

ACOLHIMENTO E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA DE ÊXITO

Embracement and satisfaction of the user in the Family Health Strategy: a successful experience

Andrea Lara Costa Sena¹, Larissa Novaes Ferreira²,
Raquel Santos de Oliveira³, Veronica Maria da Rocha Kozmhinsky⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) após a implantação do acolhimento. **Métodos:** estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família, Recife - PE, Brasil. Participaram 9 usuários do serviço, estabelecendo-se como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ter sido atendido na referida USF antes e após a implantação do acolhimento, além da participação voluntária. A coleta de dados ocorreu, em março de 2013, por meio da técnica do grupo focal. Os dados coletados foram analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** os usuários, de um modo geral, demonstraram estar satisfeitos com o acolhimento realizado pela equipe de saúde da referida USF, e com as mudanças decorrentes da implantação desta diretriz da Política de Humanização da Saúde no serviço utilizado por eles, principalmente no que diz respeito à resolutividade, acesso e reorganização do processo de trabalho. **Conclusão:** os usuários apresentaram uma visão limitada do que vem a ser o acolhimento e de sua ampla capacidade de prover o cuidar. Porém, a avaliação de satisfação destes com o acolhimento e o serviço de saúde é de fundamental importância para a melhoria da assistência à saúde prestada.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento; Satisfação do Paciente; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the satisfaction of users of a Family Health Unit (FHU) after implementation of user embracement. **Methods:** a descriptive qualitative approach, performed in a Family Health Unit, in Recife, PE, Brazil. Nine service users participated, the inclusion criteria being: age 18 years or over, having been attended in that FHU before and after implementation of user embracement, and voluntary participation. Data collection occurred in March 2013, using the focus group technique. The collected data were analyzed according to Bardin's content analysis technique. **Results:** users, in general, proved to be pleased with the user embracement by the health team of the USF, and with the changes resulting from the implementation of this guideline of the Health Humanization Policy in the service they used, especially regarding resolution, access, and reorganization of the work process. **Conclusion:** users had a limited view of what embracement will be and of its ability to provide comprehensive care. However, evaluating their satisfaction with embracement and with the health service is crucial for improving the health care provided.

KEYWORDS: User Embracement; Patient Satisfaction; Health Evaluation; Primary Health Care.

¹ Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e Cirurgiã-Dentista da Unidade Básica de Saúde da Família Paulista/PE. E-mail: andrea_lara86@hotmail.com.

² Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e Enfermeira do Hospital Dom Hélder Câmara.

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco/ UPE e bolsista de pós-doutorado do Programa Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco/ UPE e Coordenadora de Odontologia do IMIP e Supervisora da Residência de Odontopediatria do IMIP.

INTRODUÇÃO

No campo da saúde, as investigações científicas vêm dando destaque e importância às pesquisas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva do usuário. Tratar de apreender, a partir da visão do usuário, como estão instituídas e organizadas as práticas e ações dos serviços de saúde constitui-se em um instrumento valioso de avaliação, tanto para a melhoria do cotidiano dos serviços, quanto para a gestão.

Alguns estudos, ainda na década de cinquenta do século vinte, passaram a investigar as relações existentes entre os profissionais de saúde e os usuários e, a partir de então, a perspectiva dos usuários passou a integrar em alguns países a agenda de pesquisas científicas no campo da saúde.¹ Na década de setenta, esse tipo de avaliação passou a ter destaque na literatura de países como Estados Unidos e Inglaterra.²

Entretanto, até o final da década de oitenta do século vinte, no Brasil, havia uma ênfase no campo científico de pesquisas que tratavam de questões referentes aos custos e ao controle dos gastos públicos no setor saúde. Após esse período, o enfoque dos estudos passou a ser o resultado das ações e serviços de saúde prestados, ou seja, as investigações passaram a preocupar-se, em alguma medida, com a qualidade da assistência. A década de noventa, que representou um importante momento de expansão, tanto do setor empresarial de saúde, quanto dos programas e serviços públicos de saúde, foi, sem dúvida, um período marcado pelo crescimento de pesquisas avaliativas de satisfação dos usuários.¹

Especificamente no âmbito do SUS, esse tipo particular de pesquisa ganhou destaque, a partir de iniciativas voltadas para o fortalecimento da cultura participativa, dos direitos do paciente e do atendimento voltado para suas necessidades.³ Uma importante iniciativa foi a implantação, em 2004, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização, que valoriza, entre outros fatores, a qualidade da interação dos profissionais de saúde com os pacientes.⁴

Estudos dessa natureza oferecem indícios sobre os benefícios ou dificuldades dos serviços de saúde em atingir as expectativas e necessidades dos usuários, constituindo-se como um importante instrumento para investigar, administrar e planejar o trabalho nos serviços de saúde, contribuindo para a organização da assistência mais adequada às demandas dos usuários.⁵

Segundo Santos et al.,⁶ o termo satisfação diz respeito ao atendimento dos desejos, necessidades e expectativas dos usuários que fazem parte de uma comunidade, com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendi-

das e traduzidas em ofertas de ações e serviços.

A despeito das tentativas de definir o termo satisfação, outros tantos estudos buscaram estudar a relação entre a satisfação e os seus determinantes. Autores como Pascoe,⁷ Ware et al.⁸ e Donabedian⁹ consideram que a satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que estes apresentam diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço.

Entretanto, outros autores vão além de uma definição e trazem para a discussão algumas dimensões que a constituem. Para Vaistman et al.,¹⁰ a percepção dos usuários quanto às práticas nos serviços de saúde se desenvolve, a partir da articulação de, pelo menos, quatro dimensões: a subjetividade individual, a cultura da sociedade, a rede de relações instituídas e a situação em determinado contexto ou a experiência imediata vivida.

Na mesma direção, Trad et al.¹¹ argumentam que é possível apreender duas dimensões que estão relacionadas com a satisfação, uma relativa ao serviço e aos seus provedores, e a outra aos próprios usuários. Quanto à primeira, as autoras destacam questões concernentes ao acesso ao serviço, à relação profissional/usuário, à estrutura física e organizacional e à disponibilidade de insumos. A segunda refere-se às particularidades de cada indivíduo, como idade, gênero, escolaridade e renda.²

O sentido fundamental dessa discussão é, sobretudo, o de buscar converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, a fim de contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e subsidiem aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços. A utilização dos conceitos se torna importante na medida em que permitem representar aspectos da realidade, por meio de construções lógicas estabelecidas de acordo com um quadro teórico de referência.²

Pelas razões expostas anteriormente, considera-se imprescindível à realização de pesquisas de satisfação dos usuários para subsidiar a melhoria e organização, tanto estrutural quanto relativa ao processo de trabalho da assistência à saúde, sendo igualmente esse tipo de investigação no âmbito da atenção básica de saúde.¹² Isso porque os princípios que alicerçam a ESF - Estratégia Saúde da Família - priorizam as ações de promoção e de proteção à saúde tanto individual quanto coletiva, assim como à sua recuperação, de forma integral.¹¹

Características peculiares dessa Estratégia, como a introdução dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes e a adscrição de clientela em um território definido, favorecem a integração entre comunidade e equipes de saúde da família,¹³ fazendo da participação da comunidade uma das especificidades mais marcantes da proposta da ESF.

O controle social é a expressão mais viva da participação da comunidade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral. Nesse contexto, a manifestação mais importante desse controle é o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação.¹³ Dessa forma, torna-se imperativo apreender como a população adscrita às equipes da ESF avalia o atendimento oferecido, de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento.¹⁴

O acolhimento, face mais visível da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde, apresenta grande potencial para mudar a prestação de serviço em saúde, tornando-se, assim, um importante alvo de avaliação.

Segundo o Ministério da Saúde,¹⁵ o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Na mesma direção, Teixeira¹⁶ e Panizzi et al.¹⁷ abordam o acolhimento como um modo de se relacionar com o usuário, que é considerado em toda a sua subjetividade, incluindo-o em um contexto cultural e sócio-ambiental, sendo essa nova forma de relacionamento profissional/usuário um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecno-assistencial de um serviço de saúde.

Considerando a política de trabalho da ESF baseada na humanização e geração do vínculo profissionais/usuários, Scholze et al.¹⁸ definem o acolhimento como uma estratégia para a aplicação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado para resolução dessas necessidades.

Assim, o acolhimento consiste na abertura dos serviços para a demanda, facilitando os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos, assumindo o serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários.¹⁹ Dessa forma, o acolhimento é capaz de promover mudanças no serviço de saúde prestado pelas Unidades de Saúde, e, assim, interferir na satisfação do usuário, sendo, portanto, um importante tema de estudo de avaliação sob a ótica dos usuários.

Apesar da reiterada importância dada aos estudos de satisfação dos usuários para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, desenvolvidos desde década de noventa do século vinte, no Brasil, ainda são poucas as pesquisas disponíveis na literatura científica. De modo que alguns dos principais estudos possuem abordagem exclusiva-

mente teórica, como os artigos de Trad¹¹ et al., Trad et al.²⁰.

Os estudos de pesquisa com abordagem quantitativa são valorizados por permitirem atingir uma amostra de usuários mais representativa da população. Além de serem mais rápidos, baratos e de fácil manejo.²⁰ Porém, quando se trata da avaliação da satisfação do usuário, Bosi et al.²¹ e Trad et al.²² consideram as pesquisas quantitativas reducionistas, pois não exploram os fenômenos subjetivos ligados à satisfação.

A abordagem qualitativa, apoiada por esses autores, permite que os usuários falem sobre os serviços de saúde de uma forma mais ampla. Assim, torna-se mais explícito como um serviço se apresenta, ao mesmo tempo em que são focalizadas interações dos atores e contempladas considerações sobre crenças, modos de vida e concepções do processo saúde-doença.²⁰

Desse modo, a presente pesquisa pretende analisar a satisfação dos usuários em uma específica Unidade de Saúde da Família na cidade do Recife, Pernambuco, após implantação do acolhimento nesse serviço.

Este estudo, portanto, se justifica tanto pela escassez de estudos na perspectiva do usuário em uma abordagem qualitativa, quanto pela importância desse tipo de avaliação para a melhoria da qualidade dos serviços.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Essa abordagem busca apreender questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não deve ser quantificado.²³

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família localizada na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil, e teve por objetivo avaliar a satisfação dos usuários dessa específica Unidade de Saúde em relação à assistência à saúde ofertada, após a implantação do acolhimento.

O universo da pesquisa foi composto por nove (9) usuários selecionados intencionalmente, de acordo com os critérios de inclusão. Inicialmente, pretendeu-se compor o grupo focal com 10 (dez) usuários, porém, um deles não compareceu à reunião na data e horário estipulados. Esse grupo de observação e informação assegurou o conjunto de experiências e expressões que se pretendia objetivar na pesquisa.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram o usuário participante ter idade igual ou superior a 18 anos, ter sido atendido na referida USF antes e depois da implantação do acolhimento, além de ser a sua participação voluntária, a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão consi-

derou-se a recusa do usuário em participar da pesquisa.

A pesquisa empírica foi realizada, em março de 2013, por meio da técnica do grupo focal. As informações foram coletadas em reunião única realizada na própria Unidade de Saúde. O processo de aplicação do grupo focal foi gravado, a fim de respeitar a fidedignidade dos discursos.

Após a coleta, os dados gravados foram transcritos e analisados por meio da técnica da análise de conteúdo de Bardin. De acordo com Bardin,²⁴ a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação dessas mesmas comunicações.

É importante destacar que este projeto atende a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa para pesquisas em seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, sob parecer de número 3298-12. Para manter sigilo sobre os nomes dos usuários, estes foram identificados por letras, em ordem alfabética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentadas e discutidas as evidências empíricas e as interpretações possíveis, no que se refere ao processo de implantação do acolhimento, buscando apreender se essa proposta repercutiu positivamente na qualidade e no atendimento das necessidades de saúde dos usuários que frequentam essa particular Unidade de Saúde da Família.

Inicialmente, buscou-se apreender qual o conhecimento dos indivíduos acerca do processo de acolhimento. No momento das falas, os entrevistados apresentaram certa dificuldade de formular essa concepção e, de um modo geral, o fizeram de forma sucinta. A ideia de acolhimento apresentada versa sobre facilitar e agilizar o atendimento. “É para facilitar o atendimento” (C). “O acolhimento é a coisa mais rápida” (D). “É a forma de atender mais rápida, né? É tipo uma emergência” (B). “É pra quando a gente tiver precisando, ser atendido” (A).

Apesar da elaboração sucinta a respeito do entendimento do acolhimento, é possível apreender que os usuários percebem o acolhimento como uma nova forma de organizar as ações e serviços, no intuito de oferecer respostas imediatas para toda e qualquer demanda que for apresentada. Fato que pode ser observado na fala que faz uma comparação entre o acolhimento e um serviço de emergência. Verificou-se, também, que os usuários compreendem que há um profissional da unidade, seja ele médico ou não, para acolhê-lo no momento em que eles buscarem assistência à saúde no serviço.

Uma elaboração ampla sobre a compreensão de acolhimento foi proposta por Franco et al.²⁵ Para os autores, o acolhimento é uma diretriz operacional que consiste em três dimensões: atender a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, assumindo as funções de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver o problema; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que o serviço desloque seu eixo central do médico para uma equipe de acolhimento; e, por fim, qualificar a relação trabalhador/usuário, que deve ocorrer por meio de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Assim, foi possível apreender que os usuários fazem referência às duas primeiras dimensões que constituem o conceito de acolhimento elaborado por Franco et al., citado anteriormente. Essa constatação foi identificada na medida em que os usuários percebem que há uma reorganização da equipe de saúde, a fim de que haja uma equipe de profissionais disponível exclusivamente para atender às demandas trazidas pelos usuários e encaminhá-los da melhor maneira possível para a resolução dos problemas apresentados.

Porém, a terceira dimensão, que diz respeito à humanização da relação trabalhador/usuário, iniciada no momento do acolhimento, não é relatada pelos usuários. Como estes acreditam que o acolhimento deve ser realizado de forma rápida e prática, a consulta é vista por eles como o momento ideal para o diálogo entre usuário e profissional. Os usuários reforçam a ideia de que o momento do acolhimento deve ser realizado de forma rápida e imediata, não havendo, portanto, referências nas falas de que o processo de acolhimento/humanização requer uma escuta atenta, com estabelecimento de vínculo e responsabilização. “No acolhimento, a gente fala, mas não fala tanto assim como na consulta. Por que o acolhimento é aquilo mais rápido, né?” (B). “Agora tem pessoas que não entende. O acolhimento não é atendimento, não é consulta. O acolhimento é uma coisa rápida e consulta é outra coisa” (G).

Desse modo, o entendimento apreendido sobre o acolhimento pelos usuários limitou-se a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Essa conformação de acolhimento estabelecida nessa unidade vai de encontro aos objetivos da proposta do acolhimento. Merhy et al.²⁶ reforçam e destacam sobre a importância do estabelecimento de uma nova relação de compromisso entre usuários e trabalhadores de saúde.

Faz-se necessário esclarecer que, anteriormente ao processo de implantação do acolhimento na referida Unidade de Saúde, foram realizadas reuniões com a comunidade com o objetivo de prestar esclarecimentos sobre o

acolhimento e o novo processo de trabalho da equipe de saúde. Assim, questões como a humanização, o vínculo e a corresponsabilização foram abordadas com os usuários.

Entretanto, apesar da realização dessas reuniões, foi possível perceber que as dimensões da humanização, do vínculo e da corresponsabilização não foram incorporadas à prática da equipe de saúde, fazendo com que o entendimento dos usuários quanto ao acolhimento ficasse restrito a um processo rápido para resolução imediata de demandas, e baseado nas experiências vivenciadas por eles na Unidade.

Essa situação confirma o que foi dito por Macedo et al.²⁷, Borges de Sá et al.²⁸ ao argumentarem que a elaboração dos saberes sobre o acolhimento é resultante das vivências dos sujeitos no cotidiano dos serviços de saúde.

Apesar da prática do acolhimento na referida Unidade não contemplar aspectos fundamentais anteriormente citados para uma mudança na relação usuário/profissional, os usuários afirmam que estão satisfeitos com acolhimento desenvolvido pela equipe de saúde. “Eu já vim umas vezes, eu vi e eu sei que é bom” (F). “Eu já vim. Eu gostei bastante” (A). “O acolhimento pra mim foi ótimo. Gostei” (I).

Quanto à questão da satisfação dos usuários em relação às ações e serviços de saúde ofertados pelos profissionais do referido serviço, após a implantação do acolhimento, as respostas dadas consideraram variados aspectos. Dentre esses, destaca-se a resolutividade das necessidades de saúde demandadas pelos usuários e que vêm sendo atendidas no acolhimento. “Da última vez que eu vim eu queria um encaminhamento. Aí ela me deu e pronto, eu fui embora” (E). “Às vezes eu to sem medicação, entendeu, aí eu venho no acolhimento” (G).

A visão dos usuários sobre resolutividade da assistência está relacionada com aquilo que eles identificam como sendo a solução para os seus problemas de saúde que, em geral, está associada à obtenção de medicamentos ou de encaminhamentos para atendimentos especializados,²⁹ explícitas na falas anteriores.

Essa ideia é defendida por Rosa et al.²⁹, ao afirmarem que a resolutividade ou a falta dela está relacionado à obtenção de atendimento especializado, e que essa concepção torna a resolutividade quase um sinônimo do encaminhamento para especialistas, o que dá indícios de que a Equipe de Saúde da Família esteja funcionando apenas como uma porta de entrada para o restante do sistema.

É possível perceber que o caráter biomédico e centralizador das práticas de saúde estão fortemente presentes no imaginário do usuário, ao se constatar que eles acreditam que medicações e consultas com especialistas são a resolução dos seus problemas de saúde.

Outro aspecto gerador de satisfação foi a melhoria do acesso, após a implantação do acolhimento: “Mudou porque a gente chega aqui apertado, com dor de cabeça, com alguma coisa, aí tem o acolhimento. Pode ser atendido. No mesmo dia atende” (G). “Muitas vezes a gente quer só resolver coisa pequena e você tinha que esperar um mês, um mês e meio porque ela só atendia você no dia marcado” (B). “Se eu precisar no dia e tiver aqui eu sou atendida no mesmo dia. Tanto eu como os meus filhos” (I). “Às vezes eu chegava, aí diziam: Não tem mais marcação hoje não. Só tal dia, de tal hora. Eu vinha no dia e diziam: A marcação acabou. Só vai ter daqui há um mês. Poxa pra quem tá precisando agora, só daqui há um mês? Aí eu desistia” (I).

A partir das falas citadas anteriormente, percebeu-se que os usuários consideram que houve uma ampliação do acesso aos serviços de saúde, após a implantação do acolhimento. Tal compreensão colabora com os estudos de Panizzi et al.¹⁷ e de Mishima et al.⁵ que concluíram que o acolhimento é um dos facilitadores do acesso ao serviço de saúde.

Assim, o acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário,³⁰ determinando a escolha do serviço, e estabelecendo, frequentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso.¹⁴

No entanto, a satisfação com o acesso proporcionado pelo acolhimento não foi relatada por todos os usuários do estudo: “Quem precisa de um medicamento, por exemplo, pra dar a uma criança no mesmo dia... Por exemplo, se eu fui para o médico de manhã e preciso do medicamento... aí, eu tenho que vir a tarde e esperar na fila... aí, passa da hora de dar o medicamento. Ou você compra ou você espera” (C). “Eu já precisei de um dia e disseram que não ia ter acolhimento, aí eu tive que comprar o medicamento porque só ia ter o acolhimento no outro dia de tarde” (C).

As falas colocadas anteriormente constata a barreira ao acesso que o acolhimento sem classificação de risco e realizado apenas em determinados dias da semana, pode representar. Sendo, assim, esta forma de realizar o acolhimento é um fator de insatisfação com o serviço.

Macedo et al.²⁷ afirmam que a forma de organização do acolhimento, muitas vezes, dificulta e limita a sua realização, e citam como exemplo, a distribuição de senhas limitadas e a realização do acolhimento por ordem de chegada dos usuários à unidade de saúde, coincidindo o segundo exemplo com o que foi analisado no presente estudo.

A mudança no processo de trabalho, ocorrida devido à

implantação do acolhimento, apesar de estar diretamente relacionada aos profissionais da equipe de saúde, também foi motivo de satisfação dos usuários: “Se eu quisesse pegar uma ficha pro médico? Eu era a mulher da madrugada. Eu sofri muito. Então esse acolhimento foi muito bom. Esse negócio agora de marcar consulta, já marcar a hora da gente” (D). “Porque agora que a gente vem pra consulta, a gente já sabe a hora, antigamente vinha tudinho cedo. Davam duas horas da tarde, vinham tudinho. Era muita gente, uma bagunça. Agora é marcado. Duas e meia, três horas. E você vem naquela hora que você tá agendada” (B).

O agendamento das consultas com hora marcada foi uma das mudanças trazidas pelo acolhimento motivadoras de satisfação por parte dos usuários. Logo após ser acolhido, o paciente já tem a data e a hora marcadas para sua consulta. Essa mudança foi, de acordo com os entrevistados, bem recebida por toda a comunidade que, a partir de então, passou a não precisar chegar muito cedo ao posto de saúde para ser atendido.

De acordo com Ramos et al.,¹⁴ o mecanismo de agendamento prévio de consultas é um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas.

CONCLUSÃO

Visto o que foi exposto, pode-se afirmar que os usuários do presente estudo apresentam uma ideia sucinta acerca do acolhimento, não compreendendo, portanto, o conceito ampliado da principal diretriz da PNH e suas implicações. Porém, estes usuários mostraram-se satisfeitos com o acolhimento prestado pela equipe da referida unidade de saúde, e com as mudanças e ações decorrentes da implantação deste, principalmente no que diz respeito à resolutividade, ao acesso e à organização do sistema de marcação de consultas.

Apesar de sabido que, nos serviços públicos, a alta satisfação pode expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço e/ou a gratidão que estes apresentam em relação aos profissionais, a disseminação de estudos sobre a satisfação dos usuários representa uma importante dimensão na avaliação dos serviços de saúde; além disso, dá maior visibilidade política ao usuário, ator pouco considerado nas discussões de políticas de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Mendes VLPS. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: questão de cidadania. *Rev Baiana Enferm.* 2003;

18(1/2):97-110.

2. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(6):1267-1276.

3. Paiva SMA, Gomes ELR. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007; 15(5):973-979.

4. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(12):3343-3352.

5. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010; 18(3):148-156.

6. Santos CVL, Pereira ES. O desafio de profissionais e usuários de uma unidade de saúde da família. Belém: Universidade do Estado do Pará; 2003.

7. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann.* 1983; 6(3):185-210.

8. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plan.* 1983; 6(3-4):247-263.

9. Donabedian A. La calidad de la atención medica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Medica Mexicana; 1984.

10. Vaitsman J, Andrade GRB, Farias LO, Médici ME, Nascimento LR. Projeto Gestão de Qualidade e Satisfação dos Usuários em Organizações Públicas de Saúde: um estudo piloto no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas-IPEC. Rio de Janeiro: Faperj/Ensp-Fiocruz; 2003.

11. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(2):429-435.

12. Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, De Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2009; 11(4):34-38.

13. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(2):323-331.
14. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(1):27-34.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco, um paradigma ético-estético. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.
17. Panizzi M, Franco TB. A implantação do acolher chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: Franco TB, Caldas AB. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho.* São Paulo: Hucitec; 2004.
18. Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio STK. Implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. *Espaç. Saúde.* 2006; 8(1):7-12.
19. Nuto SAS, Oliveira GC, Andrade JV, Maia MCG. O acolhimento em saúde bucal na estratégia de saúde da família, Fortaleza – CE: um relato de experiência. *Rev APS.* 2010; 13(4):505-509.
20. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(Supl):303-312.
21. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(2):355-365.
22. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Colet.* 2002; 7(3):581-589.
23. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; 1996.
24. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2009.
25. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(2):345-353.
26. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO. *Inventando a Mudança na Saúde.* São Paulo: Hucitec; 1994.
27. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários de saúde. *Rev Enferm.* 2011; 19(3):457-462.
28. Sá SLB, Mattos RR, Pinheiro VL, Pequeno LL, Diógenes MAR. Usuário da Estratégia de Saúde da Família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2012; 25(Supl. 2):96-103.
29. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):345-351.
30. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(6):1487-1494.

Submissão: outubro/2013

Aprovação: janeiro/2015
