



ciência plural

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE (PE)

Assess the satisfaction with user embracement in the Family Health Strategy in Recife (PE)

Ligiana Nascimento Lucena • Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFRN); Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Recife (PE). E-mail: ligilucena@gmail.com

Maísa Paulino Rodrigues • Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Docente do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: maisarodrigues13@gmail.com

Ricardo Henrique Vieira Melo • Dentista da Estratégia Saúde da Família de Nazaré (SMS Natal/RN); Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFRN); Preceptor do PetgraduaSUS (SMS-Natal/UFRN); Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde (UFRN); Facilitador Pedagógico do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS/UFRN). E-mail: ricardohvm@gmail.com

Fábia Barbosa de Andrade • Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: fabiabarbosabr@yahoo.com.br

Rosana Lúcia Alves Vilar • Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: rosanaalvesrn@gmail.com

João Bosco Filho • Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Docente do Quadro Permanente do Mestrado Profissional Saúde da Família (MPSF/RENASF/UFRN). E-mail: boscofilho@uern.br

Autor responsável pela correspondência:

Ricardo Henrique Vieira Melo • E-mail: ricardohvm@gmail.com

RESUMO

Introdução: o acolhimento na Atenção Básica de Saúde requer atitudes que garantam uma escuta qualificada e o estabelecimento de vínculos com vistas à resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários. **Objetivo:** este estudo teve por objetivo avaliar a satisfação dos usuários acerca do acolhimento na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Recife, Pernambuco. **Métodos:** trata-se de um estudo quantitativo e seccional. Os sujeitos foram 297 usuários da ESF nos seis distritos sanitários do município. A coleta dos dados ocorreu através de entrevistas individuais e aplicação de uma escala de satisfação do usuário, intitulada SATIS-BR, já validada. A análise do material se deu com o auxílio do software SPSS 17.0. **Resultados:** Os achados apontaram que a maioria dos usuários está satisfeita com o acolhimento ofertado pelos profissionais de saúde. Nessa direção, 66% afirmaram ser escutados pelas equipes da ESF; 80,2% obtiveram ajuda quando procuraram o acolhimento; 64,6% disseram que a acolhida foi amigável ou muito amigável. Contudo, demonstraram insatisfação com a infraestrutura das Unidades de Saúde, apontando sugestões de melhorias. **Conclusão:** a pesquisa demonstrou que ocorreram melhorias a partir da implantação do Projeto 'Recife em Defesa da Vida', facilitando o acesso às ações de saúde, catalisada por um acolhimento promotor de escuta qualificada e de vínculos solidários.

Palavras-chave: Acolhimento; Satisfação do Usuário; Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: user embracement in basic health care requires attitudes to ensure qualified listening and the establishment of relationships with a view to the resolution of users' health problems. **Objective:** the goal of this study was to assess users' satisfaction with user embracement in the Family Health Strategy of Recife, State of Pernambuco, Brazil. **Methods:** It is a cross-sectional quantitative study. The subjects were 297 users of Family Health Strategy in six districts of the municipality. The data collection occurred through individual interviews and applying a range of user satisfaction, entitled SATIS-BR, already validated. The analysis of the material took place with the help of the software SPSS 17.0. **Results:** the findings indicated that the majority of the users were satisfied with the user embracement provided by health professionals. This way, 66% claimed to be fairly listened by the Family Health Strategy teams; 80.2% were given assistance when searching user embracement; 64.6% stated that the user embracement had been friendly or very friendly. However, users were dissatisfied with the infrastructure of the health units and pointed out suggestions for improvements. **Conclusion:** this study demonstrated that there were improvements since the implementation of the 'Recife in defense of life' project, increasing access to health actions through user embracement which promoted qualified listening and solidarity bonds.

Keywords: User Embracement, Consumer Behavior, Family Health.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observa-se que um sistema de saúde que toma por base a Atenção Primária em Saúde (APS) alcança melhores resultados para a saúde das populações. Assim, a APS, também conhecida no Brasil como Atenção Básica à Saúde, apresenta características que podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, apresentar menores custos, ser mais satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante de adversidades sociais¹.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge em 1994 com a finalidade de reorientar o modelo de atenção à saúde, pressupondo o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado é um imperativo ético-político que orienta a intervenção técnico-científica².

Para fortalecer este pressuposto surgiu, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), com o propósito de potencializar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, estimulando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, no intuito da produção da saúde e da formação de sujeitos³.

A partir desse contexto, a humanização passou a ser tratada como uma política ampla e de caráter público, abrangendo a atenção e a gestão nos serviços de saúde e recolocando na pauta um conjunto de problemas e desafios presentes no SUS, na perspectiva de humanizar o cuidado e dignificar o trabalho. Essa política apresenta, em seu arcabouço teórico/político, a articulação de princípios, de métodos, de diretrizes e de dispositivos norteadores dos modos de cuidar e organizar os serviços. Destacando-se as diretrizes, é possível afirmar que estas traduzem um conjunto de orientações importantes para colocar os princípios em prática e revestem-se de um eixo discursivo que abrange múltiplas intenções tais como: acolhimento, ampliação da clínica, gestão participativa, valorização do trabalho e defesa dos direitos dos usuários^{4,5}.

O acolhimento vem sendo apontado como uma prática essencial à qualificação e à humanização da atenção à saúde. O debate em curso compreende abordagens que transitam entre postura/atitude dos profissionais e técnica/dispositivo organizacional do serviço, visando promover um melhor diálogo/troca entre a equipe e os usuários e um melhor acesso ao serviço, além de maior resolubilidade dos problemas⁶.

Para Merhy⁷, o acolhimento pode produzir novas dinâmicas instituintes de novas linhas de possibilidades para a produção do cuidado. Nesse sentido, ele não deixa de consistir em uma chance de modificar o serviço para uma forma usuário-centrada, gerando também o vínculo.

Segundo Silveira Filho⁸, o vínculo vai além do estabelecimento de um simples contato com a população de uma determinada área ou de um simples cadastro. Ele exige uma real aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário dentro de seu contexto social para que possa compreender suas condições de vida e suas verdadeiras demandas, comprometendo-se com elas.

Sobre a escuta qualificada, esta deve constituir-se em uma “escuta ampliada”, entendida no sentido de complexificar a experiência do sofrimento e de conferir espaços para as diferenças emergirem, permitindo a visualização das possíveis intervenções nas causas que fazem eclodir o sofrimento⁹.

Partindo desses pressupostos e na busca de soluções para antigos e novos problemas relacionados ao acesso dos usuários aos serviços de atenção básica e à qualidade dos serviços ofertados à população, o município do Recife (PE) implantou, em 2011, um programa denominado ‘Recife em Defesa da Vida’ buscando humanizar e qualificar os serviços e as ações de saúde. O modelo na pauta do referido programa considera a atenção e a gestão como indissociáveis, elegendo como diretrizes a clínica ampliada e a cogestão; e como dispositivos o acolhimento, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular¹⁰.

Em relação ao acolhimento proposto, foram estabelecidos como elementos essenciais: o acesso facilitado, a escuta e construção do vínculo, a avaliação de risco e de vulnerabilidade, a resposta positiva, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, tendo como principal fundamentação o trabalho em equipe de forma integrada¹⁰.

Vale salientar que a avaliação em saúde, nos últimos anos, ganha espaço por possibilitar uma compreensão e um direcionamento da realidade complexa do Sistema Único de Saúde (SUS), das suas ações e dos seus programas. Assim, torna-se cada vez mais importante avaliar as ações, serviços e programas de saúde no intuito de melhorar a qualidade da atenção e a organização dos serviços. Sendo assim, pode-se afirmar que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre a totalidade da intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes¹¹.

Avaliar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre as características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. A satisfação envolve algumas dimensões ligadas a aspectos diferenciados, tais como: acesso, estrutura física e organizacional, além de aspectos inerentes à relação profissional-usuário¹².

Nesse sentido, a inclusão do usuário como avaliador é de extrema importância, uma vez que o mesmo representa a razão da existência do serviço de saúde e deve ser reconhecido como sujeito capaz de intervir fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do sistema de saúde feita pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adscrita¹³.

Portanto, é possível afirmar que o acolhimento, no âmbito da ESF, deve ser realizado de forma a apoiar os usuários em suas demandas e necessidades. Com esse intuito, a adoção de ações avaliativas pode subsidiar o planejamento para a tomada de decisão, além de ser uma medida de grande relevância para o alcance dos objetivos da prática do acolhimento. Nessa direção este estudo teve por objetivo avaliar a satisfação de uma amostra de usuários da ESF acerca do acolhimento no município de Recife-PE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional e quantitativo com usuários acolhidos nos serviços de Atenção Básica da cidade de Recife (PE). A capital pernambucana possui uma população de aproximadamente 1.625.586 habitantes, sendo dividida em 94 bairros, que por sua vez compõem seis Distritos Sanitários de Saúde (DS). A pesquisa foi realizada junto aos usuários que frequentavam as Unidades de Saúde da Família (USF) que aderiram ao Programa de Melhoria da Qualidade da Assistência (PMAQ) e, portanto, tinham implantado o acolhimento na unidade. Ressalta-se que das 122 USF existentes no município, 118 fizeram a adesão ao PMAQ no ano de 2011, e um dos critérios para a adesão diz respeito à implantação do acolhimento aos usuários proposto pelo Programa Recife em Defesa da Vida¹⁰.

Em um primeiro momento, para o cálculo da amostra de participantes utilizou-se como parâmetros uma proporção esperada de satisfação de 80%, valor obtido através de um estudo piloto com 30 indivíduos, com nível de confiança de 95% e uma precisão absoluta de até 5%. Assim, estimou-se um número mínimo de 246 participantes¹⁴. Para compensar possíveis perdas amostrais (20%) esse número foi aumentado para 297. Por meio de um sorteio aleatório simples, foram selecionadas 29 USF entre aquelas que aderiram ao PMAQ, respeitando a representatividade dos seis Distritos Sanitários da cidade.

No segundo momento, utilizou-se o método de amostragem estratificada por distrito sanitário. Contemplaram-se os distritos sanitários proporcionalmente à representação das 118 unidades de

saúde da família. Destaca-se que a amostra dos usuários foi estabelecida por conveniência, ou seja, foram entrevistados os usuários que estavam presentes na USF na data da aplicação do questionário. O critério de inclusão dos usuários na amostra foi o de ser adstrito há mais de um ano na Unidade de Saúde da Família, que tivesse passado pelo acolhimento pelo menos uma vez e com idade acima 18 anos. Foram excluídas pessoas com transtornos mentais, devido a prejuízos apresentados na área da linguagem e cognição, o que dificultaria a compreensão das questões e a consequente resposta às mesmas.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) na sua forma abreviada. Essa escala foi utilizada para avaliar a satisfação dos usuários a respeito do acolhimento ofertado pelos profissionais das USF onde foram atendidos. A SATIS-BR constitui um questionário, validado no Brasil por Bandeira e cols¹⁵, composto por 44 questões que visam avaliar a satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, bem como os aspectos dos serviços por eles recebidos. A versão abreviada desta escala contém apenas 16 questões, sendo 12 quantitativas e 04 qualitativas.

Para este estudo, a SATIS-BR, na sua forma abreviada, foi adaptada nos seguintes aspectos: a nomenclatura 'Serviço de Saúde Mental' foi substituída por 'Acolhimento', pelo fato do acolhimento ser um serviço prestado ao usuário, constituindo-se em uma ferramenta de cuidado à saúde dentro das USF e pelo fato dos aspectos contidos no instrumento aplicarem-se diretamente à avaliação da satisfação do usuário em relação ao acolhimento.

As questões de 1 a 12 compõem as sub-escalas e a escala global para o cálculo do grau de satisfação do usuário com o acolhimento, inclusive nas dimensões de escuta e de vínculo, as quais contém respostas dispostas em uma escala ordinal de tipo Likert com 5 pontos. Quatro questões abertas de tipo qualitativas (perguntas 13, 14, 15, 15.1) integram o questionário e visam avaliar a satisfação dos usuários com o serviço possibilitando o registro de observações que não tenham sido capturadas pela escala. Essas quatro questões permitem que os usuários apontem o que mais gostam e o que menos gostam no serviço, o que sugerem para a melhoria e como essa melhoria pode ocorrer.

Nessa direção, as 12 questões estão divididas em três sub-escalas. A sub-escala 1 está dirigida ao grau de satisfação dos usuários com relação à competência e compreensão da equipe a respeito do seu problema; a sub-escala 2 se refere ao grau de satisfação dos usuários com relação à acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço e a sub-escala 3 está relacionada com o grau de satisfação dos usuários com relação às condições físicas e conforto do serviço. Para avaliar globalmente o grau de satisfação dos usuários, basta calcular a média das respostas obtidas para as 12 questões (1 a 12 da

escala breve). A média obtida, entre os valores 1 a 5, indica o grau de satisfação dos usuários. ou seja, quanto mais próximo de 1 menor é o grau de satisfação e quanto mais próximo de 5 maior é o grau de satisfação do usuário. A escala SATIS-BR abreviada foi aplicada usando-se a técnica de uma entrevista dirigida¹⁶.

Para avaliar globalmente o grau de satisfação dos usuários, basta calcular a média das respostas obtidas para as 12 questões (1 a 12 da escala breve). A média obtida, entre os valores 1 a 5, indica o grau de satisfação dos usuários. ou seja, quanto mais próximo de 1 menor é o grau de satisfação e quanto mais próximo de 5 maior é o grau de satisfação do usuário. A escala SATIS-BR abreviada foi aplicada usando-se a técnica de uma entrevista dirigida¹⁶.

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha do Excel e analisados com o auxílio do software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 17.0, para Windows. Foram calculadas as frequências absolutas, relativas e a média dos escores das questões que são responsáveis pelo grau de satisfação dos participantes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN) no parecer de nº 578.962/14. Os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo e, aqueles que aceitaram participar, tiveram sua identidade preservada. Todos eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 297 usuários entrevistados, a maioria foi composta pelo sexo feminino (85,81%). A maior parte das mulheres se declarou donas de casa (37,8%) e 13,5% empregadas doméstica, seguida de outras ocupações (36%). Foi verificado que 93,6% não possuíam plano de saúde, fazendo uso do serviço público (Tabela 1). A média de idade foi de 42,30 anos, mediana de 42 e desvio padrão de 15,25. Já a renda a média foi de 1,6 salários mínimos, mediana de 1,0 e desvio padrão de 1,29.

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica de usuários assistidos na Estratégia Saúde da Família. Recife-PE, 2018.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Sexo		
Feminino	255	85,81
Masculino	42	14,18
Estado Civil		
Solteiros (as)	132	44,40
Casados (as)	141	47,50
Viúvos (as)	16	5,40
Divorciados (as)	8	2,40
Escolaridade		
Analfabeto	9	3,00
Fundamental Incompleto	74	24,90
Fundamental Completo	60	20,20
Médio Incompleto	36	12,10
Médio Completo	103	34,70
Superior Incompleto	4	1,30
Superior Completo	6	2,00
Não Informado	5	1,70
Ocupação		
Dona de Casa	111	37,40
Outros	107	36,00
Empregada Doméstica	40	13,50
Aposentado(a)	16	5,40
Estudante	15	5,10
Autônomo	7	2,40
Não Informado	1	0,30
Plano de Saúde		
Não Possuíam	279	93,60
Possuíam	16	5,40
Não Informado	2	0,70

A tabela 2 apresenta o valor médio dos escores dos itens contidos nas sub-escalas 1, 2 e 3 que tratam dos fatores: competência e compreensão da equipe, acolhida e ajuda recebida no serviço, condições físicas e conforto do serviço.

Tabela 2 – Escores médios de satisfação dos usuários relacionados ao acolhimento na Estratégia Saúde da Família. Recife-PE, 2018.

FATORES	ESCORE MÉDIO
Fator relacionado à competência e compreensão da equipe	3,81
Fator relacionado à acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço	3,82
Fator relacionado às condições físicas e conforto do serviço	2,96

Observa-se, na tabela 2, que o fator relacionado às condições físicas e ao conforto dos serviços apresenta o menor escore médio (2,96), representando um menor grau de satisfação dos usuários, ficando abaixo dos outros dois fatores que tratam da competência e compreensão da equipe (3,81) e da acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço (3,82), estes, com um maior grau de satisfação. Tais resultados são corroborados em termos de frequências absoluta e relativa quando se discute, posteriormente, o fator ambiência, evidenciando um menor grau de satisfação dos usuários de Recife no que toca a infraestrutura das USF incluídas na pesquisa. Há um bom grau satisfação em relação à competência, compreensão, acolhida e ajuda oferecida pela equipe de profissionais permitindo sugerir um esforço, por parte destes, no emprego de tecnologias leves e leve-duras, por meio do acolhimento, da escuta qualificada, da construção de vínculos e condutas terapêuticas singulares⁷.

Na tabela 3, estão apresentadas as médias e desvios padrões das doze perguntas, contidas na SATIS-BR, dirigidas aos usuários sobre acolhimento. Vale ressaltar que foi calculado o alfa de Cronbach de 0,9, revelando uma fidedignidade positiva e boa validade interna do constructo.

Tabela 3 - Distribuição das médias e desvios padrões equivalente as doze perguntas que compõem a escala de satisfação dos usuários. Recife-PE, 2018.

QUESTÕES	MEDIDAS	MEDIDA	DESVIO PADRÃO
1. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado no acolhimento, em termos da ajuda que recebeu para resolver seu problema?		3,6	1,09
2. Quando você falou com a pessoa que recebeu você no acolhimento, você sentiu que ele/a ouviu você com atenção?		3,8	1,01
3. Até que ponto a pessoa que recebeu você no acolhimento pareceu compreender o seu problema?		3,8	0,98
4. Em geral, como você acha que a equipe do acolhimento compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?		3,7	0,95
5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você durante o acolhimento?		3,8	0,88
6. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre as condutas para resolver seu problema no acolhimento?		3,6	0,89
7. Você considerou que a equipe do acolhimento estava lhe ajudando?		3,6	0,86
8. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais?		3,7	0,89
9. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do acolhimento?		3,7	0,90
10. Em sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa que acolheu você mais de perto?		3,7	0,87
11. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do serviço onde foi acolhido?		3,1	1,22
12. Como você classificaria as condições gerais das instalações da USF (p. ex., as instalações do local de acolhimento, da sala de espera, das salas de vacinas/consulta médica, dos banheiros, farmácia etc).		3,2	1,23

A primeira pergunta do questionário, relacionada com a acolhida propiciada pela equipe e a ajuda recebida no serviço, mostrou que 66,6% dos usuários se sentiram sempre ajudados, enquanto que 25,9% foram mais ou menos ajudados e os demais referiram não ter recebido ajuda durante o acolhimento. Tal resultado, considerado positivo, pode ser fruto de um acolhimento que prima por humanizar as ações e a relação profissional-usuário produzindo respostas satisfatórias por parte deste último.

O acolhimento é entendido como um ato ou efeito de acolher e expressa em suas várias definições uma ação de aproximação, um 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão. Destaca-se o seu componente ético no compromisso e reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida¹⁷.

Nessa perspectiva, a segunda pergunta do questionário, com foco na escuta qualificada, revelou que 66% dos usuários foram escutados com atenção, 27,3% mais ou menos escutados e 6,7% não se sentiram bastante escutados, como gostariam. Observa-se, portanto, uma boa avaliação acerca da escuta realizada pelos profissionais. A integralidade do cuidado à pessoa pressupõe uma escuta ativa, por meio da captura da linguagem verbal e não verbal, desvelando as subjetividades tecida na relação profissional-paciente. Essa integralidade recusa o reducionismo e à objetivação do sujeito, afirmando a abertura ao diálogo¹⁸.

A escuta qualificada se constitui, dessa forma, em ferramenta essencial para se praticar o cuidado como ação integral, sendo possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado¹⁹.

De acordo com o pensamento de Silva Junior e Mascarenhas²⁰, o vínculo possui três dimensões: da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Na primeira dimensão, o profissional da saúde deve gostar de sua profissão, interessando-se pelo usuário, para então, construir um vínculo com ele. Na segunda dimensão a própria relação entre ambos, profissional e usuário, é vista como terapêutica e, por intermédio dela, o usuário é considerado sujeito no processo de trabalho, em que se desenvolve o sentimento de confiança entre ele e o profissional. Na terceira dimensão, a continuidade do processo terapêutico é apontada como fortalecedora do vínculo e do mútuo sentimento de confiança entre profissional e paciente.

No entrecruzamento desses afetos na relação profissional/usuário, estabelece-se o vínculo, que determinará o grau de impacto das ações de saúde produzidas para as necessidades dos usuários que adentram os serviços através do acolhimento. Nesse momento, a escuta qualificada realizada pelo profissional pode permitir uma melhor compreensão e resolubilidade dessas necessidades por embasar-se na clínica ampliada, buscando um olhar integral sobre as demandas/problemas de saúde dos indivíduos²¹.

Tanto o acolhimento quanto o vínculo e a escuta são processos que se retroalimentam nas práticas de atenção à saúde, fomentando o cuidado humanizado. O acolhimento caracteriza-

se, especialmente, pela escuta sensível, que considera as preocupações do usuário dos serviços de saúde em qualquer situação – tanto na chegada ao serviço de saúde quanto ao longo do atendimento²².

Sobre a compreensão do problema do usuário pelo profissional que o acolheu, as respostas emitidas vieram corroborar as respostas anteriores do questionário, isto é, 214 (72,3%) usuários responderam que durante o acolhimento os profissionais os compreenderam bem ou muito bem e 67 (22,6%) afirmaram ter sido mais ou menos compreendidos pelo profissional da USF. A compreensão do problema do usuário, pelo profissional, é um elemento importante para a abertura de diálogos e a construção de vínculos e de solidariedade^{23, 24}.

Refletindo sobre as respostas emitidas anteriormente, é possível sugerir que os profissionais de saúde da cidade do Recife começam a trilhar o caminho da escuta qualificada, do entendimento e do diálogo durante os encontros que se dão entre estes e os usuários. Desta forma, uma rede de conversações se estabelece em busca do reconhecimento do outro e de suas necessidades, resignificando os serviços e os encontros terapêuticos, pela ampliação e flexibilização normativa na saúde, possibilitando o cuidado^{24, 25}.

A ideia de cuidado tende a ser adotada pelas equipes, no sentido de uma sabedoria prática, possibilitando a permeabilidade entre as tecnologias duras e as tecnologias leves, essenciais ao sucesso do próprio cuidado superando, portanto, a fragmentação do trabalho e valorizando o trabalho em equipe⁷.

As respostas referentes à satisfação com a discussão realizada durante o acolhimento e sobre as condutas tomadas para resolver as demandas dos usuários acolhidos podem ser visualizadas abaixo, na Figura 1.

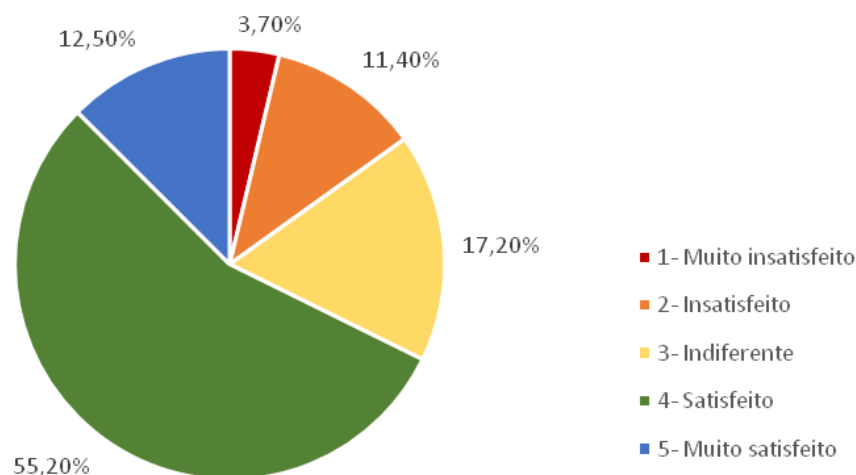


Figura 1 - Distribuição da satisfação dos usuários com o acolhimento do profissional à sua demanda no serviço de saúde. Recife, 2018.

É possível observar que 67,7% dos usuários estão satisfeitos ou muito satisfeitos como os profissionais os acolhem e tentam dar resolução de seus problemas. Há uma tendência dos profissionais em explicar aos usuários sobre os procedimentos e condutas a serem realizados com vistas a solucionar os problemas de saúde. Essa postura permite ampliar os espaços de encontros gerados no ato de acolher e aumentam a possibilidade de despertar a autonomia dos usuários frente a estes problemas.

Entende-se, que o ato de acolher não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Daí compreender-se o acolhimento como um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas, colocando o usuário como sujeito da situação, onde responsabilização e corresponsabilização caminham lado a lado em direção da resolubilidade dos problemas de saúde dos sujeitos.

No encontro profissional-usuário vai ocorrendo à aceitação do outro, a empatia, a relação de confiança e provavelmente, a ausência de julgamentos. Essa forma de proceder tende a despertar a consciência dos usuários, de suas próprias emoções e necessidades. A ausência de julgamentos negativos alavanca, frequentemente, a adesão terapêutica dos usuários, fortalecendo a concepção de ajuda e satisfação destes frente às condutas dos profissionais⁶.

A respeito da classificação da acolhida realizada pelos profissionais, atestou-se que 268 (90,3%) usuários classificaram a acolhida como amigável ou muito amigável, ao tempo em que 29 (9,7%) perceberam como nada amigável, pouco amigável ou mais ou menos amigável. Mostra-se aí o reconhecimento, por parte do usuário, de uma relação respeitosa, como requerida no âmbito dos

serviços de saúde. O reconhecimento do outro, permite que a satisfação do usuário seja entendida no seu sentido mais amplo e como parte do direito à cidadania, isto é, de um conjunto de direitos que permitem o acesso a bens de consumo coletivo como à saúde.

Quase a totalidade dos usuários reconheceu a competência da equipe, ou seja, 283 (95, 3%) afirmaram confiar na competência da equipe da USF enquanto 14 (4,7%) classificaram como mais ou menos competente, incompetente ou muito incompetente. A competência dos profissionais da saúde faz interface com as tecnologias leve-duras, aqui, representadas pelos conhecimentos e técnicas aplicadas para a resolução dos problemas relacionados com a saúde dos usuários. Nessa perspectiva, afirma-se que o profissional de saúde possui, de certa forma, o autogoverno sobre seu processo de trabalho e autonomia para decidir sobre o seu modo de agir⁷. Pode-se aventar então que, uma parte considerável dos profissionais da atenção básica do município, em tela, demonstra conhecimentos e habilidades para o exercício de suas atribuições.

As perguntas de 11 a 15.1, avaliaram o conforto e a aparência do local onde ocorria o acolhimento e ainda as condições gerais da USF (sala de espera, consultórios, sala de vacina, banheiros, farmácia). Nessa direção, 44% dos usuários mostraram-se satisfeitos, contrapondo-se a 56% daqueles que se mostraram insatisfeitos com a ambiência das USF, ou seja, com o tratamento dispensado ao espaço físico, concebido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana.

A ambiência segue primordialmente três eixos: a) um espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos, devendo valorizar elementos do ambiente que entram em contato com as pessoas (cor, cheiro, som, iluminação, morfologia) propiciando conforto aos trabalhadores e usuários; b) um espaço que possibilite a produção de subjetividades por meio de ações e reflexões sobre o processo de trabalho; c) um espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, que favoreça a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo³.

No tocante as instalações das USF, 30,6% disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com as condições gerais das unidades de saúde. Entretanto, há uma concentração de opiniões (69,4%) entre péssimas, ruins e regulares mostrando a necessidade de melhorias nas instalações físicas, o que requer providências mais urgentes. Nessa perspectiva, 75,42% dos usuários considerou o local de acolhimento inadequado, sugerindo a necessidade de um ambiente com maior privacidade, beleza e aconchego, entre outros.

Tanto o acolhimento quanto o vínculo e a escuta são processos que se retroalimentam nas práticas de atenção à saúde, fomentando o cuidado humanizado. O acolhimento caracteriza-se, especialmente, pela escuta sensível, que considera as preocupações do usuário dos serviços de saúde em qualquer situação – tanto na chegada ao serviço de saúde quanto ao longo do atendimento, apontam a ambiência como um ponto crítico nos serviços de saúde no município de Recife.

A insatisfação dos usuários com a ambiência pode interferir negativamente inviabilizando um acolhimento prazeroso, ou seja, capaz de possibilitar sensações e subjetividades positivas. Quando se concebe uma ambiência de qualidade se estimula um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele território, contribuindo para a construção de espaços produtores de saúde. Assim, as áreas de trabalho, além de mais adequadas funcionalmente, devem proporcionar espaços vivenciais prazerosos³.

O estudo apresenta, como limitação, o fato de que a amostra foi estabelecida por conveniência, logo, não foi possível validar a escala utilizada (originalmente elaborada para aplicação em serviços de saúde mental) para a Estratégia Saúde da Família.

CONCLUSÕES

A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), na sua forma abreviada, foi adaptada para a atenção básica, mostrando-se pertinente para avaliar o grau de satisfação dos usuários a respeito do acolhimento ofertado pelos profissionais das unidades da Estratégia Saúde da Família onde foram atendidos.

O acolhimento é uma importante ferramenta do processo de trabalho dos serviços de saúde, capaz de disparar mudanças importantes na rotina dos serviços, melhorando o acesso às ações de saúde impulsionadas, principalmente, por uma escuta qualificada e pela construção de vínculos solidários. Há, portanto, um alto grau de satisfação dos usuários relacionados aos aspectos relacionais do acolhimento. Tais resultados norteiam um caminho a ser trilhado em busca da integralidade do cuidado no município de Recife. Faz-se necessário estar atento e conhecer os diversos aspectos envolvidos no acolhimento, no caso de futuras intervenções nesse campo.

REFERÊNCIAS

1. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018. Jan; 42(116):11-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4th ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
4. Vilar RLA. Humanização na estratégia saúde da família. São Caetano do Sul: Yendis; 2014.
5. Vilar RLA, Lopes AS, Melo RHV. Acolhimento e especificidades do âmbito hospitalar e da Atenção Primária à Saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinowski CE, Crozeta K, Fonseca RMGS (Orgs.). PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015; 3:33-49.
6. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Saúde debate. mar 2015; 39(104):114-123. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040563>.
7. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 2005. p.103-20.
8. Silveira Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Bol. prog. saúde fam. 2002; 2(6):36-43.
9. Vieira ALS, Silveira DP. Reflexões éticas do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. Estud. pesqui. psicol. 2005; 5(1):92-101.
10. Recife. Secretaria de saúde. Matriz de monitoramento e avaliação da implantação dos dispositivos do modelo de gestão e atenção recife em defesa da vida no âmbito da atenção básica. Recife: Secretaria de saúde; 2011.
11. Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
12. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad. saúde pública. 2006; 22(6):1267-1276.
13. Teixeira SA. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2004.

14. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization; 1991.
15. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2000; 49(8):293-300.
16. Andrade FB, Filha MDF, Vianna RPD, Silva AO, Costa ICC. Evaluation of Participant Satisfaction with Community Therapy: A Mental Health Strategy in Primary Care. *Psychiatric Quarterly*. 2012; 83(3):325-334. <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-011-9202-2>
17. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. 2015; 39(105):514-524.
18. Monteiro A, Oliveira E, Vasconcelos K, Linhares A, Matias M, Rodrigues A. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: concepções de um grupo de trabalhadores. *Cadernos ESP*. Ago 2012; 6(1):42-53.
19. Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta paul. enferm*. 2012; 25 (n. esp):61-7.
20. Silva Júnior AG, Mascarenhas MM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p.241-57.
21. Oliveira CVS, Coriolano-Marinus MWL. Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. 2016; 2(2):211-225.
22. Silva DMGV, Arruda C. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus. *Rev. bras. enferm*. 2012; 65(5):758-66.
23. Melo R, Melo M, Vilar R. Análise de redes sociais: a reciprocidade entre usuários e profissionais na estratégia saúde da família. *Revista Ciência Plural*. Ago 2018; 4(1):22-5.
24. Melo RHV, Felipe MCP, Cunha ATR, Vilar RLA, Pereira EJS, Carneiro NEA et al. Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016; 40(2):301-309. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01692014>
25. Ayres JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007. p.127-144.

Submetido: 20/08/2018

Aprovado: 10/01/2019