, já que a grande maioria das USF funciona em dois turnos e não dispõe de horário especial, como o noturno, final de semana ou feriado²⁵. Há um conflito entre o horário de funcionamento das unidades e o horário de trabalho dos usuários⁶.

Ainda dentro da categoria acesso, as visitas domiciliares foram destacadas pelos sujeitos da pesquisa. Houve um elevado grau de satisfação advindo da realização das visitas domiciliares, principalmente pelos ACS. Porém, a população requer que essas visitas sejam realizadas também por outras categorias profissionais, como técnicos, enfermeiros e médicos. O USU5 enfatizou o quanto a visita domiciliar facilita o acesso ao serviço para os usuários que estão impossibilitados de chegar à unidade de saúde, como é o caso de uma senhora acamada, que se encontrava necessitada de visita médica domiciliar, e sempre justificavam a impossibilidade de visitá-la por falta de transporte.

O elevado grau de satisfação em relação às visitas domiciliares realizadas principalmente pelos ACS também foi

observado em outras pesquisas^{19,28}. A descrição feita pelos usuários entrevistados acerca da necessidade de visitas domiciliares realizadas por outras categorias profissionais demonstrou uma limitação ao acesso dos usuários que não apresentavam condições, físicas ou psicológicas, para chegarem a UBS e buscarem o atendimento de que necessitavam.

O vínculo deve ser considerado como uma conquista, não um acontecimento imediato. É bem verdade que, quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, além de haver uma maior troca de saberes entre trabalhadores de saúde e comunidade²⁹. Uma relação profissional/paciente de qualidade influencia sobre o resultado do tratamento. Para os usuários, aspectos relacionados à educação, cordialidade, gentileza e comunicabilidade foram considerados fatores importantes para o restabelecimento da saúde, sendo que, para eles, receber uma atenção maior, um gesto de carinho apresentava um significado positivo³⁰.

Através da observação das falas dos sujeitos desta pesquisa, notou-se um alto grau de satisfação com o atendimento do seu CD, com evidente vínculo entre o usuário e o seu respectivo CD. Uma série de termos que apareceu nas respostas dos entrevistados demonstrou tal fato, como, por exemplo, atencioso, gentil, “anjo”, muito bom, de qualidade, excelente, “pessoa bacana, legal”. Este dado pôde ser comprovado pela observação dos aspectos relacionais dos profissionais com os usuários, enquanto era realizada a observação nas UBS incluídas neste estudo. Os profissionais atendiam com muito carinho, com uma postura acolhedora, criadora de vínculo com o usuário. Este se sentia satisfeito e amparado pelo profissional, que se mostrava responsável pela sua saúde.

Em pesquisa semelhante, os usuários consideraram como uma relação positiva a avaliação de aspectos como educação, gentileza, boa vontade, acolhimento, cuidado com a saúde, capacidade de escuta e capacidade de entender os motivos do paciente, e, como relação negativa, a demonstração de desinteresse no momento da consulta/visita¹⁹. É evidente que o vínculo é mais forte com os usuários das ESF do que nos tradicionais centros de saúde³, evidenciado como o critério mais positivo na avaliação da dimensão do cuidado integral²⁵.

Alguns usuários entrevistados enfatizaram o papel do ACS, porém declararam que procuraram atendimento eles mesmos, ou seja, não se acomodaram com o fato de que havia uma pessoa que poderia realizar os agendamentos para eles. Ao contrário, como eles são parte interessada,

acreditavam que deveriam agir em prol de sua saúde. Dos 10 usuários entrevistados, apenas três foram agendados por intermédio do ACS, porém também procuraram a US sem a sua intervenção; os outros sete procuraram o serviço por iniciativa própria.

O vínculo e a autonomia entrecruzam-se no resgate da relação profissional-usuário³¹. A criação de vínculo usuário-profissional de saúde é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança, o que torna possível um maior envolvimento do usuário e, por conseguinte, um desenvolvimento do seu autocuidado³².

A autonomia é um dispositivo enfatizado pela ESF por propiciar uma atitude de co-responsabilização, levando o usuário a assumir uma posição de protagonista de sua própria saúde. Enquanto os usuários acreditarem que sua saúde depende do atendimento da ESF, eles não conquistarão saúde de fato. É preciso que apreendam a noção de autocuidado, autonomia, responsabilização, protagonismo com ênfase na continuidade da busca da prevenção de doenças e promoção da saúde fora do ambiente da UBS, em todos os momentos de sua vida.

Todos os usuários entrevistados se sentiam bem recebidos pela ESB da ESF das UBS de Araçás e do Ibes, sentiam-se bem acolhidos e declararam que o atendimento é de boa qualidade e, ainda, que estavam muito satisfeitos, tanto com o atendimento quanto com o desempenho profissional do CD. Mas percebe-se na fala dos sujeitos um total desconhecimento do que é de fato o acolhimento. Muitas vezes foi confundido com o acesso, ou seja, "eu fui bem acolhido por ter sido atendido, e não necessariamente bem atendido", o que torna o acolhimento efetivo.

O desconhecimento por parte dos usuários pesquisados acerca do que é de fato o acolhimento também foi identificado por outros pesquisadores¹⁷. A responsabilização do profissional para com o estado de saúde do usuário constitui-se em um dos elementos essenciais¹⁶. Algumas pesquisas encontraram como resultados uma avaliação negativa por parte dos usuários, especialmente em relação ao comportamento do profissional durante a consulta, além do tempo despendido nessa consulta¹⁶, ressaltando ser necessário na formação profissional, principalmente de quem trabalha na recepção dos serviços de saúde, "saber tratar bem as pessoas"²⁶. Mas, por inúmeras vezes, o acolhimento é manifestado por uma relação tensa e conflitante³¹. Por outro lado, alguns achados destacaram satisfação por parte dos usuários com a acolhida de alguns profissionais, reconhecendo que é um ato de atenção e

respeito³¹, sendo descrito em outro estudo que a população se sente amparada²⁸.

Outro ponto enfocado pelos entrevistados foi a postura dos próprios usuários quando buscaram atendimento nas UBS. O USU1 criticou usuários que reclamam por qualquer coisa e causam confusão sem necessidade. O USU2 comentou a postura com que os usuários procuram os profissionais para resolverem seus problemas, apontando para uma atitude pouco receptiva a um bom acolhimento. É bem verdade que, em qualquer relacionamento, há o envolvimento de duas partes diferentes e que é preciso que ambas trabalhem em prol de uma boa relação. Quando os usuários buscam atendimento de forma imprópria, cria-se uma maior propensão a uma postura, por parte do profissional, não muito acolhedora; porém, é preciso ressaltar que é de responsabilidade do profissional buscar um atendimento humanizado, acolhedor, propiciando criação de vínculo, possibilitando um acesso e a resolução de sua necessidade, independentemente de como esse encontro tem início.

Resolutividade e Satisfação do Usuário

Não basta apenas avaliar o acesso, o vínculo, o acolhimento; torna-se necessário observar o dispositivo resolutividade, ou seja, o acesso relativamente possível de ser conquistado, o usuário esperar pouco para conseguir um agendamento na odontologia da UBS. Os usuários pontuaram que o atendimento era excelente, elogiaram o desempenho profissional e disseram estar muito satisfeitos. Porém, houve resolução de suas demandas? A limitação na resolutividade das práticas em saúde bucal tem-se mostrado como um achado comum na literatura^{22,31} e na prática diária de atendimento nos serviços públicos de saúde.

Da análise dos discursos dos usuários entrevistados, observou-se uma grande limitação no elenco de procedimentos de especialidades ofertados. Os pesquisados pontuaram que procedimentos de prótese, ortodontia, implante, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros, não são ofertados pela PMVV. Enquanto isto, demandas para endodontia, cirurgia oral menor e periodontia são encaminhadas para a Central Odontológica e para o Centro Regional de Especialidade de Vila Velha (CRE), lançando-se mão do sistema de referência e contrarreferência, porém com grande limitação de vagas, com uma demanda imensa, gerando longas filas de espera, tendo o usuário que retornar, muitas vezes, para extração do dente, objeto do referenciamento para a atenção especializada, devido à grande demora para a resolução de sua necessidade

nesse nível de atenção. Durante as visitas às UBS estudadas, através da observação realizada nos dias da coleta de dados, foi possível constatar a frustração dos usuários com esta limitação; muitos inclusive comentavam uns com os outros nas salas de espera o quanto lamentavam não ter condições de pagar um tratamento particular e que teriam, portanto, que extrair o dente, já que não é possível ser tratado na rede pública do Município.

A PMVV não oferece ao cidadão serviços de especialidades como prótese, ortodontia, implante, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros. O acesso às especialidades odontológicas ofertadas possuíam, e ainda possuem, entraves gravíssimos, não contribuindo para a resolutividade das necessidades dos usuários. O sistema de referência e contrarreferência apresentava à época uma limitação incontestável na oferta de vagas, somada ao fato de haver uma demanda excessiva por tais procedimentos, o que acarretava a perda do dente pelo tempo prolongado de espera pelo serviço demandado.

No intuito de avaliar a satisfação dos usuários, foram feitos questionamentos acerca de uma série de aspectos que denotam qualidade dos serviços prestados. Foram avaliados os seguintes aspectos: a sala de espera, a localização da recepção, o consultório, a limpeza, o atendimento da recepção, a marcação de consulta, a consulta com o dentista e, por fim, o atendimento em geral.

Em pesquisa semelhante, os fatores identificados como aqueles que os usuários consideram qualificar o serviço prestado foram: boa recepção (ser bem tratado pela equipe), respeito ao usuário (limpeza, organização, pontualidade, informações e rotinas, atendendo às necessidades dos usuários), relação humanizada e bom desempenho profissional¹⁸.

Quando demandados em relação a sua percepção acerca da sala de espera, consideraram “boa”, pois não havia espera, uma vez que os CD atendiam no horário agendado; relataram, ainda, que houve melhorias em relação à que existia anteriormente. À observação, notou-se que a sala de espera da UBS Ibes é espaçosa, confortável e arejada, enquanto que a sala de espera da UBS Araçás é pequena, pouco arejada e muitas vezes faltava local para que o usuário se sentasse, uma vez que tinha um movimento grande e que a sala era compartilhada pela odontologia e pela recepção geral da UBS. Comprovou-se o descrito pelos usuários como sendo “boa”, já que de fato os CD atendiam os usuários no

horário agendado, não permanecendo nas salas de espera a ponto de as questões observadas na UBS Araçás causarem incômodo, o que explica a satisfação dos usuários entrevistados em relação à sala de espera.

Para todos os entrevistados a localização da recepção era “boa”, o consultório era “bom”, porém um dos usuários considerou bom porque “é de graça”. Em relação à limpeza, os usuários consideraram “boa”, mas um deles disse ser “muito boa”, considerando que é serviço público. Ao observar o espaço físico do consultório odontológico das UBS estudadas, pode-se constatar que são boas, mas com algumas necessidades a serem analisadas, como consultórios compartilhados, acontecendo dois atendimentos concomitantes, não sendo uma situação tida como ideal em um serviço de qualidade odontológica. Quanto à limpeza, observou-se a necessidade de melhorias, mas em geral é satisfatória.

Quando os usuários pesquisados consideravam de boa qualidade as condições físicas da UBS, justificavam tal avaliação por “ser de graça” ou por “ser serviço público”. Vale, neste momento, uma análise de como o serviço público é visto na percepção dos usuários, da população, da comunidade assistida pela ESF. O serviço público ainda é visto pelos usuários como atendimento aos pobres, como filantropia, como um favor, e a comunidade não exige melhorias, qualidade, pois se acomoda com a ideia de que, como é público, não é muito bom mesmo, satisfazendo-se com o mínimo. O direito à saúde está sendo entendido pela população como caridade e não como direito de todos, conforme determina o texto constitucional³³. Ainda é forte o entendimento de que o sistema público de saúde é direcionado para a população de baixa renda³.

O atendimento da recepção foi considerado muito bom. Todos os usuários, sem exceção, demonstraram gostar do atendimento da recepção do serviço de odontologia das duas unidades pesquisadas. O USU4 diz serem muito atenciosos no atendimento. O agendamento de consultas foi considerada na fala de todos os sujeitos como rápida, fácil, boa e sem qualquer problema. O USU10 considerou que entre uma consulta e outra havia muita demora, enquanto o USU8 considerou positiva a flexibilidade de horário para a marcação de suas consultas. A consulta com o CD foi vista como de boa qualidade, sendo que adjetivos como excelente, muito bom, entre outros, puderam ser identificados nos discursos dos sujeitos. Neste momento, vale uma ressalva. O atendimento individual da ESB é considerado

como uma linha de tensionamento no processo de acolhimento do usuário por parte do CD, sendo que muitas vezes os usuários apresentam satisfação quanto ao tratamento relacional, porém insatisfação quanto ao procedimento realizado⁹. Neste estudo, evidencia-se que o procedimento é limitado, o que foi demonstrado na avaliação da resolutividade, enquanto que o aspecto relacional foi avaliado positivamente pelo universo pesquisado. Era fato observado que os usuários que não tinham suas necessidades totalmente satisfeitas saíam, ainda assim, dos serviços de saúde satisfeitos e declarando terem sido bem atendidos, o que reforça a questão relacional *versus* resolutividade.

O atendimento em geral foi avaliado pelos entrevistados como sendo bom. Ao avaliar a categoria satisfação com o serviço de saúde bucal da ESF das UBS de Araçás e do Ibes, pode-se notar que os entrevistados consideravam-se muito satisfeitos com o atendimento da equipe como um todo, tanto das auxiliares em saúde bucal (ASB) e técnicas em saúde bucal (TSB), na recepção, como dos CD no consultório. Este fato foi constatado em pesquisas semelhantes, ou seja, um elevado grau de satisfação dos usuários da ESF com a atuação da equipe e com as atividades por ela desenvolvidas^{13,19}.

Após esta breve descrição da percepção dos usuários das UBS estudadas, através da análise de conteúdo categorial, observa-se um grande progresso dos serviços públicos de saúde no Brasil desde a implantação do SUS; porém, torna-se importante pontuar que ainda há situações organizacionais importantes que precisam ser apreciadas pelo MS, pelos gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, usuários, enfim, por todos que direta ou indiretamente encontram-se envolvidos no processo de consolidação de saúde para todos, como preconizado pela OMS, muito antes do “nascimento” do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escutar os usuários possibilita traçar melhorias para a atenção à saúde, uma vez que são eles os beneficiários da assistência. Dentro deste entendimento, inicialmente foram identificados alguns aspectos em relação ao acesso que merecem destaque: a dificuldade de horário para quem trabalha, dificuldade para quem, por necessidades especiais, necessita de visita domiciliar, que por muitas vezes não se efetiva, além das dificuldades ao acesso às consultas especializadas.

Os usuários entrevistados foram considerados muito satisfeitos com o atendimento da equipe como um todo, tanto das ASB, na recepção, como dos CD, no consultório. A satisfação foi relacionada tanto com o acolhimento como com o vínculo, que foi entendido pelos usuários como bom desempenho profissional.

Quando avaliada a atuação da ESB nas unidades pesquisadas, apesar de ser considerada pelos usuários entrevistados como excelente em termos de desempenho profissional e relacional, considerando a gentileza, o carinho, a atenção e o acolhimento, na percepção dos usuários pesquisados, não houve melhorias claras na sua condição bucal, porém os entrevistados estavam iniciando o tratamento e consideraram ainda muito precoce uma avaliação correta.

Conclui-se que, apesar de os usuários estarem satisfeitos no geral com o atendimento prestado pelos CD nas unidades pesquisadas, há um total desconhecimento dos seus direitos enquanto usuários, não há entendimento do que é um acolhimento, ainda é confundido o serviço com filantropia, e o profissional não despense o tempo necessário para acolher de forma resolutiva o usuário. Torna-se necessária a reformulação das ESB em relação a sua atuação pouco acolhedora, a sua formação tecnicista e ao seu não envolvimento com os pressupostos do SUS, as diretrizes da ESF, no intuito da busca do sonho da “saúde para todos”, que foi como tudo começou.

É importante pontuar neste instante as limitações deste estudo. Como foi um estudo qualitativo limitado a duas UBS de um município, e a metodologia selecionada encerra em si certas limitações a serem consideradas, principalmente na análise dos resultados obtidos, tornam-se fundamentais novos caminhos, novas pesquisas, aprofundando-se nos temas abordados neste estudo. A subjetividade do método de análise das entrevistas deve ser tomada em consideração, porém estas limitações não se constituíram em impedimento para validar os resultados do estudo efetuado e as conclusões aqui expostas a partir da análise destes resultados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 675, de 30 de Março de 2006. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília; 2006.

2. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da Universidade aos pólos de capacitação. **Cad Saude Publica** 2004; 20(6):1538-44.
3. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saude Publica** 2008; 24(Sup 1): S148- S158.
4. Esposti CDD, Emmerich AO, Silva MZ, Lima RCD. Perspectivas da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e avanços. **UFES Rev Odontol** 2006; 8(3):49-54.
5. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. **Cienc Saude Coletiva** 2008; 13(1):71-82.
6. Passamani JD, Silva MZ, Araújo MD. Estratégia Saúde da Família: o acesso em um território de classe média. **UFES Rev Odontol** 2008; 10(2):37-45.
7. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos SEM, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic, Saude, Educ** 2009; 13(31):315-28.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de Dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 29 Dez 2000.
9. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica** 2007; 23(1):75-85.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.267/GM, de 6 de Março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e Diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 7 Mar. 2001.
11. Medeiros UV, Freire JCA. Implantação da saúde da família do município de Bom Jesus do Norte – ES. **UFES Rev Odontol** 2005; 7(2):29-35.
12. Pessoa DMV. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: a integralidade em foco**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2005.
13. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das Ações de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Cienc Saude Coletiva** 2008; 13(1):35-41.
14. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação da Satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad Saude Publica** 2006; 22(6):1267-76.
15. Merhy EE, Onocko R (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.
16. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Naureder TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm** 2007; 20(1):12-7.
17. Campos MD, Mendes MSF, Abreu GRS, Bessas DEC, Soares GN, Vieira LJ. Reflexões acerca do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Saude em Debate** 2007; 31(75/76/77):157-68.
18. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica** 2003; 19(1):27-34.
19. Cotta RMM et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica** 2005; 15(4):227-34.
20. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
21. Prefeitura Municipal de Vila Velha. **ESF - Saúde da Família**. [acesso 2008 mar 4]. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br>
22. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Cienc Saude Coletiva** 2006; 11(1):123-30.

23. Bardin L. **Análise de Conteúdo**: Edição Revisada e Atualizada. Lisboa: Edições 70; 2009.
24. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cienc Saude Coletiva** 2010; 15(1):161-70.
25. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad Saude Publica** 2008; 24(Sup 1):S69-S78.
26. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saude Publica** 2008; 24(sup. 1):S100-S110.
27. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev Saude Publica** 2009; 43(3):455-62.
28. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad Saude Publica** 2004; 20(1):197-203.
29. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cienc Saude Coletiva** 2009; 14(Supl. 1):1523-31.
30. Reis C, Martelli-Júnior H, Franco BM, Santos AA, Ramalho LMP. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário". **Cienc Saude Coletiva** 2009; 14(4):1287-95.
31. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Cienc Saude Coletiva** 2006; 11(1):53-61.
32. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos – SP. **Interface – Comunic, Saude, Educ** 2008; 12(27):749-62.
33. Tavares FL, Laignier MR, Silva MZ, Daros RF, Lima RCD. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. **Saude em Debate** 2003; 27(65):405-13.

Recebido em 20/7/2010.

Aceito em 12/1/2011.