

# REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## *Health Care Network: Unified Health System user's perception*

Artigo Original

### RESUMO

**Objetivo:** 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, Brasil. **Métodos:** Trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza exploratória utilizando-se a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) e o Programa ATLAS.ti<sup>®</sup>. **Resultados:** São quatro categorias: O princípio da Universalidade o acesso ao atendimento dos usuários se mostra parcial, insatisfatório e seletivo sendo o maior entrave da atenção. Integralidade: a gestão de processos se mostra falha prejudicando a efetividade do tratamento e o trânsito dos usuários entre os níveis de atenção. Equidade: O SUS ainda traz uma abordagem de uniformidade no trato, tratando igualmente os desiguais, desde o acesso até na prestação/ execução dos serviços de saúde. Participação social: os relatos reforçam o desejo de maior participação na gestão do SUS, mas há pouco incentivo por parte do poder público. **Conclusão:** a percepção dos usuários demonstrou dicotomias profundas entre os Princípios norteadores do SUS analisados e a Práxis ambulatorial vivenciada pelo usuário.

**Descritores:** Avaliação dos Serviços Públicos de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Teoria Fundamentada nos Dados.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the service in the Health Care Network in view of the principles of the Unified Health System - UHS, under the perception of users in Goiânia, Goiás, Brazil. **Methods:** This is a exploratory qualitative research, using the Grounded Theory and the ATLAS.ti<sup>®</sup> software. **Results:** There are four categories: The principle of universality, the access to the service of the users shows partial, unsatisfactory and selective being the biggest obstacle of attention. Integrality: the management of processes shown failure, impairing the effectiveness of the treatment and the traffic of users between levels of attention. Equity: The UHS also brings an approach of uniformity in the treatment, treating equally the unequal ones, from the access to the delivery / execution of health services. Social participation: the reports reinforce the desire for greater participation in the management of UHS, but there is little incentive on the part of the public power. **Conclusion:** the perception of the users showed profound dichotomies between the Guiding Principles of UHS analyzed and the ambulatory praxis experienced by the user.

**Descriptors:** Public Health Services Evaluation; Qualitative Research; Grounded Theory.

Júlio Cesar Souza-Silva<sup>(1)</sup>

Cleusa Alves Martins<sup>(1)</sup>

Maria Alves Barbosa<sup>(1)</sup>

1) Universidade Federal de Goiás - UFG  
Goiânia (GO) - Brasil

*Este artigo seguiu as normas e formatação estabelecidas pelo 5º CIAIQ - Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa.*

## INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a Constituição de 1988, o Ministério da Saúde preconizou a assistência de saúde tendo como referencial os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde – SUS, ancorados em princípios Ético-Doutrinários da Universalidade, Equidade, Integralidade e a Participação Social<sup>(1)</sup>.

A Universalidade é o primeiro princípio e traz consigo a tinteira 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<sup>(2-4)</sup>.

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<sup>(3,4)</sup>.

A Equidade é o princípio no qual possibilita tratar - desigualmente os desiguais, caracterizando justiça social<sup>(1)</sup>, 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<sup>(4,5)</sup>.

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<sup>(6)</sup>.

Nesse contexto, a implementação dos serviços de saúde se constitui a relação entre diferentes atores sociais da saúde - usuários dos serviços, gestores, profissionais, graduandos em saúde, Organizações Governamentais e não Governamentais, que se interagem em múltiplas dimensões com o propósito de oferecer à população assistência de forma integral. Assim, na avaliação dos serviços a percepção dos usuários traz consigo *feedback* quanto a qualidade e efetividade dos serviços na rede de atenção a saúde<sup>(7)</sup>.

No País, as mudanças que ocorrem no contexto político e econômico-social interfere diretamente na qualidade das ações implementada pelo SUS, uma vez que,

as constantes mutações no campo das gestões municipais, quotidianamente, carecem se aprimorarem buscando saídas, em face ao estrangulamento de recursos públicos<sup>(8,9)</sup>.

Assim, a reflexão acerca da relação entre os princípios fundamentais do SUS e a percepção do usuário final dos serviços oferecidos apresentam distintos e contrapontos dialético em suas realidades, as quais, revelar hiatos entre o legalmente idealizado e a vivência quotidiana ambulatorial. O grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações pelo poder público<sup>(10)</sup>.

Fragilidades na qualidade da assistência médica local poderiam trazer implicações que comprometem o acesso aos exames, o atendimento médico, encaminhamentos às especialidades, retornos as consulta médicas, o que, certamente, acarreta ruptura no tratamento dos usuários, em unidades de saúde.

Nessa perspectiva, o olhar do usuário final poderia revelar conflitos éticos profissionais, iatrogenias físicas ou na esfera afetiva aos usuários ou, ainda, subterfúgios autogerados pelo Sistema Único de Saúde para ocultar suas próprias limitações?

O contexto reflexivo e dialético, entre o previsto no ordenamento legal da assistência pública em saúde no Brasil e a percepção do usuário final, haveria influência sobre o ensino médico?

Assim, a avaliação dos serviços de saúde e a satisfação dos usuários devem atender aos princípios que fundamentam ideologicamente o SUS, e, se apresentam como questão norteadora deste estudo, ou seja, como as usuárias dos serviços públicos de saúde avaliam o atendimento médico na rede de atenção à saúde do SUS?

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa baseada na Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*), de natureza exploratória com utilização do software ATLAS.ti para análise e construção dos resultados<sup>(11,12)</sup>. A pesquisa qualitativa dá conta de evidenciar o ponto de vista dos atores envolvidos e consegue compreender e interpretar suas realidades<sup>(13)</sup>.

A Teoria Fundamentada nos dados (*Grounded Theory*) está entre os principais métodos de pesquisa qualitativa distinguindo-se como emergente por ser indutivo, indeterminado e aberto oferecendo estratégia de análise sistemática que minimiza ideias preconcebidas sobre o problema de pesquisa, utiliza coleta e análise simultânea de dados, mantém abertas variedade de explicações dos dados e finalmente foca na análise de dados para o elaboração de teorias<sup>(14)</sup>.

## Cenário do estudo

No município de Goiânia a rede de atenção de saúde está divididos em sete Distritos Sanitários de Saúde, quais sejam: Distrito Campinas-Centro, Distrito Leste, Distrito Noroeste, Distrito Norte, Distrito Oeste, Distrito Sudoeste e Distrito Sul, todos oferecem a mesma modalidade de atendimento. Neste estudo, a Unidade de Saúde integrante da Rede Básica de Saúde - SUS, localiza-se na região Leste e é semelhante aos demais distritos oferecer assistência ambulatorial de Clínica Médica, Ginecologia, Vascular, Cardiologia e atende a população provinda de outras regiões do município de Goiânia, Goiás.

### Participantes do estudo

Pessoas hipertensas com idade entre 40 a 80 anos, atendidas na Rede de Atendimento à Saúde (RAS) do SUS em Goiânia. A amostra constituiu-se por 20 usuários do SUS agendados para consultas e aguardavam atendimento em unidades de saúde. Foram excluídas pessoas que se encontravam em atendimento clínico emergencial, com crise hipertensiva ou apresentavam incapacidade de comunicação verbal.

## Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período dezembro de 2013 a dezembro de 2014., realizou-se entrevistas semiestruturada individuais gravadas, em sala reservada. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram registradas com a letra E em sequência numérica. Para a finalização amostral utilizou-se a teoria da saturação de dados proposta por Glaser<sup>(11)</sup>. Após cada entrevista o pesquisador procedeu a transcrição na íntegra, em seguida ocorreu o processo de ancoramento de citações relevantes e sua respectiva categorização. A partir da 15ª entrevista verificou-se estagnação no surgimento de novas ideias/sentimentos, então realizou-se mais cinco e se confirmou a saturação de dados.

## Tratamento os dados

Os dados foram sistematicamente combinados e analisados ao longo do 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<sup>(11,15)</sup>. Para elaborar a análise qualitativa de dados utilizou-se o programa ATLAS.ti®.

A Grounded Theory apresenta várias maneiras de relacionar os conceitos, neste estudo utilizou-se: relações (*relationships*) favorece relacionar conceitos identificados na fase de categorização (*Coding Relationship*) dos dados analisados. Na análise de estruturas e argumentação (*Hiperlink Relationship*) são adequadas por estabelecer

ligações estreitas como desfechos clínicos, sentimentos, significados, conclusões, consequências sociais, afetivas e outras.

Para o procedimentos de análise utilizou-se o software ATLAS.ti© (ATI) criou-se uma Unidade Hermenêutica (UH) denominada “MESTRADO” onde se cadastrou a família: Princípios éticos-doutrinários. As entrevistas digitadas foram gravadas em formatos Word (docx) e Portable Document Format (PDF) da Adobe®. As vinte entrevistas foram adicionadas à Unidade Hermenêutica.

No ATI, selecionou-se cada entrevista e a análise dos dados seguiu as três fases: pré-análise - leitura fluente considerando seus significados ancorados em cada citação (*quotation*), contextos correspondente a categoria (*code*), 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.

## Análise dos dados

Previamente, elaborou-se quatro categorias temáticas com base nos princípios do SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação Social referentes aos princípios Ético-doutrinários do SUS<sup>(1)</sup>.

## Aspectos ético legais

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil CEP-HMI, sob Parecer 29/2013, e atendeu a Resolução 466/12, Conselho Nacional de Saúde<sup>(16)</sup>. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Universalidade

Vale ressaltar que, neste estudo durante o processo de análise dos dados tomou-se Donabedian<sup>(17)</sup> como parâmetros de qualidade que está fundamentada no tripé:

1. Estrutura - indica os atributos das configurações em que o cuidado ocorre, e, inclui os atributos de recursos materiais - tais como instalações, equipamentos, recursos humanos e organização estrutura, para avaliação dos pares.
2. Processo - denota o que é feito em dar e receber cuidados, inclui as atividades dos usuários na busca de ajuda e realizá-la, bem como atividades do profissional em fazer um diagnóstico, recomendar ou implementar tratamento.
3. Resultado - indica os efeitos do cuidado no estado de saúde dos usuários e populações, estão incluídas em uma

definição ampla do estado de saúde, e por isso é o grau de satisfação do usuário cuidado.

Assim, na análise dos dados também foram considerados aspectos gerais da assistência prestada na rede de atenção registrados por participantes. Durante a elaboração das categorias emergiram a família Princípios Éticos-Doutrinários e categorias pré-estabelecidas. A percepção dos usuários quanto o atendimento integral foi analisada à luz dos princípios norteadores do SUS - Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação Social.

Nesta categoria Universalidade os depoimentos dos usuários revelaram satisfação em alguns aspectos da assistência prestada, particularmente, pelo atendimento médico. A satisfação pode ser influenciada pelas preferências dos usuários as unidades, aos profissionais, conforto físico e apoio emocional recebido as quais possuem conceitos e constructos distintos<sup>(8,18,19)</sup>.

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional, hierarquizada e regionalizada da assistência, se caracteriza pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional<sup>(1)</sup>.

Em Goiânia, identificou-se que os usuários do SUS para acesso ao atendimento devem utilizar o tele agendamento (0800). Porém, são situações antagônicas, pois esse sistema não permite ligações de celular e a maioria da população usa apenas telefonia celular<sup>(20)</sup>. Portanto, para acessar o tele agendamento resta aos usuários utilizar telefones públicos, denominados “orelhões” em extinsão, no país, tornando o acesso seletivo a uma minoria da população. Esta situação contradiz frontalmente à (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<sup>(12,21)</sup>.

*O teleagendamento 0800 tem de aceitar as ligações de celular se não, não dá! Só atende por telefone fixo (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)*

*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)*

A sugestão apresentada pela entrevistada - inclusão da telefonia celular no rol de acesso ao tele agendamento – 0800, é uma necessidade para universalizar o acesso ao

atendimento, minimizar os constrangimentos e trazer mais dignidade e cidadania.

A Universalidade traz as cores da cidadania e igualdade para o cidadão usuário do SUS. O acolhimento humanizado teoricamente idealizado, na realidade se mostra distante - a dificuldade de acesso imputa ao cidadão iatrogenias físicas e na esfera afetiva, trazendo consigo a menos valia, pois, o usuário torna-se mendicante do sistema, na prática nota-se um misto de alegria, conformismo e contentamento quando ele recebe algum tipo de acolhimento e tratamento, o usuário brasileiro se submete a circunstâncias sub-humanas para conseguir atendimento<sup>(12,22,23)</sup>.

*Olha, a maioria não examina, não mede a pressão, mas eles (os médicos) 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)*

Vale sublinhar os conflitos éticos aos quais os profissionais de saúde no qual, por vezes, a figura do médico limitações impostas pelo SUS, revela a necessidade de ações educativas efetivas no sentido dos usuários assumirem o papel de atores protagonistas proativos e reflexivo na condução do seu tratamento. Vale destacar que, em decorrência das fragilidades dos serviços, cotidianamente, os usuários deparam com barreiras de acesso aos serviços, realidade presente para alcançar o atendimento médico, às adversas desse cenário são condições alheias as funções dos profissionais não podem adentrar as esferas administrativas, pois, é uma opção ética que lhe cabe<sup>(24)</sup>.

*Para eu conseguir uma consulta ambulatorial tem dias que estou tentando conseguir uma consulta [...] pelejando para 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 nem perto do médico (E-3).*

A Univesalidade como princípio apresenta fragilidades na prática cotidiana não há resolutividade às demandas de saúde. O sistema não atende de forma plena, existe uma ruptura no processo do tratamento. A análise desta categoria por meio do programa ATI apontou diversos estrangulamentos em distintas esferas do atendimento e seus múltiplos desdobramentos.

### Integralidade

Houve usuários que referiram vários obstáculos para a efetivação do cuidado, especialmente, a referência e contra-referência em diferentes etapas de atendimento. Conforme

afirma Vieira<sup>(25)</sup>, no SUS, o sentido de integralidade constitui ponto pacífico. Significa empregar meios necessários para a efetivação do cuidado, como: encaminhamento referência e contra-referência para exames, internações e tratamentos.

*O sistema regulador exigiu que se declarasse de qual cidade é o usuário para poder efetuar 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 (E-11).*

Em Goiânia, considerando-se o princípio da Integralidade<sup>(12)</sup>, o sistema público está impregnado de procedimentos burocráticos, tecnologia da informação incipiente no registro de prontuários, medidas simples como instituir chave de acesso único utilizando o Cadastro de Pessoa Física - CPF, integração na Rede de Assistência à Saúde - entre as unidades municipais e estaduais foram sugestões dos próprios usuários, visando a integração ao acesso. O resultados, das entrevistas, evidenciou a inexistência de mecanismos de controle das demandas dos usuários.

*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).*

O sistema não diferencia usuários com demandas de rotina, daqueles que apresentam necessidades emergentes - denominados usuários proativos - são aqueles que exigem seu atendimento, enquanto os usuários passivos aguardam suas demandas que podem expirar<sup>(12)</sup>.

As falhas na gestão de serviços e a interligação entre os níveis de atenção<sup>2</sup> por vezes, leva o usuário retornar ao médico para renovar os pedidos de exames, essas duplicidades aumentam a demanda de consultas, principalmente, na atenção primária. Isso leva o profissional médico ao atendimento burocrático, prejudicando a efetividade do tratamento, acesso da demanda reprimida e a formação acadêmica, em unidades que são campos de estágio na área de saúde.

*Demora demais para marcar exames: às vezes o chequinho demora dez dias e você não consegue fazer exames, daí já venceu e 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).*

*Eu fui atendida a primeira por um estudante, só que consegui agendar com a pneumologista para entregar os*

*resultados dos exames, já tem quase um ano e eles não me atendem, é complicado (E-1).*

As falas revelaram um sistema fragmentado que causa ruptura na rede atendimento aos usuários, essa condição fere o processo de integralidade. Sistemáticamente, promove o desgaste da equipe de profissionais e docentes, uma vez que, estes atores atuam como protagonistas no atendimento em unidades de saúde e fazem a conexão entre os níveis de atenção, se há falha nesse quesito, a integralidade será prejudicada.

*Aquelas atendentes que estão lá na frente, às vezes, 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 o 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 é aqui não! Você já foi informado que era lá naquela unidade! Daí eles te mandam para outro lugar e para outro lugar e era lá mesmo.... (E-20).

## Equidade

A saúde é um direito de todos<sup>(21)</sup>. A Equidade é Premissa Universal do SUS, deve-se considerar as especificidades individuais de modo diferente, ou seja todos os cidadãos tem direito ao atendimento, independente, da complexidade do atendimento, condição socioeconômica. Um direito constitucional preconizado na Universalidade e Integralidade. Houve relatos, de cidadãos que tiveram necessidade de recorrer ao poder judiciário para conseguir demandas de procedimentos de alto-custo<sup>(12)</sup>.

## 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).*

*Eu penso que, a identificação dos usuários deveria ser pelo CPF da pessoa, para evitar perder os prontuários, e também fazer o registro tornar-se nacional em todo país, como existe em outros países, eu acho que ficaria mais fácil para o governo controlar o gasto público (E-12).*

O relatado da entrevistada, um dos principais problemas encontrados para não participação social, é o desconhecimento deste direito pela população. 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<sup>(26)</sup>.

A participação social pode promover a intersectorialidade que 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<sup>(27)</sup>.

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<sup>(26)</sup>. O desafio, em última análise, requer a participação ativa da sociedade, para assegurar a saúde da população brasileira<sup>(28)</sup>.

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<sup>29</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Goiânia, a percepção dos usuários revelou que existe fragilidades e dicotomias entre o previsto nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e a prática ambulatorial nas quatro categorias estudadas:

**Universalidade:** o atendimento universal e integral não ocorre plenamente, com ênfase nas dificuldades de acesso e acessibilidade não havia disponível a quantidade de vagas para consultas, exames complementares, encaminhamentos, além disso, a infraestrutura apresentava precariedade na maioria das unidades de saúde;

**Integralidade:** os processos que permeiam a integração entre os diversos níveis de atenção se mostraram insuficientes, seja por excesso de burocracia, dificuldades na tecnologia da Informação, Falta de padronização dos processos de atendimento, recursos humanos falta investimento em ações de Educação Permanente.

**Equidade:** o SUS ainda traz abordagem uniforme da atenção desde o acesso até a prestação/execução dos serviços de saúde. As singularidades próprias, o atendimento às necessidades individuais peculiares a cada usuário ainda carecem de melhorias.

A participação social, em Goiânia, carece de espaços físicos e mais estímulos aos profissionais para ocorrer de modo efetivo as ações educativas, a discussão com a sociedade por meio dos meios de comunicação, contribui para que a sociedade venha ativamente exercer sua cidadania.

Por meio do software ATLAS.ti foram analisadas 20 entrevistas, com 71 páginas de transcrição e emergiram 24.413 unidades de registro, uma família com 4 categorias, 104 subcategorias, 2264 ligações relacionais. A elaboração de análise se mostrou favorecida, seja, pela elaboração de relatórios de múltiplas configurações, confecção de figuras e mapas de relacionamentos, com facilidade no manejo do *software*.

O Software ATLAS.ti e a utilização da Teoria Fundamentada nos Dados se mostraram como ferramentas facilitadoras para análise de dados qualitativos. Em todas as fases que compõem a metodologia da *Grounded Theory* houve ganho na celeridade da análise dos dados, categorização, visualização de relacionamentos, construção de conceitos e elaboração teórica dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. Ramos RS. Análise do arcabouço teórico jurídico do sistema único de saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem; 2007.
2. Leavell HR, Clark EG, Donnangelo MCF, Goldbaum M, Ramos US, Costa LV. Medicina preventiva. São Paulo: MacGraw-Hill; 1976.
3. LEINº 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, (1990).
4. Paim J. O que é o SUS: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2009.
5. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DCd, 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.
6. Correia MVC. Que controle social. Os conselhos de saúde como instrumento Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000.
7. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PCd, Ribeiro M, Forster AC, Novaes MH, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):683-703.
8. Mattos RA, Pinheiro R, Mattos Rd. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 2001;6:39-64.
9. Campos GWS. SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde. BIS Boletim do Instituto de Saúde (Impresso). 2008:36-8.

10. 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.
11. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*: Transaction Publishers; 2009.
12. Souza-Silva JC. *Atendimento na Rede de Atenção à Saúde: A Percepção de Usuárias em Goiânia-GO*. Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde: UFG - Universidade Federal de Goiás; 2015.
13. POUPART JM. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 1 ed. 2008.
14. Charmaz K. Grounded theory as an emergent method. *Handbook of emergent methods*. 2008:155-70.
15. Charmaz K. Grounded theory methods in social justice research. *The Sage handbook of qualitative research*. 2011;4:359-80.
16. BRASIL. 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; 2012.
17. Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*. 1988;25(1):173-92.
18. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*. 2009;22(1):8-19.
19. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and safety in health care*. 2002;11(4):335-9.
20. ANATEL ANDT-. *Relatórios Consolidados - Indicadores de 2012 a 2014*. 2014 [06 mai. 2015]; Available from: [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](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).
21. BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos 1988 [04/05/2014]; Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
22. Cabral Á, Nick E. *Dicionário técnico de psicologia*: Editora Cultrix; 1996.
23. Soares JC. Transtornos afetivos: pesquisa e perspectivas para o futuro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999;21:48-51.
24. SILVA MMA. *Trabalho médico e o desgaste profissional*. Campinas: SP: Universidade Estadual de Campinas; 2001.
25. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev Saude Publica*. 2008;42(2):365-9.
26. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SdCC, Priore SE, Dias G, et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2008;18:105-21.
27. Carvalho MF, Barbosa MI. *Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia*. 2009.
28. Victora CG, Barreto ML, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J. Saúde no Brasil 6: Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011;377(9782):12.
29. Teixeira EC. *Movimentos sociais e conselhos*. Cadernos Abong. 1996(15).

**Endereço para correspondência:**

Júlio Cesar Souza-Silva  
Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Goiás - UFG  
Rua 235 c/ 1ª S/N Setor Universitário  
CEP 74605-020 - Goiânia - GO - Brasil  
E-mail: [juliocesarsouzasilva@hotmail.com](mailto:juliocesarsouzasilva@hotmail.com)