UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

LIGIANA NASCIMENTO DE LUCENA

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O QUE DIZEM OS USUÁRIOS?

NATAL/2014

LIGIANA NASCIMENTO DE LUCENA

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O QUE DIZEM OS USUÁRIOS?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste – Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF / RENASF / UFRN, como pré-requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção e gestão do cuidado

Orientadora: Prof.ª Dra. Maísa Paulino Rodrigues

NATAL/2014

LIGIANA NASCIMENTO DE LUCENA

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O QUE DIZEM OS USUÁRIOS?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste – Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF / RENASF / UFRN, como pré-requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 30 de agosto de 2014

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Maísa Paulino Rodrigues (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

_____

Prof.ª Dr. Dyego Leandro Bezerra de Souza
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

_____

Prof.ª Dr. João Bosco Filho
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

_____

Prof.ª Dr. Antônio Medeiros Júnior (Suplente)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

NATAL/2014

Dedico esse trabalho ao meu marido por todo apoio, acolhimento e paciência ao longo da nossa convivência e em especial durante esse mestrado, sem você eu não teria concluído essa etapa importante da minha vida. E por ser alguém que compartilha comigo os ideais de justiça social, solidariedade e igualdade. Ao meu avô materno (*in memorian*) por ser sinônimo de dignidade e superação, pessoa que inspirou e inspira a minha formação, as minhas lutas e que nos deixou durante o meu percurso nesse mestrado. A eles a minha mais profunda gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder a oportunidade de fazer esse mestrado e, principalmente, pela possibilidade de concluí-lo;

A meus pais por terem me oferecido os pilares para a realização dos meus sonhos profissionais;

Aos colegas de trabalho da Unidade de Saúde da Família-COSIROF e da Escola de Saúde Pública de Pernambuco, por compreenderem minhas ausências do serviço ao longo dessa jornada;

Aos colegas do mestrado pela vivência riquíssima de troca de conhecimentos e experiências, e em especial a Francijane Diniz, Adriana Lopes e Robervam Pedroza, por terem compartilhado alegrias, tristezas, perdas, descobertas e superações ao longo desses 2 anos;

Às amigas Vânia Chagas e Suzana Lins que se disponibilizaram a me ajudar em momentos cruciais do mestrado;

Às minhas residentes e ex-residentes por me oportunizarem a experiência da preceptoria, fato esse que contribuiu muito na minha decisão em fazer esse mestrado;

À minha orientadora pela ajuda na construção desse trabalho;

Aos docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família-UFRN por acreditarem na proposta do curso e pelos conhecimentos compartilhados;

Aos profissionais de saúde que acreditam no ideário do direito à saúde e de um sistema universal, equânime e integral, e que nas suas práticas diárias buscam consolidá-los;

Aos usuários do SUS, por terem sido fonte de inspiração desse trabalho;

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram com essa pesquisa.

“Minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história.”

Paulo Freire

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH), que visa à humanização das relações entre profissionais e usuários, orienta-se pela proposta da clínica ampliada e propõe o acolhimento como um dos dispositivos para sua vivência. O acolhimento requer uma atitude que garanta a escuta qualificada, a oferta de tecnologias adequadas e o estabelecimento de vínculos para melhor resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários. Este estudo teve por objetivo avaliar a satisfação dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) no tocante ao acolhimento na perspectiva da escuta qualificada e da produção de vínculos, no município de Recife-PE. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, avaliativo e transversal. Foram entrevistados 297 usuários, nos seis distritos sanitários do município, que fazem uso dos serviços ofertados pela ESF. Para a coleta dos dados foi utilizada a *Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental - Satis-BR-forma abreviada,* adaptada para o tema do acolhimento. Os dados quantitativos foram analisados com o auxilio dos *softwares Statistical Package for Social Science* (SPSS) 17.0, calculando-se as frequências absolutas e relativas. Os dados qualitativos foram trabalhados através da análise de conteúdo de Bardin com a elaboração de categorias temáticas. Os resultados apontam que os usuários, em sua grande maioria, estão satisfeitos com o acolhimento ofertado pelas equipes. Em torno de 66% afirmam ser muito ou bastante escutados pelos profissionais; 80,2% referem ter obtido alguma ou muita ajuda quando procuraram o acolhimento; 64,6% apontam que a acolhida é amigável ou muito amigável. Nos quesitos da ambiência, 55,9% dos usuários demonstram indiferença e insatisfação com o aspecto do conforto e aparência; no quesito das instalações gerais do serviço, 69,4% consideram de regular a péssimo. Das falas emergiram três categorias temáticas: satisfação com o acolhimento, insatisfação com a ambiência e sugestões de melhorias no acolhimento e serviço. Esse estudo contribuiu para o entendimento de que a escuta e o vínculo têm presença no acolhimento do município e para demonstrar que a ambiência é uma possível fragilidade na opinião dos usuários.

Palavras-chaves: Acolhimento; saúde da família; avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

The objective of the National Humanization Policy (NHP) is to humanize relations between professionals and users. It is guided by the proposal of expanded clinic and proposes the embracement as a strategy for its existence. The embracement requires qualified hearing, the provision of adequate technologies and the establishment of relations for better solving health problems of users. The objective of this study was to evaluate user satisfaction of the Family Health Strategy (FHS) regarding the embracement from the perspective of qualified hearing and improved relations in the city of Recife- PE. In this quantitative, qualitative, evaluative and cross-sectional study, 297 users of the services offered by the FHS were interviewed in six health districts of the city. For data collection, the Satisfaction Rating Scale of users with Mental Health Services - Satis-BR- abbreviated and adapted to the subject embracement was used. Quantitative data were analyzed by using the software Statistical Package for Social Science (SPSS) 17.0, calculating the absolute and relative frequencies. Qualitative data were analyzed by content analysis of Bardin with the elaboration of thematic categories. The results indicate that most users are satisfied with the embracement offered by the teams. About 66% reported being very or fairly heard by professionals; 80.2% reported to have obtained some or much help when searched for embracement; 64.6% indicated that the embracement is friendly or very friendly. Regarding ambience, 55.9% of users demonstrated indifference and dissatisfaction with comfort and appearance; regarding general facilities of the service, 69.4% reported as regular to awful. Three thematic categories were revealed by the speeches: satisfaction with embracement, dissatisfaction with the ambience, and suggestions for improvements in embracement and service. This study contributed to the understanding that both the hearing and relations are present in the embracement of the city and also to demonstrate that the ambience is a possible weakness in the opinion of the users.

Keywords: User Embracement; family health; health services evaluation.

LISTA DAS SIGLAS

APS- Atenção Primária em Saúde

DS- Distrito sanitário

ESF- Estratégia Saúde da Família

MS- Ministério da Saúde

PMAQ- Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade na Atenção Básica

PNH- Política Nacional de Humanização

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF- Unidade de Saúde da Família

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1- Perfil dos indivíduos entrevistados. Recife, 2014..... 49

Tabela 2- Escores médios de satisfação dos usuários. Recife, 2014..... 65

LISTA DOS QUADROS

Quadro 1- Unidades de saúde da família por distrito sanitário. Recife, 2012.. 42

Quadro 2 - Distribuição das unidades e equipes de saúde da família por distrito sanitário. Recife, 2013..... 43

Quadro 3 - Cálculo da amostra por distrito sanitário. Recife, 2014..... 44

Quadro 4 - Medidas descritivas para idade e renda. Recife, 2014 49

Quadro 5 - Medidas descritivas para o tempo de uso do serviço e frequência no acolhimento no mês. Recife, 2014..... 50

Quadro 6 - Satisfação com o acolhimento. Recife, 2014..... 66

Quadro 7 - Insatisfação com a ambiência. Recife, 2014..... 67

Quadro 8 - Sugestões de melhorias no acolhimento e no serviço. Recife, 2014..... 68

LISTA DOS GRÁFICOS

Figura 1- Tratamento recebido pelos usuários no acolhimento. Recife, 2014..... 51

Figura 2 - Escuta recebida pelo usuário no acolhimento. Recife, 2014..... 52

Figura 3 - Compreensão do problema do usuário pela pessoa que o recebeu no acolhimento. Recife, 2014..... 54

Figura 4 - Compreensão da equipe sobre a ajuda que o usuário necessitava. Recife, 2014..... 55

Figura 5 - Opinião do usuário sobre o tipo de ajuda que recebeu no acolhimento. Recife, 2014..... 57

Figura 6 - Satisfação dos usuários com a discussão realizada pelos profissionais sobre as condutas adotadas para resolver seu problema. Recife, 2014..... 58

Figura 7 - Opinião do usuário sobre a ajuda oferecida pela equipe do acolhimento. Recife, 2014..... 59

Figura 8 - Classificação da acolhida dos profissionais. Recife, 2014..... 60

Figura 9 - Classificação da competência da equipe do acolhimento. Recife, 2014..... 61

Figura 10 - Competência da pessoa que acolheu o usuário mais de perto. Recife, 2014..... 61

Figura 11 - Satisfação do usuário com o conforto e aparência do serviço. Recife, 2014..... 62

Figura 12 - Classificação das condições gerais das instalações da USF. Recife, 2014..... 63

Figura 13 - Respostas emitidas na questão de número 15. Recife, 2014..... 68

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO 13
2 - OBJETIVOS 18
2.1 - Objetivo Geral 18
2.2 - Objetivo Específico 18
3 - REFERENCIAL TEÓRICO 19
3.1 - A Avaliação em Saúde e suas Interfaces com o Planejamento, a Gestão e a Satisfação dos Usuários 19
3.1.1 - O contexto da estratégia Saúde da Família e a avaliação da satisfação do usuário 22
4 - A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) 27
4.1 - Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: Acesso, Vínculo e Escuta Qualificada 30
4.1.1 - O Recife em defesa da vida. 38
5 - PERCURSO METODOLÓGICO 41
5.1 - Tipo de Estudo 41
5.2 - Cenário do Estudo 42
5.3 - Os Sujeitos da Pesquisa e a Amostra 43
5.4 - Critérios de Inclusão 44
5.5 - Critério de Exclusão 44
5.6 - O Instrumento de Pesquisa 45
5.7 - Procedimentos para Coleta dos Dados 46
5.8 - Análise dos Dados 47
5.9 - Aspectos Éticos 48
6 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 49
6.1 - Caracterização dos Sujeitos da Amostra 49
6.2 - A Satisfação dos Usuários de Recife em Relação ao Acolhimento 51
6.3 - Categorias temáticas 65
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS 70
REFERÊNCIAS 72
ANEXOS 78
ANEXO A 79
ANEXO B 83
ANEXO C 93
ANEXO D 96
APÊNDICES 98
APÊNDICE A 99
APÊNDICE B 101

1 - INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, acumularam-se evidências de que um sistema de saúde que toma por base a Atenção Primária em Saúde (APS) alcança melhores resultados para a saúde das populações. As evidências provêm de estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil, e apontam quais características da APS 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 sociais (BRASIL, 2011a).

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos destes serviços, tendo como perspectiva as necessidades de saúde de uma população. Este enfoque está em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2006a; TAKEDA, 2004).

No Brasil, a proposta de reorganização da APS surge com a Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994. Ela presenta como finalidade reorientar o modelo de atenção à saúde e ser o eixo norteador do SUS nos aspectos relacionados à organização e funcionamento desse sistema. Busca-se a consolidação de um modelo que atenda de fato aos seus princípios e diretrizes do Sistema Único.

O modelo de pensamento predominante na saúde, orientado por uma racionalidade científica, considera que a “verdade” sobre as doenças está na alteração dos tecidos, na alteração da anatomia e no funcionamento dos órgãos do corpo. Assim, as práticas em saúde, em particular a prática médica, estão estruturadas para identificar e eliminar as lesões do corpo doente e, por definirem-se científicas, buscam a objetividade, a exatidão e a precisão (CAMARGO, 1993).

Tal racionalidade contribui para que a relação dos profissionais seja com a doença e não com a pessoa doente. Assim, o usuário “doente” passa a ser visto apenas como portador da doença, devendo ser excluído para não comprometer a

objetividade da ciência em diagnosticá-la. Consequentemente, os profissionais tendem a restringir seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento.

Esse modo predominante das práticas de saúde limita a percepção das necessidades de atenção, reduzindo, também, a efetividade das intervenções. Já o modelo proposto pela ESF possibilita e demanda uma compreensão dos mecanismos de adoecimento através da apreensão do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais, ambientais, culturais, psicológicos e biológicos.

A ESF tem como um dos seus fundamentos e diretrizes a coordenação da integralidade em vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realização da gestão do cuidado integral do usuário e sua coordenação no conjunto da rede de atenção (BRASIL, 2011b).

Por essa razão, há na ESF a presença de diferentes formações profissionais e uma consequente necessidade de articulação entre alas. Dessa forma, as ações devem ser compartilhadas, permitindo um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competências profissionais específicos enriquecem e formam um campo comum de competências, ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe 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-científica (BRASIL, 2011b).

Nessa direção, o Ministério da Saúde estabeleceu, 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. Essa Política estimula trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, no intuito da produção da saúde e da formação de sujeitos (BRASIL, 2010a).

A humanização passa a ser tratada como uma política ampla e de caráter público, abrangendo a atenção e a gestão nos serviços de saúde. Ademais, recoloca na pauta um conjunto de problemas e desafios presentes no cotidiano do SUS, na perspectiva de humanizar o cuidado e dignificar o trabalho (VILAR, 2014).

Essa política apresenta, em seu arcabouço teórico/político, a articulação de princípios, métodos, diretrizes e 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: acolhimento, ampliação da clínica, gestão participativa, valorização do trabalho e defesa dos direitos dos usuários (VILAR, 2014).

Nessa perspectiva, o acolhimento é reconhecido como uma das diretrizes da política de humanização e tem grande importância para mudanças no acesso e no modo como o usuário é recebido no sistema de saúde. Ele é concebido como um processo de inter-relações humanas que se expressa através da atitude dos trabalhadores em relação aos usuários, nas práticas de atenção e gestão. Esse acolhimento vem na forma de recepção, escuta e compartilhamento de saberes com um caráter resolutivo (VILAR, 2014).

Partindo desses pressupostos e na busca de resoluções para antigos problemas relativos ao acesso dos usuários aos serviços de atenção básica, às longas filas de espera por atendimentos e à qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, a cidade do Recife, em Pernambuco, adotou o modelo chamado “Recife em Defesa da Vida”, com a finalidade de humanizar e qualificar seus serviços de saúde. Esse novo modelo propõe repensar a atenção e a gestão como indissociáveis, onde os processos de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados ocorram concomitantemente. Para tanto, elegeram-se as seguintes diretrizes: o modelo da clínica ampliada, o acolhimento e a cogestão. E foram propostos os seguintes dispositivos para consolidação do modelo: o acolhimento, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (RECIFE, 2009a).

O Projeto “Recife em Defesa da Vida” estabeleceu para o acolhimento os seguintes princípios: o acesso inteligente, a escuta e a construção do vínculo, a

avaliação de risco e de vulnerabilidade, a resposta positiva, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade. Nesse modelo, o acolhimento tem como pressuposto básico o trabalho em equipe de forma integrada, buscando a efetivação de um campo de práticas comuns e de uma rede de cuidados (RECIFE, 2009b).

Contudo, apesar desse processo de construção democrática, os significados das ações de saúde provocam interpretações diversas desde o seu nascedouro e as atribuições de sentido dirigidas a elas nem sempre vão coincidir com seus reais propósitos. Essas interpretações, por sua vez, ancoram-se num conjunto de *habitus* – entendido como um conhecimento adquirido, um haver, um capital que indica uma disposição incorporada –, que serve de referência para a representação dos agentes envolvidos na implantação da proposta “Recife em Defesa da Vida”. Assim, ouvir os usuários - alvo dessa política - nas UFS do município é vital para a continuidade e a efetividade desse projeto (BOURDIEU, 2002).

Nesse contexto surge o interesse pela realização desse trabalho a partir da vivência da pesquisadora como enfermeira de uma unidade de saúde da família (USF) do município de Recife-PE. Nas unidades do referido município, implantam-se, desde 2009, o acolhimento como forma de garantir o acesso à população usuária e melhorar a relação profissional-usuário nos serviços de atenção básica. Em 2011, a gestão municipal impulsionou a implantação do acolhimento nas USF por meio do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), atrelando o incentivo financeiro destinado aos profissionais à implantação do acolhimento.

Assim, em 2011, na unidade de origem da pesquisadora, foi instituído o acolhimento, surgindo inúmeros questionamentos acerca desse “novo” processo de trabalho iniciado e, ainda, a interrogação sobre o pensamento dos usuários acerca da novidade. Dessa feita, emergiram questões sobre a resolubilidade, a escuta, o vínculo e a satisfação do usuário. Sabe-se que esse sujeito é alvo e parte das mudanças ocorridas no serviço de saúde, podendo trazer elementos para direcionar o planejamento e a organização dos serviços, na busca pela qualidade da atenção.

A partir dessa perspectiva, o presente estudo buscou dar voz aos usuários do município, avaliando a sua satisfação com o acolhimento. Objetivou-se identificar

como um projeto formulado em nível municipal é avaliado nos contextos da atenção primária – a Estratégia Saúde da Família. Os resultados deste estudo trazem um panorama que mostra o quanto os sentidos atribuídos pelos sujeitos aproximam-se ou distanciam-se dos significados oficialmente estabelecidos a respeito do acolhimento, podendo servir para subsidiar o monitoramento das ações implantadas: medir, comparar e emitir um juízo de valor sobre o “Recife em Defesa da Vida”.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Avaliar a satisfação dos usuários da ESF acerca do acolhimento no município de Recife-PE

2.2 - Objetivo Específico

Identificar fragilidades e potencialidades no processo de acolher.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - A Avaliação em Saúde e suas Interfaces com o Planejamento, a Gestão e a Satisfação dos Usuários

A avaliação em saúde vem ganhando espaço nos últimos anos por possibilitar uma compreensão e um direcionamento da realidade complexa do Sistema Único de Saúde (SUS), das suas ações e dos seus programas. Torna-se cada vez mais importante avaliar as ações, os serviços e os programas de saúde com o intuito de melhorar a qualidade da atenção e a organização dos serviços (ampliar acesso) e com a intenção de alocar recursos de forma equânime e integral.

As decisões necessárias para atender aos preceitos da universalidade, da qualidade da atenção e da viabilidade econômica do SUS são particularmente difíceis de tomar por envolver um sistema de saúde complexo, com grandes zonas de incertezas nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las e as expectativas crescentes da população. Nesse contexto, a necessidade de informação sobre modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários é cada vez mais reconhecida e a avaliação parece ser uma alternativa adequada (FRIAS *et al.*, 2010).

Sendo assim, pode-se afirmar que “avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes. Aqui, há a consideração de que os diferentes atores envolvidos podem ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individual ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações” (HARTZ *et al*., 2011).

Pode-se considerar que a essência da avaliação constitui-se no fato: 1) de referir-se à ação humana (já que não se trata de medir o desempenho de um motor ou peso que uma coluna pode sustentar); 2) das ações estarem estruturadas em um projeto e articuladas em um programa (já que a intenção deliberada, formulada e explicitada é fundamental para a avaliação de uma iniciativa); 3) da iniciativa em foco

estar endereçada a mudanças específicas de uma dada situação problemática e; 4) de tais mudanças serem constatadas empiricamente (ZUNIGA, 2004 *apud* FURTADO, 2012).

Os dispositivos introduzidos para promover revisão, transformação e mudanças em um programa ou serviço (seja a realização de uma oficina de planejamento ou um processo de avaliação) deverão ater-se não só à missão, aos propósitos ou ao seu modelo lógico, mas também aos modos como são respondidas as demandas de ordem subjetiva oriundas dos sujeitos inseridos (FURTADO, 2012).

Baseando-se nisso, propõe-se a exploração e a ampliação dos aspectos pedagógicos, empoderadores e de produção de subjetividades potencialmente presentes nos processos avaliativos e que podem contribuir para reafirmar o trabalho como um dos modos de produção e constituição de sujeitos, de coletivos e de instituições. A avaliação encontra-se como um percurso para qualificar programas e serviços e para desenvolver os trabalhadores, gestores e grupos de interesse envolvidos. Nesse sentido, a inclusão de diferentes perspectivas deveria materializar crescentes graus de cogestão do processo avaliativo e do próprio programa ou serviço, pois, afinal, estaremos lidando com as ações para as quais muitos trabalhadores dedicam a maior parte do seu tempo (FURTADO, 2012).

A avaliação possui objetivos oficiais e oficiosos, a saber:

- Objetivos oficiais:

• ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);

• fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);

• determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);

• contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

- Objetivos oficiosos, frequentemente implícitos:

• atrasar uma decisão;

• legitimar uma decisão já tomada;

• ampliar seu poder e o controle que eles exercem sobre a intervenção;

• satisfazer as exigências dos organismos de financiamento (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 1997).

Todos esses objetivos podem estar presentes nos processos avaliativos ou apenas parte deles, dependendo do contexto e das intenções da avaliação. Esses objetivos podem ser dicotômicos ou não, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores envolvidos ou somente por alguns deles (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 2008 *apud* FRIAS, 2010, p. 6).

Nesse contexto, pode-se dizer que as pesquisas avaliativas visam analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de “adequação” (exatidão dos vínculos) entre os diferentes componentes de uma intervenção. Mais especificamente, têm por objetivo analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se desenrola. Desse modo, pode-se avaliar a pertinência da relação entre um problema de saúde e os objetivos de uma intervenção; a coerência entre os objetivos e as atividades de uma intervenção; ou ainda a adequação entre os recursos investidos e os efeitos de uma intervenção (HARTZ *et al*., 2011).

Uma intervenção consiste em um sistema organizado de ação que visa, em um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. No sistema organizado de ação encontram-se cinco componentes: uma estrutura, atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou várias finalidades e, enfim, um ambiente (ROCHER, 1972 *apud* HARTZ *et al*., 2011; PARSONS, 1977 *apud* HARTZ *et al*., 2011; BOURDIEU e WACQUANT, 1992 *apud* HARTZ *et al*., 2011).

Sendo assim, esses componentes podem ser o alvo das pesquisas avaliativas, o que torna a avaliação uma ferramenta importante para gestores, trabalhadores e usuários por possibilitar a elucidação das reais mudanças nos serviços de saúde, após a implantação de ações e programas.

3.1.1 - O contexto da estratégia Saúde da Família e a avaliação da satisfação do usuário

No contexto da qualidade em saúde, avaliar significa diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (PISCO, 2006).

Malik e Schiesari (1998) afirmam que qualquer discussão a respeito de qualidade traz implícita ou explícita a noção de avaliação.

A avaliação de qualidade utiliza a definição clássica de Donabedian por ser este um dos principais autores que sintetizam uma proposta de avaliação, servindo de modelo para esse tema no campo da saúde (NOVAES, 2008).

Grande parte dos estudos de campo é baseada no modelo sistêmico de Donabedian (1990), que aborda as relações entre estrutura, processo e resultados. A primeira corresponde às características estáveis dos provedores dos serviços, instrumentos e recursos. O processo refere-se às atividades, bens e serviços, já os resultados são relacionados aos efeitos dos objetivos propostos (NOVAES, 2008).

Contandriopoulos *et al* (1997) relatam que, para avaliar se os serviços estão adequados para atingirem os resultados esperados, ou seja, para verificar a qualidade do processo nas avaliações normativas, devem ser consideradas as dimensões técnica, interpessoal e organizacional. A dimensão técnica aprecia a adequação dos serviços às necessidades dos usuários e inclui a averiguação da qualidade dos serviços. A dimensão interpessoal considera os aspectos relacionados à subjetividade. Denominada “arte do cuidado”, inclui o apoio que o pessoal dá aos pacientes, a satisfação destes, a cortesia dos produtores de cuidados e o respeito à pessoa. Por último, a dimensão organizacional envolve a acessibilidade - cobertura/continuidade dos cuidados.

No que diz respeito à dimensão interpessoal (aspectos pertinentes à relação profissional-usuário), deve-se buscar o estabelecimento de uma escuta qualificada e a geração de vínculos nessa relação. Tal condição é de extrema relevância para a obtenção da qualidade e da resolubilidade do serviço prestado e, consequentemente, para conseguir o cuidado ofertado e a satisfação do usuário.

Os estudos de satisfação de usuários ganharam destaque na literatura, principalmente, na década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, inseridos no paradigma do consumismo e na cultura da qualidade (LINDER-PELZ, 1982 *apud* TURRIS, 2005). Nesse contexto, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada com a intenção de aperfeiçoar o sistema de serviços de saúde. No Brasil, os estudos desenvolveram-se na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPIRIDIÃO e TRAD, 2006).

O próprio conceito de satisfação é controverso e nem sempre compreendido pelo paciente. Os usuários não se declaram, espontaneamente, “satisfeitos” ao descreverem o serviço. A satisfação do paciente não depende apenas da boa qualidade do cuidado e a “insatisfação” pode se manifestar somente em desfechos negativos (SAVASSI, 2010).

As teorias de modelos sobre estudos de satisfação mais utilizadas são (ESPIRIDIÃO e TRAD, 2006):

- **Teoria da discrepância:** é a mais utilizada nas pesquisas. Nela, os níveis de satisfação são medidos pela diferença entre expectativa e percepção da experiência;

- **Teoria da atitude:** a satisfação é entendida como uma atitude, uma avaliação positiva ou negativa sobre um determinado aspecto do serviço;

- **Teoria da equidade:** considera que os usuários avaliam por meio de ganhos ou perdas individuais, comparando-se com outros usuários;

- Teoria da realização: a satisfação é dada, simplesmente, pela diferença

entre o que é esperado e o que é obtido;

- Teoria da realização da expectativa ou da confirmação da expectativa.

Outro ponto fundamental para o entendimento de como o usuário se relaciona com o serviço de saúde, especialmente para proporcionar uma atenção qualificada voltada para as reais necessidades, é a autopercepção da saúde. Trata-se de um conceito fundamental e, ao mesmo tempo, um bom preditor da morbi-mortalidade individual (SAVASSI, 2010).

A atenção primária é o âmbito privilegiado para uma abordagem centrada no sujeito, o cultivo de uma boa relação profissional-usuário e de intervenções educativas em saúde voltadas para doenças crônicas, em que o comportamento desempenha papel fundamental. Nesse sentido, o conceito da autopercepção de saúde traduz não apenas o risco de morte e de adoecimento, mas a possibilidade de entender a perspectiva do usuário acerca de sua saúde. Por estar ligada a fatores socioeconômicos, ambientais, biológicos, emocionais, culturais e de assistência, é fundamental entender quais destes aspectos influenciam essa percepção e de que maneira (SAVASSI, 2010).

Agostinho *et al.* (2009) estudaram os fatores que influenciam a autopercepção em saúde no âmbito da atenção primária e encontraram evidências da relação com fatores biológicos, socioeconômicos e de vínculo, demonstrando uma maior satisfação com a Unidade Básica de Saúde e associando-se a uma melhor autopercepção de saúde.

Contribuíram para uma pior autopercepção de saúde: maior escolaridade, maior idade, gênero feminino, tabagismo, presença de doença crônica, utilização do serviço, internações pregressas e menor satisfação com o serviço de saúde. As particularidades da atenção primária em que o usuário se encontra em seu território e apresenta sinais, sintomas e doenças em fases mais iniciais e menos complicadas podem ter influência na correlação entre os fatores e a autopercepção, o que abre a possibilidade para o aprofundamento de estudos nessa área (AGOSTINHO *et al.*, 2009).

A percepção dos usuários tem sido cada vez mais utilizada como uma medida

importante na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde. A percepção dos cuidados é influenciada pela expectativa do usuário, bem como pelos cuidados recebidos de fato e pela organização dos serviços e programas (GOUVEIA *et al*., 2011).

Para Trad e Bastos (1998), abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços, portanto sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação para completar e equilibrar a qualidade dos serviços. Para Esperidião e Trad (2005), a satisfação envolve algumas dimensões ligadas aos aspectos dos serviços, tais como acesso, estrutura física e organizacional, aspectos inerentes à relação profissional-usuário etc.

A qualidade em serviços públicos, mais concretamente nos serviços de saúde, é um desafio aos seus gestores, aos técnicos e a todos os outros profissionais com capacidades que, se bem geridas, podem originar produtos aptos a satisfazerem as necessidades dos seus usuários (PISCO, 2006).

Segundo Ferri *et al*. (2007), as práticas de saúde envolvem muitas considerações para que tenham como produto final o cuidado esperado. Nos serviços devem ocorrer: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, as políticas públicas, enfim, a integralidade.

A utilização dos serviços de saúde é produto da interação entre usuários, profissionais de saúde e serviços de saúde. Um dos principais problemas dessa interação é a forma como o usuário consegue acessar os serviços. Por essa razão, o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento para que se possa incidir, efetivamente, sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS e LIMA, 2003).

O fortalecimento do controle social no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária pressupõem uma concepção do usuário do sistema de saúde com competência para avaliar e intervir, modificando o próprio sistema (TRAD *et al*., 2002). A percepção do usuário é influenciada pela subjetividade do indivíduo que utiliza o serviço, pela forma como o serviço está organizado e pela relação que

se estabelece entre profissional e usuário. Sendo assim, o olhar do usuário torna-se de grande relevância para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e suas ações, já que o sistema de saúde procura organizar-se para resolver e encaminhar suas demandas de forma humanizada.

Portanto, a percepção dos usuários sobre a prática da ESF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência da Estratégia e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio serviço e fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do sistema de saúde 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 adstrita (TEIXEIRA, 2004).

Por fim, é possível afirmar que o acolhimento, no âmbito da ESF, deve ser realizado de maneira adequada e efetiva, apoiando os usuários em suas demandas e necessidades, no sentido de superar diversas barreiras, sejam elas organizacionais, geográficas ou socioeconômicas. Com esse intuito, a adoção de avaliações contínuas pode subsidiar o planejamento para a tomada de decisão e é uma medida de grande relevância para o aperfeiçoamento da qualidade do acolhimento ofertado à população na estratégia saúde da família.

4 - A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

O Ministério da Saúde (MS), visando qualificar e humanizar o atendimento em saúde, propõe a Política Nacional de Humanização (PNH), que se encontra fundamentada na indissociabilidade dos modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho entre atenção e gestão, clínica e política e entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas de produção de saúde, propondo, para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (MENDES, 2010).

Com isso, a humanização passa a ser tratada como uma política de caráter público e amplo, abrangendo a atenção e a gestão nos serviços de saúde, recolocando na pauta um conjunto de problemas e desafios presentes no cotidiano do SUS, na perspectiva de humanizar o cuidado e dignificar o trabalho (VILAR, 2014).

As reflexões que norteiam os marcos teóricos e organizativos da PNH evidenciam que seu surgimento ocorre para efetuar mudanças na perspectiva da consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) inclusivo, acolhedor, resolutivo e democrático. Elas apresentam concepções ampliadas sobre a humanização, agregando dimensões variadas: organizativa, relacionada aos modos de fazer e organizar serviços de saúde; gerencial, que se refere à forma de gestão e condução do trabalho desenvolvido; e relacional, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos que participam do processo de trabalho em saúde - usuários, trabalhadores e gestores (VILAR, 2014).

A PNH articula princípios e diretrizes que são norteadores para sua operacionalização nos serviços através de inovações nos modos de cuidar (VILAR, 2014). Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudanças dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde, são eles (BRASIL, 2010a):

Transversalidade

- Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;

- Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2010a).

A transversalidade se reporta à intenção de que a política seja horizontalizada, perpassando as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, ou seja, refletindo-se em todas as demais políticas do campo da saúde (VILAR, 2014).

Indissociabilidade entre atenção e gestão

- Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e apropriar-se do trabalho;

- Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;

- Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho (BRASIL, 2010a).

Esse princípio concebe os modos de gestão e de cuidar como indissociáveis, ou seja, a organização do trabalho como inseparável da atenção à saúde ou, ainda, com relação de codeterminação, com ações interdependentes e complementares que se influenciam mutuamente (VILAR, 2014).

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

- Trabalhar implica a produção de si e a produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;

- As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar

(BRASIL, 2010 a).

Esse princípio pressupõe um novo modo de fazer que requer a inclusão de sujeitos envolvidos na gestão e na atenção, tanto em sua expressão singular como coletiva. Ele está relacionado ao princípio anterior e parte da premissa de que os profissionais de saúde e gestores são sujeitos que trabalham com e para os usuários, que, por sua vez, são copartícipes (VILAR, 2014).

Diretrizes da PNH

Diretrizes são as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da:

- Clínica Ampliada;

- Cogestão;

- Acolhimento;

- Valorização do trabalho e do trabalhador;

- Defesa dos Direitos do Usuário;

- Fomento das grupalidades, coletivos e redes;

- Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010a).

Essas diretrizes traduzem um conjunto de orientações importantes para colocar os princípios em prática e revestem-se de um eixo discursivo que abrange múltiplas intenções (VILAR, 2014). Dentre eles, destaco o acolhimento, a clínica ampliada e a defesa dos direitos dos usuários como pilares para esse trabalho.

O tema do acolhimento é estudado 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 problemas (VILAR, 2014).

4.1 - Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: Acesso, Vínculo e Escuta Qualificada

O acesso aos serviços de saúde vem sendo discutido nos últimos anos como uma forma de buscar a consolidação do princípio da universalidade previsto no Sistema Único de Saúde. Sabe-se que o acesso aos serviços de saúde está relacionado a inúmeros fatores de ordem social, política, econômica, institucional e organizacional, os quais interferem diretamente na oferta desses serviços com qualidade e no atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

As diferentes abordagens de análise sobre o acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que "acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde" (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

O acesso pode ser representado por um grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e dos recursos da população no processo de busca e obtenção da atenção, numa relação funcional entre o conjunto de obstáculos, a busca e a obtenção da atenção e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos (ARCÊNIO *et al*., 2011).

Para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1996) adotam como abordagem teórica quatro dimensões explicativas (política, econômica, técnica e simbólica) na tentativa de articular o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada. Isso resulta em quatro modelos teóricos: a dimensão econômica – modelo economicista – é referente à relação entre oferta e demanda; a dimensão técnica – modelo sanitarista-planificador – é relativa à planificação e organização da rede de serviços; a dimensão política – modelo sanitarista-politicista – refere-se ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e a dimensão simbólica, que consiste no modelo das representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde. Eles referem-se, também, às dimensões específicas do acesso, tais quais: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade.

A disponibilidade é percebida como a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade. A acessibilidade é caracterizada pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos (UNGLERT, 1990). Já a adequação funcional é “entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos” (ASSIS e JESUS, 2012). Finalmente, a aceitabilidade é entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, os trabalhadores de saúde e as práticas destes serviços (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

Já na definição do uso de serviços de saúde e suas formas de utilização, o acesso é mediado por três fatores individuais: fatores predisponentes, capacitantes e determinantes. Os fatores predisponentes são aqueles que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usarem serviços de saúde como variáveis sócio-demográficas (idade, gênero, raça, hábitos, entre outros). Os fatores capacitantes são condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada e pela oferta de serviços, ou seja, o meio disponível para as pessoas usarem os serviços. Os fatores determinantes referem-se às necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela autopercepção. Nessa análise, o uso de serviços de saúde é uma expressão positiva do acesso em que a utilização dos serviços depende também dos fatores individuais (ANDERSEN e NEWMAN, 1973 *apud* ASSIS e JESUS, 2012).

No que se refere à Atenção Primária à Saúde, especificamente à Estratégia Saúde da Família, o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar nos serviços de saúde, à localização da unidade de saúde, à disponibilidade de horários e aos dias em que a unidade atende, bem como à possibilidade de atendimento com consultas não agendadas e à percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não) (STARFIELD, 2004).

Diante desse contexto, surge o acolhimento como dispositivo que pretende reorganizar o atendimento nos serviços de saúde, modificando posturas

profissionais e ampliando o acesso aos usuários, através do estabelecimento de relações mais humanas. Esse dispositivo/diretriz é previsto na Política Nacional de Humanização (PNH) com vistas a qualificar o acesso através da escuta qualificada e da criação de vínculos entre trabalhadores e usuários.

Assim, pode-se afirmar que o acolhimento possui três dimensões constitutivas, sendo elas: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia do cuidado e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011d).

Com o objetivo de promover uma maior resolubilidade dos problemas de saúde da população, de reorientar as práticas de saúde e de ampliar o olhar sobre as condições de adoecimento dos indivíduos, as equipes de saúde da família utilizam o conceito de clínica ampliada a fim de melhor compreender e atuar no território adscrito, instituindo o acolhimento como uma ferramenta fundamental nos processos de trabalho.

Adverte-se, contudo, que a clínica ampliada não nega as técnicas da clínica *stricto sensu*, mas as incorpora em um conjunto mais amplo de ações. Tais técnicas são inseridas e ressignificadas numa compreensão que entrelaça, dialeticamente, clínica e política, tratamento, organização institucional, gestão e subjetividade. Nesse contexto, os cuidados buscam a produção de novos valores de saúde e cidadania (FERIGATO e BALLARIN, 2007). Disso resulta aos profissionais a demanda por alteração das próprias práticas terapêuticas e do emprego das técnicas tradicionais.

Com efeito, para atuar na ESF é essencial que os profissionais de saúde adotem uma postura terapêutica que ultrapasse o saber do seu núcleo profissional e o manejo das melhores técnicas para aplicá-lo. É preciso "*um investimento que trabalhe até o limite da necessidade da defesa da vida*" (ONOKO e RODRIGUES, 2003). Nesse sentido, a postura terapêutica tem, necessariamente, um caráter ético-político que vislumbra a transformação daquilo que é dado como universal. Não se trata do profissional modificando um usuário, mas do profissional inovando-se e revendo suas atitudes permanentemente, colocando-se na posição do usuário, conduzindo-o também a essa postura (BALLARIN e FERIGATO, 2007).

A clínica ampliada está embasada em quatro eixos fundamentais para orientar a sua prática, a saber:

a) A compreensão ampliada do processo saúde-doença

A clínica ampliada busca superar a abordagem que privilegia, excessivamente, algum conhecimento específico. Cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade. Na mesma situação, pode-se “enxergar” vários aspectos diferentes: as patologias orgânicas, as correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), a situação afetiva, etc., e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em dado momento (BRASIL, 2009).

Assim, essa clínica foca-se na construção de sínteses singulares dos fatores em questão, tencionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde vivida a cada instante por sujeitos reais. Este eixo traduz-se, ao mesmo tempo, em um modo diferente de fazer a clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com necessária inclusão de novos instrumentos (BRASIL, 2009).

b) A construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas

A complexidade da clínica, em alguns momentos, provoca a sensação de desamparo ao profissional, que não sabe como lidar com essa realidade. O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento caminha tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários (BRASIL, 2009).

De fato, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, pode ser frequente a percepção de impossibilidade de uma solução mágica e unilateral para um problema. No entanto, o que inspira a clínica ampliada é uma “aposta” no fato de que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual (BRASIL, 2009).

c) A ampliação do “objeto de trabalho”

As doenças, as epidemias e os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou os grupos de pessoas, mesmo que o núcleo profissional (ou especialidade) seja bem delimitado. As organizações de saúde não ficaram imunes à fragmentação do processo de trabalho decorrente da Revolução Industrial. Esse fenômeno produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho através da excessiva especialização profissional. Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, há, muitas vezes, a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a máxima organizativa “cada um faz a sua parte” sanciona, definitivamente, a fragmentação, a individualização e a falta de responsabilização no trabalho, no que se refere à atenção e ao cuidado. Nesse cenário, surge como contraponto ao já estabelecido a proposta de “clínica ampliada”, com o convite de uma ampliação do objeto de trabalho, instigando os profissionais a responsabilizarem-se pelos usuários e a pensarem em seu objeto de trabalho de maneira holística, em interação com o seu meio. Esse é um desafio a ser perseguido (BRASIL, 2009).

d) A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho

Os instrumentos de trabalho também se modificam intensamente na clínica ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada: a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com as condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família e com a comunidade etc (BRASIL, 2009).

Assim, a Política Nacional de Humanização (PNH), no intento de alterar as relações entre profissionais e usuários, orienta-se pela proposta da clínica ampliada e apresenta o acolhimento como um dos dispositivos para sua vivência. Esse mecanismo consiste numa atitude que garante a escuta qualificada das demandas, com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias - saberes materiais e não

materiais - que procurem ler o mundo a partir de um determinado conceito de saúde e de doença e produzam procedimentos eficazes para que haja saúde individual e coletiva (MERHY, 1997).

A PNH propõe o acolhimento como uma ferramenta transversal para a organização dos serviços, das ações de saúde e do processo de trabalho nas equipes de saúde. Para essa finalidade, ela deve estar relacionada ao processo de produção de saúde como algo que qualifica a relação, isto é, passível de ser apreendida em diferentes dimensões (relacionais, técnicas, clínicas e cidadãs) e exercitada em todo e qualquer encontro entre profissional/usuário, profissional/profissional, equipe de saúde/gestão e usuário/rede social (BRASIL, 2004).

O acolhimento torna-se, então, um elemento essencial para a oferta do cuidado e do processo de trabalho das equipes de saúde, visto que a partir dele identificam-se riscos e vulnerabilidades, possibilitando uma atenção à saúde mais humanizada, fundada no reconhecimento das necessidades e demandas de cada usuário. Esse elemento assume grande relevância para viabilização dos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, constituindo-se como um fator inicial do processo de trabalho, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado em seu sentido mais amplo (DACOREGGIO *et al.,* 2006).

Para Merhy *et al*. (2004) o encontro entre o trabalhador e o usuário dá início a um processo relacional em que se opera o trabalho vivo, em ato. O encontro dispara um processo de intervenção tecnológica resultante da manutenção/recuperação/alteração de certo modo de levar a vida. O acolhimento permite, ainda, arguir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar da acessibilidade. A potência deve construir vínculo e responsabilização, provocar ruídos sobre os momentos que o serviço recepciona o seu usuário e evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos.

O acolhimento, portanto, 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. Na situação concreta do acesso à atenção para saúde e da percepção

desta pelos usuários, a ascensão dessa esperada nova centralidade (no usuário) deve ocorrer em relação dialética com a redução da centralidade das consultas médicas e com a melhor utilização do potencial de outros profissionais (MERHY *et al*., 2004).

Para Merhy (1998) o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, desenvolve capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, o acolhimento, o vínculo e a escuta qualificada.

O acolhimento propõe a construção de vínculos através da escuta qualificada no encontro entre profissional e usuário. Segundo Houaiss (2004), vínculo é tudo aquilo que liga, ata ou aperta; é o que liga duas ou mais pessoas. Remete à idéia de interdependência e de relacionamento. É um conceito polissêmico, que perpassa os campos das ciências sociais e da saúde, assumindo caráter e abordagens diversas, tais como: de dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação. Mantém uma interface com outros grandes conceitos da saúde pública, como o da humanização, da responsabilização, da integralidade e da cogestão (SÁ e GOMES, 2009).

Porém, como afirma Silveira Filho (2002), 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.

De acordo com o pensamento de Silva Junior e Mascarenhas (2006), o vínculo possui três dimensões: da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Na primeira, o profissional da saúde deve interessar-se pela pessoa do paciente, como diz o autor, para, então, construir um vínculo com ele. Na segunda dimensão, a própria relação entre ambos, profissional e paciente, é vista como terapêutica e, por intermédio dela, o paciente é considerado sujeito no processo de tratamento, 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.

Faz-se necessário ressaltar que alguns aspectos podem interferir nessa construção de vínculos entre profissionais e usuários, entre eles podem-se destacar: a sobrecarga do serviço pela ampliação qualitativa da universalidade após a implantação do acolhimento e as tensões gerais advindas do mundo do trabalho, tais como relações intra-equipe, infraestrutura do serviço, organização da rede de referência, reconhecimento profissional, valorização do trabalho etc (SCHOLZE et al, 2009)

Diferentemente de técnicas tradicionais de abordagem, no estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários estes últimos colocam-se em uma condição de sujeitos do processo terapêutico. Essa assunção de novo *status* dá-se através de uma relação de confiança, afinidade, responsabilidades e compromissos mútuos entre aqueles sujeitos (ARCÊNCIO, 2005). Dessa forma, constrói-se uma relação dialógica com vistas à consolidação do exercício da autonomia e da cidadania do usuário.

A abertura de diálogos sobre a circulação de afetos entre trabalhadores e usuários é um momento diagnóstico importante. Os conceitos de transferência e contratransferência são utilizados para explicar esse contexto (FREUD, 1912 *apud* CAMPOS, 2012). Os profissionais, ao estabelecerem relações de trabalho com uma pessoa ou com um grupo, contra transferem sentimentos e impressões, prejulgando estes usuários segundo critérios estereotipados. Esta padronização automática ocorre segundo categorias originárias da história pessoal de cada profissional, da instituição a qual este se filia (médicos, enfermeiros, etc.) ou da organização em que trabalha (sistema público, pronto-socorro, hospital, etc.) (CAMPOS, 2012).

Assim, é importante refletir sobre o tipo de sentimento que cada caso produz no profissional responsável: indiferença burocrática; desafio profissional; vontade de ajudar; indisposição em função de alguma característica do usuário, como alcoolismo, dependência de drogas, violência, religião, ideologia etc. Da mesma maneira, o usuário transfere aos profissionais e ao serviço afetos diversos que

precisam ser compreendidos pelos dois lados: dependência absoluta do técnico, esperança mágica, revolta, desafio etc. A coconstrução de autonomia depende bastante da explicitação deste paralelogramo de afetos que se entrecruzam (CAMPOS, 2012).

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 vai 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 indivíduos.

A escuta qualificada deve constituir-se em uma “escuta ampliada”, entendida no sentido de recomplexificar a experiência do sofrimento e de conferir espaços para as diferenças emergirem, permitindo a visualização das possíveis intervenções nas causas que fazem eclodir o sofrimento (VIEIRA e SILVEIRA, 2005).

Filgueira e Deslandes (1999, p.124) destacam que:

> A atitude de escuta pressupõe a capacidade do profissional de propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde e responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades deste.

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 quanto ao longo do seu acompanhamento pelos profissionais. Eles expressam-se na atenção humanizada, com compartilhamento de saberes, na convivência, na ajuda e no respeito recíproco entre profissional e usuário (SILVA e ARRUDA, 2012).

4.1.1 - O Recife em defesa da vida.

A proposta do modelo “Recife em Defesa da Vida” surge da necessidade de repensar a forma de organizar a atenção à saúde no SUS, desde os macro

processos até a micropolítica do trabalho em saúde. Reinventar e reformular a clínica de forma a incorporar outros valores e tecnologias para a defesa da vida, saindo do ato meramente prescritivo, da institucionalização, da medicalização, da redução do sujeito à categoria de objeto para uma ampliação do conceito de ações da saúde: a produção de saúde e a produção de sujeitos (RECIFE, 2009a)

O modelo de atenção e gestão do Recife propõe atenção e gestão realizadas de modo indissociável, no qual os processos de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados ocorram concomitantemente, através da implantação de normas e metas a serem seguidas pelos serviços de saúde. Para tanto o modelo proposto elegeu as seguinte diretrizes: (RECIFE, 2009a).

> A valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos; a ampliação das ações de promoção e prevenção; a rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados, segundo os padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como internação domiciliar, visita aberta e familiar participante nos hospitais estabelecimento de atenção, segundo linha de cuidado com equipes de referência e cogestão; a saúde mental, mostrando a necessidade da desinstitucionalização e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos com resolutividade (RECIFE, 2009a, p. 4)

Com base nessas diretrizes foram propostos dispositivos para sua operacionalização: o acolhimento, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular.

Considerando o acolhimento definido pela gestão como:

> Um modo de organizar o trabalho das equipes, de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas/necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social (RECIFE, 2011b, p.5).

O acolhimento foi definido ainda dentro da seguinte perspectiva:

> [...] como um princípio e um dispositivo, ao mesmo tempo, uma vez que traz consigo uma ética a ser buscada nos serviços (a essência de funcionamento dos serviços; uma postura a ser perseguida) e, também, pode ser discutido do ponto de vista prático, na reorganização dos processos de trabalho. Além do acolhimento, este modelo de atenção e gestão traz outros dois princípios: a clínica ampliada e a cogestão, que complementam e são complementadas pelo acolhimento (RECIFE, 2009b, p.3).

Para implantação do modelo no município a gestão impulsionou esse

processo através da oferta de cursos para os profissionais em 2010, com o fim de proporcionar que esses atores compreendessem a proposta e contribuíssem com a mudança de modelo e a implantação do acolhimento. Esse impulsionamento também se deu através da implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), vinculando o aporte de recursos destinados aos profissionais à implantação do dispositivo acolhimento nos seus respectivos processos de trabalho.

5 - PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 - Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa realizado junto à população usuária das Unidades de Saúde da Família da cidade do Recife, em Pernambuco.

As pesquisas avaliativas tratam de um procedimento que consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, o efeito, o rendimento e as relações existentes entre a intervenção e o contexto. A pesquisa consistirá em fazer uma ou várias dessas análises (FRIAS *et al.*, 2010).

Já os estudos sobre satisfação vêm sendo considerados importantes instrumentos de avaliação da qualidade da atenção à saúde por considerar a percepção dos segmentos envolvidos nos serviços. Os novos modelos de atenção à saúde demandam a ampliação da oferta de cuidados aos pacientes, exigindo do profissional um maior envolvimento e corresponsabilização (REBOUÇAS *et al.*, 2008).

A satisfação dos usuários, dentro do contexto dos serviços de saúde, passa a ser uma meta a alcançar. Para tanto, pesquisas nesse campo devem ser realizadas com vistas a subsidiar as ações e os serviços. Os estudos sobre satisfação dos usuários têm início no Brasil na década de 1990, impulsionados pelo fortalecimento do controle social no SUS, catalisado pelo princípio da participação da comunidade nos processos decisórios.

Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre as características dos serviços - nesse caso o acolhimento - e, portanto, sobre a sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para subsidiar e estimular reflexões por parte de profissionais e de gestores com vistas à melhoria da qualidade dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO, 2005).

5.2 - Cenário do Estudo

A cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, está localizada na faixa litorânea do Nordeste brasileiro e se constitui em um polo econômico dentro da Região. O Censo do ano 2010 registrou uma população de aproximadamente 1.537.704 habitantes, em uma área territorial de 218,435 km^2, com uma densidade demográfica de 7.037,61hab/Km² (IBGE, 2012).

A capital pernambucana é composta por 94 bairros, que por sua vez compõem seis Regiões Político - Administrativas – RPA, denominadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Distritos Sanitários (DS) com vistas à organização das atividades dessa área.

A pesquisa foi desenvolvida em Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas nos Distritos Sanitários I, II, III, IV, V e VI da cidade do Recife que aderiram ao PMAQ. Todos os Distritos foram incluídos no estudo através das USF sorteadas. O Quadro 1 mostra a distribuição das USF por Distrito Sanitário na referida cidade (RECIFE,2012)

Quadro 1- Unidades de Saúde da Família por Distrito Sanitário. Recife, 2012.

Distrito Sanitário	Quantidade de USF	Quantidade de USF com PMAQ
I	10	10
II	19	19
III	24	23
IV	19	17
V	16	15
VI	34	34
Total	**122**	**118**

Observa-se que 118 unidades de saúde da família aderiram ao PMAQ no ano de 2012. Ressalta-se que um dos critérios estabelecidos pela Prefeitura da Cidade do Recife para adesão ao PMAQ foi a implantação do acolhimento na USF. Dessa forma, somente as USF que aderiram à proposta recebem o incentivo financeiro por parte do município (RECIFE, 2011a).

No Quadro 2 pode-se observar a distribuição das unidades e equipes de saúde da família do município de Recife, bem como a sua cobertura por Distrito Sanitário.

Quadro 2- Distribuição das Unidades e Equipes de Saúde da Família por Distritos Sanitários. Recife, 2013.

Distrito Sanitário	Quantidade de USF	Quantidade de ESF	Percentual de Cobertura
I	10	16	71
II	19	43	67
III	23	45	50
IV	20	40	49
V	15	31	41
VI	34	82	74
TOTAL	**121**	**257**	**58**

5.3 - Os Sujeitos da Pesquisa e a Amostra

A pesquisa de campo foi realizada junto aos usuários adstritos às Unidades de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ no ano de 2011, portanto, onde o acolhimento é realizado desde esse ano.

Inicialmente, por meio de sorteio aleatório simples, foram selecionadas 29 USF's entre aquelas que aderiram ao PMAQ, respeitando a representatividade dos seis Distritos Sanitários da cidade do Recife. No segundo momento, foi composta a amostra com os usuários, considerando também a representatividade das USF's sorteadas, com uma média de 10 usuários por USF. Destaca-se que essa amostra foi estabelecida por conveniência, ou seja, foram convidados a responder o instrumento os usuários que estiveram presentes na USF no dia em que o pesquisador esteve no serviço para aplicar o questionário. Segundo GIL (2011), uma amostra por conveniência ou por acessibilidade corresponde à seleção dos elementos pelo pesquisador dentre os que têm acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo investigado.

Para o cálculo da amostra de participantes utilizou-se como parâmetro uma

proporção esperada de satisfação de 80%, valor obtido através de um estudo piloto com 30 indivíduos, com nível de confiança de 95% e erro máximo aceitável de 5%, considerando ainda o cálculo de amostra com correção para populações finitas. Estimou-se um número mínimo de 247 participantes. Para compensar as perdas amostrais (20%) esse número foi aumentado para 297. Em seguida, contemplaram-se os Distritos Sanitários proporcionalmente à representação das 118 Unidades de Saúde da Família. O Quadro 3 expõe o cálculo da amostra por Distrito Sanitário.

Quadro 3 - Cálculo da amostra por Distritos Sanitários. Recife, 2014.

Distrito Sanitário	Quantidade de equipes selecionadas (PMAQ)	Percentual de Amostra por Distrito Sanitário	Quantidade de indivíduos a serem entrevistados
I	16	6,40	19
II	43	17,10	51
III	45	17,90	53
IV	34	13,50	40
V	31	12,40	37
VI	82	32,70	97
TOTAL	**251**	**–**	**297**

5.4 - Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa os usuários adstritos há mais de um ano nas Unidades de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ com, pelo menos, uma passagem pelo acolhimento e idade mínima de 18 anos.

5.5 - Critério de Exclusão

Foram excluídos previamente crianças e pessoas com transtornos mentais, devido a prejuízos apresentados na área de linguagem e cognição, o que dificultaria a compreensão das questões e a consequente resposta às mesmas.

5.6 - O Instrumento de Pesquisa

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-forma abreviada (Anexo A).

A *Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental - Satis-BR-forma abreviada* foi utilizada para avaliar a satisfação dos usuários a respeito do acolhimento dispensado a eles pelos profissionais das USF selecionadas.

A *Satis-BR* constitui um questionário validado no Brasil no ano de 2000 por Bandeira, Pitta e Mercier. Este questionário possui 44 itens (Anexo B), dentre os quais se incluem os itens quantitativos das sub-escalas e da escala global, que visam avaliar a satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, as questões descritivas e qualitativas referentes à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços por eles recebidos e as questões referentes aos dados sócio-demográficos.

A versão abreviada desta escala contém apenas os 12 itens quantitativos que compõem a escala propriamente dita, os quais foram utilizados no cálculo do grau de satisfação dos pacientes com o serviço, e três questões qualitativas que visam avaliar se os pacientes possuem alguma observação a fazer, que não tenha sido coberta pelas questões da escala. Estas três questões avaliam o que o paciente achou melhor no serviço, o que ele achou pior e o que ele acha que deveria ser melhorado.

Para este estudo foi utilizada a *Satis-BR- forma abreviada* com adaptação dos seguintes aspectos: a palavra serviço de saúde mental será substituída por acolhimento (Anexo C), por ser o acolhimento um serviço prestado ao usuário e se constituir em uma ferramenta de cuidado à saúde dentro das USF. As questões 1 a 12 da *Satis- abreviada* estão relacionadas a acolhimento, inclusive nas dimensões de escuta e de vínculo, podendo assim ser aplicadas para avaliar a satisfação dos usuários em relação ao acolhimento nas Unidades de Saúde da Família.

Nessa direção, as 12 questões estão divididas em três sub-escalas. A sub-

escala 1 está dirigida ao grau de satisfação dos pacientes com relação à competência e à compreensão da equipe a respeito do seu problema. A sub-escala 2 se refere ao grau de satisfação dos pacientes 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 pacientes quanto às condições físicas e ao conforto do serviço.

Os doze itens do questionário compõem as sub-escalas e a escala global para o cálculo do grau de satisfação do usuário com o acolhimento, as quais contém respostas apresentadas em uma escala ordinal de tipo Likert com 5 pontos.

Para avaliar globalmente o grau de satisfação dos pacientes calcula-se a média das respostas obtidas para os 12 itens da escala breve (questões 1 a 12 da escala breve). A média obtida, entre os valores 1 a 5, indica o grau de satisfação dos pacientes. Os cálculos referentes aos três fatores são os seguintes:

Fator ou sub-escala 1: Grau de satisfação dos pacientes com relação à competência e à compreensão da equipe a respeito do seu problema. Para avaliar o grau de satisfação dos pacientes com relação a esta dimensão calcula-se a média das respostas obtidas para as questões 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 10 da escala breve.

Fator ou sub-escala 2: Grau de satisfação dos pacientes com relação à acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço. Para avaliar o grau de satisfação dos pacientes com relação a esta dimensão calcula-se a média das respostas obtidas para as questões 1, 7 e 8 da escala breve.

Fator ou sub-escala 3: Grau de satisfação dos pacientes com relação às condições físicas e ao conforto do serviço. Para avaliar o grau de satisfação dos pacientes com relação a esta dimensão calcula-se a média das respostas obtidas para as questões 11 e 12 da escala breve.

A *escala Satis-BR –abreviada* foi aplicada usando-se a técnica de entrevista dirigida pela pesquisadora.

5.7 - Procedimentos para Coleta dos Dados

Os procedimentos de coleta obedeceram às seguintes etapas: 1ª) contato com a Secretaria Municipal de Saúde do Recife para explicar os objetivos do estudo

e a sua viabilidade; 2ª) Sorteio das USF e reconhecimento das mesmas; 3ª) realização de contato com a direção das USF para explicação dos objetivos do estudo e 4ª) Planejamento das estratégias de coleta.

A coleta ocorreu no período de abril a junho de 2014, por meio de abordagens individuais, obedecendo aos critérios de inclusão e de exclusão da amostra. A *Satis-BR- abreviada* foi aplicada pelo próprio pesquisador, que já fez uso da escala em outro estudo, conhecendo-o profundamente. Os questionários foram aplicados em local reservado, dentro da própria USF.

Antes da aplicação do instrumento, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, a garantia do sigilo das informações e o direito de não aceitar participar da pesquisa. Após esses esclarecimentos e com o aceite para responder ao questionário, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

5.8 - Análise dos Dados

Concluída a coleta os dados relativos ao instrumento de avaliação (SATIS-BR-abreviada) foram armazenados em uma planilha do Excel e analisados com o auxilio dos softwares *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 17.0, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas. As variáveis escolaridade e profissão/ocupação, referentes à caracterização dos sujeitos da amostra, foram categorizadas e agrupadas a partir das respostas mais comuns dos usuários.

Para a análise qualitativa foi utilizada a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2010), correspondente a um conjunto de técnicas de análise das comunicações que possibilita apurar descrições de conteúdo muito próximas, subjetivas, para pôr em evidência a natureza e as forças dos estímulos a que o sujeito é submetido.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo a mais antiga e utilizada é a análise temática, que é rápida e eficaz na aplicação nos discursos diretos (significações manifestas) e simples. A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2010) como: pré-análise; exploração do

material ou codificação; tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação.

Para a análise de conteúdo dos dados foram confeccionadas grelhas e ordenadas as falas obtidas por meio dos questionários. Leituras exaustivas das falas foram realizadas objetivando a identificação dos núcleos de sentido, isto é, evidenciando os significados expressos nas falas dos entrevistados. Uma vez identificados os núcleos de sentido, estes foram codificados de acordo com o preconizado por Bardin (2010) e Flick (2009).

5.9 - Aspectos Éticos

O estudo levou em consideração os aspectos éticos legais da resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde, a qual trata de pesquisa com seres humanos. A pesquisadora preservou o anonimato dos sujeitos, que só participaram da pesquisa após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D). Os dados só foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL/UFRN, que emitiu parecer favorável de número 578.962 e CAAE 21643613.1.0000.5292 em 28/03/2014 (Apêndice A).

Durante o convite aos entrevistados, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto ao participante, esclarecendo-se os objetivos do estudo e seus possíveis riscos. Assegurou-se o compromisso ético de utilização de suas informações para efeito de pesquisa, respeitando-se o sigilo, o anonimato e a confiabilidade das informações. No intuito de garantir o sigilo e anonimato das informações, a realização das entrevistas aconteceu em um ambiente reservado.

6 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 - Caracterização dos Sujeitos da Amostra

O maior percentual de usuários entrevistados foi do sexo feminino (85,81%), com média de idade de 42,3 anos e renda de 1,6 salário mínimo (Quadro 5). No que toca à ocupação o maior percentual foi de donas de casa (37,8%), seguido de outras opções (36%) e empregadas domésticas (13,5%). O total de 93,6% não possuía plano de saúde, usava o serviço em média há nove anos, perfazendo uma média de 1,69 vez de frequência ao acolhimento por mês (Quadro 6). O perfil completo dos entrevistados está indicado na Tabela 1.

Quadro 4– Medidas descritivas para a Idade e Renda. Recife, 2014.

Medidas	Variáveis	
	Idade	Renda
Média	42,30 anos	1,6 salários
Mediana	42 anos	1 salário
Desvio padrão	15,25	1,29
Menor valor	18 anos	0 salário
Maior valor	85 anos	11 salários
Não Informado	0	14

Tabela 1 – Perfil dos indivíduos entrevistados. Recife, 2014.

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

Quadro 5 – Medidas descritivas para o Tempo de uso do serviço e frequência do acolhimento no mês. Recife, 2014.

Medidas	Variáveis	
	Tempo de uso do serviço	Frequência do acolhimento no mês
Média	9 anos	1,69
Mediana	7 anos	1
Desvio Padrão	7,40	1,37
Menor valor	1 ano	0
Maior valor	45 anos	10
Não Informado	23	27

Observando o tempo de uso do serviço e a frequência com que os usuários procuram o acolhimento no período de um mês pode-se constatar que a média de tempo de uso corresponde a 9 anos e a média de frequência a 1,69 vez ao mês. Tal fato é percebido como um tempo considerável de conhecimento sobre o serviço com possibilidades de construção de vínculo com as equipes, sugerindo que o usuário vinha recebendo atenção e que a acolhida levava o usuário a retornar ao serviço com maior frequência (MINUZI e BECK, 2008).

Assim, se os usuários procuram o serviço mais de uma vez no mês pode-se supor que a acolhida ofertada pelos profissionais seja embasada na compreensão dos seus problemas através de uma escuta que o permita sentir-se parte importante desse encontro e, consequentemente, da oferta de respostas satisfatórias às

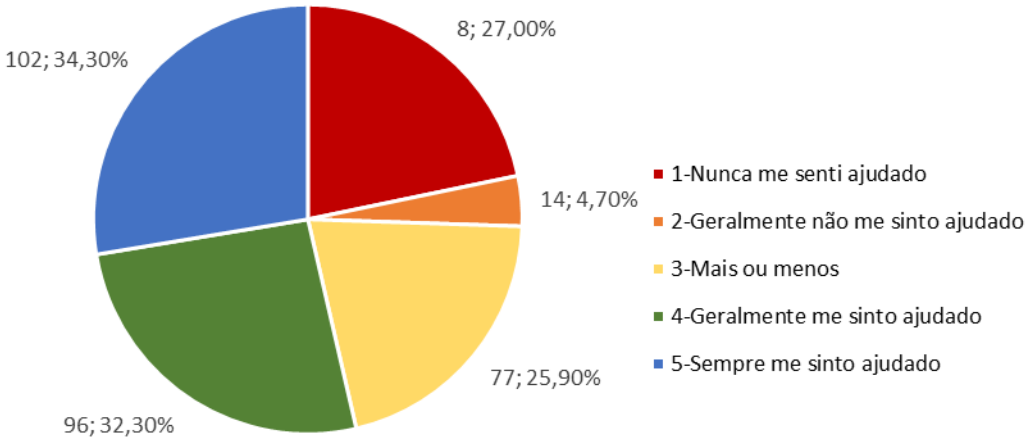
necessidades de saúde que o conduziram ao serviço.

Essa suposição é possível a partir das respostas emitidas pelos usuários quando interrogados a cerca do tratamento recebido no acolhimento (gráfico 1); da escuta oferecida pelo profissional (gráfico 2); da compreensão do seu problema pela pessoa que o recebeu (gráfico 3); da compreensão da equipe sobre a ajuda que necessitava (gráfico 4) e da classificação que os usuários fazem acerca da acolhida oferecida pelos profissionais (gráfico 8).

6.2 - A Satisfação dos Usuários de Recife em Relação ao Acolhimento

Quando abordados sobre a questão de número 1, que diz "Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado no acolhimento, em termo da ajuda que recebeu para resolver seu problema?", os usuários responderam conforme o que está apresentado na Figura 1.

Figura 1- Tratamento recebido pelos usuários no acolhimento. Recife, 2014.



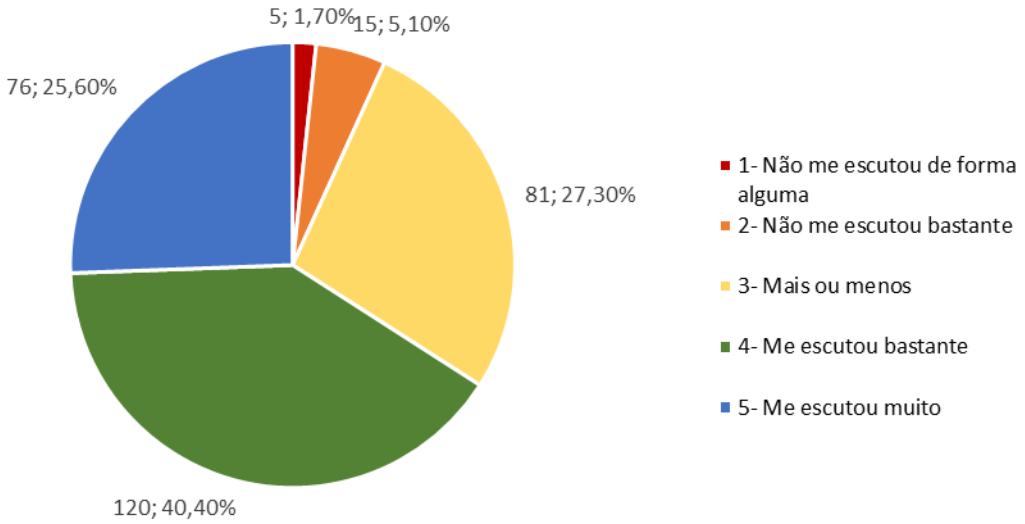
Percebe-se na Figura 1 que a maioria dos usuários se sente de alguma forma ajudada pelas equipes de saúde no acolhimento e isso corresponde a um total de 66,6% dos entrevistados que opinaram pelas respostas 4 e 5. Isso reflete uma concordância com a perspectiva de implantação do acolhimento que tem como intuito humanizar as relações que nele se estabelecem e produzir uma resposta

positiva ao usuário. Resposta positiva aqui é entendida como a resolução ou encaminhamento, pactuado com o usuário, que visa responder o problema deste, às vezes naquela hora e lugar, às vezes em outros serviços e em outro dia (RECIFE, 2009b)

O acolhimento é entendido como um ato ou efeito de acolher, expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS. Destacando o seu componente ético no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida (BRASIL, 2006b).

Quando abordados sobre a questão de número 2, que diz “Quando você falou com a pessoa que lhe recebeu no acolhimento, sentiu que ele/a escutou você com atenção?”, as respostas foram como indicado na Figura 2.

Figura 2 – Escuta recebida pelo usuário no acolhimento. Recife, 2014.



Conforme visto na Figura 2, os usuários avaliaram bem a escuta ofertada pelos profissionais, tendo em vista que 66% afirmaram terem sido muito escutados e bastante escutados. Pode-se concluir dessa forma que a grande maioria dos

usuários sentiu-se escutada pelo profissional que os recebeu, provavelmente, assumindo uma postura acolhedora de escutar e dar respostas adequadas as suas necessidades (BRASIL, 2006b).

O acolhimento deve propiciar uma escuta de modo a permitir aos usuários expressarem os problemas e dificuldades que os fizeram buscar o serviço de saúde, bem como permitir a construção de vínculo para seu devido acompanhamento.

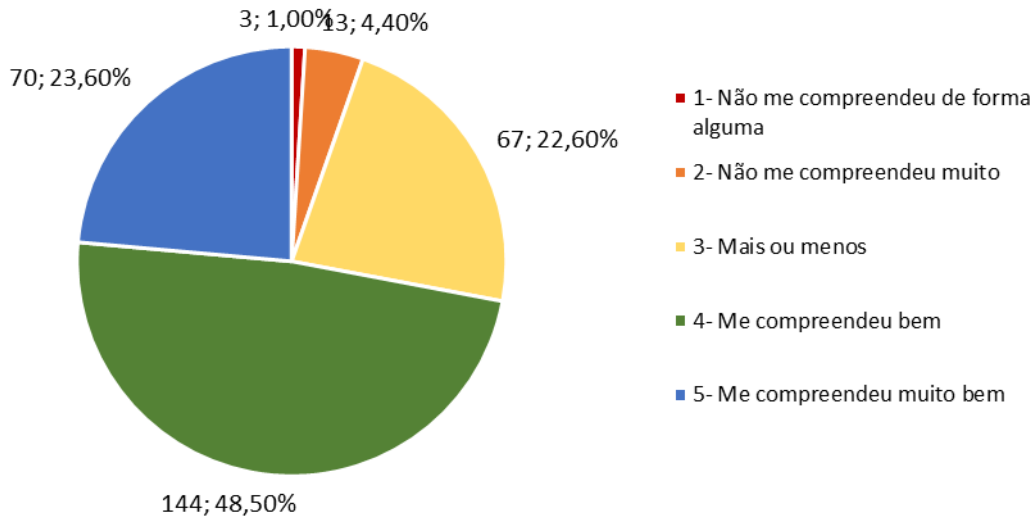
A integralidade do cuidado à pessoa se faz por meio de sua “escuta ativa”, quando se escuta objetivamente sua linguagem verbal e não verbal e pela sua subjetividade desvelada nas relações tecidas com o profissional de saúde (FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999). A integralidade é entendida como recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito e afirmação da abertura para o diálogo (FISCHER e MELO, 2006). Com base nesse conceito, entende-se que a escuta qualificada é uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, já que, por meio dela, é 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 cuidado (RAIMUNDO e CADETE, 2012).

Falas como as citadas pelos usuários, quando interrogados na questão 13 sobre o que mais gostaram no acolhimento, corroboram com esses resultados:

> **“Gostei da atenção da equipe... Da paciência... Fui bem acolhida e ouvida... Sempre tem alguém para ouvir...Mais tempo para os pacientes...De tirar dúvidas...”**

Quando abordados sobre a questão de número 3, que diz “Até que ponto a pessoa que recebeu você no acolhimento pareceu compreender o seu problema?”, as respostas foram as registradas na Figura 3.

Figura 3 – Compreensão do problema do usuário pela pessoa que o recebeu no acolhimento. Recife, 2014.



Na Figura 3 verifica-se que 23,6% afirmam que foram muito bem compreendidos pelo profissional que os recebeu no acolhimento, 48,5% se sentiram bem compreendidos, totalizando 72,3% das respostas dos usuários nesses dois itens.

A recepção do usuário é o cerne do "acolhimento-diálogo", ampliando o conceito para entendê-lo a partir de uma rede de conversações no serviço de saúde, ao longo da qual são definidas as trajetórias que cada usuário necessita na busca da satisfação para suas demandas (TEIXEIRA, 2003).

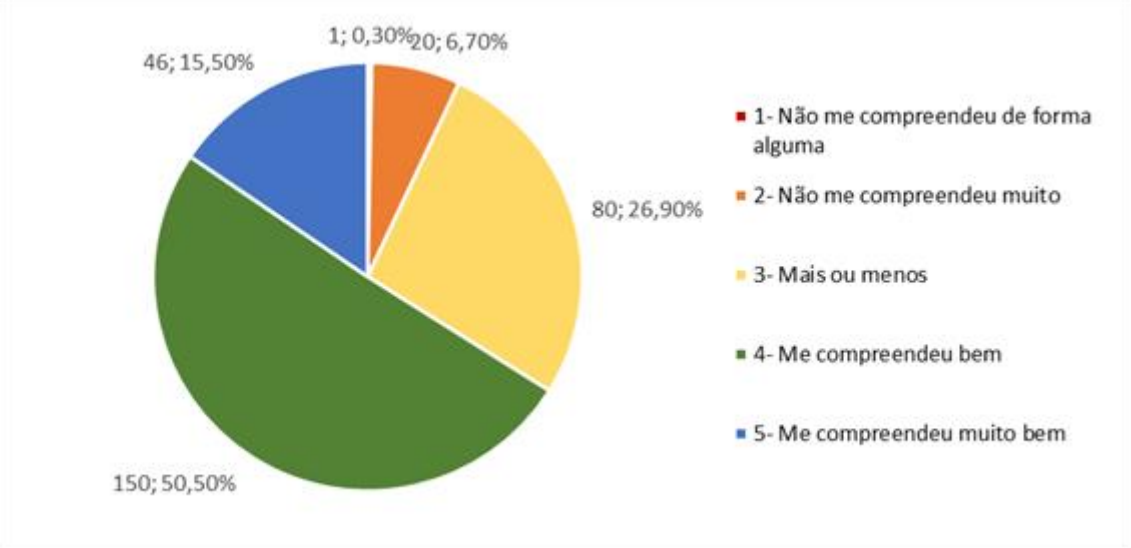
Observa-se diante do resultado da questão 3 que os profissionais de saúde da cidade do Recife demonstram buscar a tolerância, o entendimento e o diálogo nos encontros que se dão entre usuários e profissionais. Ou seja, se estabelece na grande maioria das vezes uma rede de conversações na busca pelo reconhecimento do outro e de suas necessidades, o que repercute na satisfação do usuário frequentador do serviço.

Pode-se definir a palavra compreender como "apreender o sentido de; entender; ser complacente." (HOUAISS, 2004, p.174). Assim, a compreensão pelo profissional do problema que conduziu o usuário ao serviço é um elemento

importante na abertura de diálogos e na construção de vínculos. Visto que na atitude de compreender o profissional permite que o outro se sinta reconhecido e parte essencial dessa relação. O que favorece a construção de um vínculo terapêutico, de afetividade e de continuidade.

Quando abordados sobre a questão de número 4, que diz “Em geral, como você acha que a equipe do acolhimento compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?”, as respostas seguiram o padrão indicado na Figura 4.

Figura 4 – Compreensão da equipe sobre a ajuda que o usuário necessitava. Recife, 2014



Na Figura 4 percebe-se uma semelhança nas respostas dadas em relação à questão que tratou da compreensão da pessoa que recebeu o usuário no acolhimento. Quando se trata da leitura do usuário acerca da compreensão da equipe sobre o tipo de ajuda de que necessitava, 66% referem ter sido muito bem compreendidos (15,5%) e bem compreendidos (50,50%).

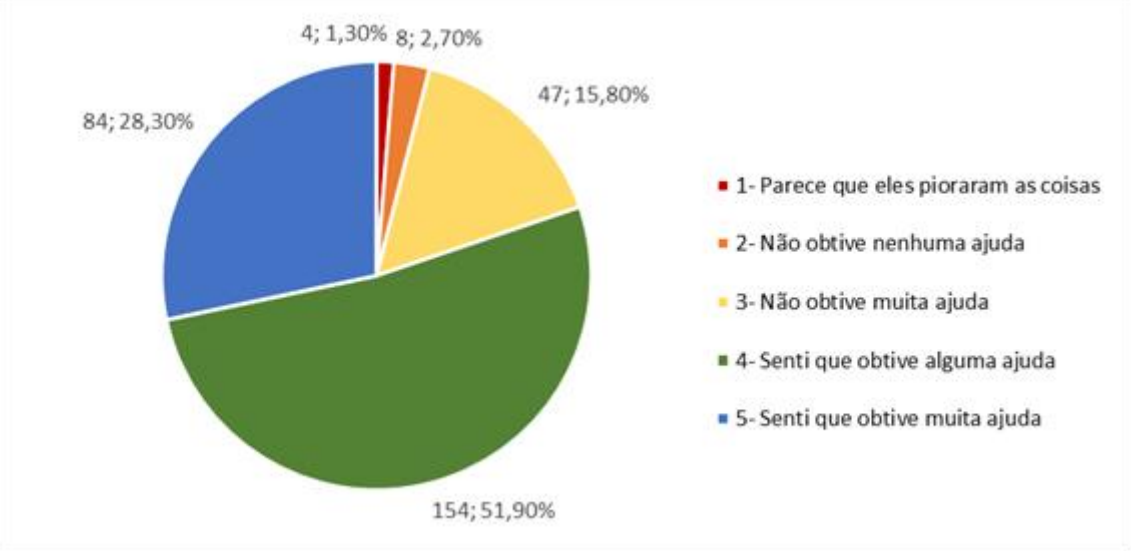
Esse resultado sugere que a equipe também caminha no sentido de adotar uma postura acolhedora nos encontros com os usuários, tentando oferecer respostas que procurem dar resolubilidade às demandas apresentadas. Essa repercussão se dá a partir de uma postura que demonstre a compreensão quanto ao problema de saúde do outro e da responsabilização dos profissionais em ofertar os encaminhamentos necessários a cada caso.

O movimento que possibilita ressignificar a saúde, os serviços, os profissionais e os encontros terapêuticos compõe-se da ampliação e da flexibilização normativa na aplicação da saúde que caracterizam o cuidado (AYRES, 2007, p. 132). Dessa forma, pode-se inferir que a idéia de cuidado tende a ser adotada pelas equipes, no sentido de uma sabedoria prática, possibilitando a permeabilidade do racionalismo técnico aos aspectos não técnicos, essenciais ao sucesso do próprio cuidado. Nesse sentido, é importante também adotar o diálogo, tanto para a superação da fragmentação no trabalho, valorizando-se o trabalho em equipe, como para a inclusão do usuário no cenário dialógico e de efetivação de uma escuta qualificada e do fortalecimento de vínculos (VILAR, 2014).

Assim, o acolhimento, uma vez avaliado na dimensão da postura dos profissionais do município em questão, demonstra uma relação de mútuo interesse com possibilidade de mudanças nas relações intra-equipes, seja na relação profissional-profissional, como na reorganização dos seus respectivos processos de trabalho, a fim de ofertar o cuidado necessário ao usuário. Superando a fragmentação dos saberes e as relações estabelecidas na equipe de saúde e assim considerando a organização do serviço a partir de uma lógica centrada nas demandas dos usuários.

Quando abordados sobre a questão de número 5, que diz “Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você durante o acolhimento?”, os usuários responderam conforme a Figura 5.

Figura 5 - Opinião do usuário sobre o tipo de ajuda que recebeu no acolhimento. Recife, 2014.



Quando questionados acerca da opinião sobre a ajuda recebida no acolhimento, observa-se na figura 5 as seguintes afirmações dos usuários: 28,3% obtiveram muita ajuda e 51,9% referem ter obtido alguma ajuda, totalizando 80,2%. Esse resultado faz-nos pensar que o acolhimento uma vez implantado consegue possibilitar ao usuário uma escuta capaz de proporcionar a mobilização dos profissionais para tentar resolver e/ou encaminhar sua demanda, e, consequentemente, gerar no usuário o sentimento de ter obtido ajuda.

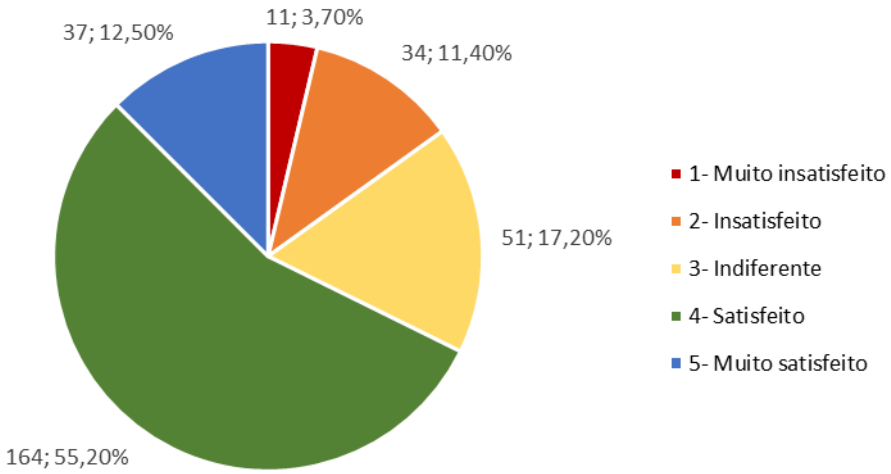
Assim, o grau de satisfação dos usuários com a ajuda recebida pelas equipes de saúde da família faz retomar a idéia de acolhimento e responsabilização a partir de uma mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar forma de compreendê-la e solidarizar-se com ela. É desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários (RECIFE, 2009a).

Portanto, pode-se entender que o encontro é gerador de um grau considerável de ajuda e satisfação. E isso é sentido e percebido pelos usuários de Recife, podendo-se considerar que as equipes de Saúde da Família procuram consolidar o acolhimento nos seus respectivos processos de trabalho. Adotando-o

como postura, como organizador de processo de trabalho e como rede de relações. Reforçando assim o resultado da questão 4.

Quando abordados sobre a questão de número 6, que diz **“**Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre as condutas para resolver seu problema no acolhimento?”, as respostas estão indicadas na Figura 6.

Figura 6 - Satisfação dos usuários com a discussão realizada pelos profissionais sobre as condutas que serão adotadas para resolver seu problema. Recife, 2014.



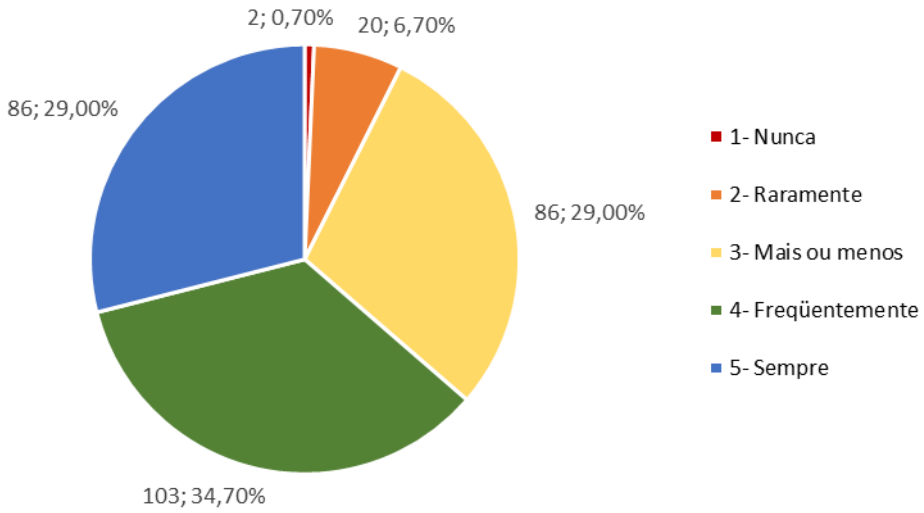
Na figura 6 observa-se que 67,7% dos usuários estão satisfeitos (55,20%) ou muito satisfeitos (12,5%) com a discussão que os profissionais fazem acerca das condutas necessárias para resolver seus problemas. Os números mostram uma tendência dos profissionais a serem claros no momento que vão explicar aos usuários as questões referentes às suas demandas, como serão resolvidas e/ou encaminhadas. Com essa postura os profissionais de saúde ampliam o espaço de encontros que é gerado no ato de acolher e aumentam a possibilidade de despertar a autonomia dos usuários frente aos seus problemas de saúde.

Entende-se, assim, 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 (MATUMOTO, 1998). Com isso compreende-se que o acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas, onde o usuário deve ser sujeito da situação, na qual a responsabilização e a corresponsabilização devem estar presentes para que se tenha resolutividade

(MINUZI e BECK, 2008).

Quando abordados sobre a questão de número 7, que diz “Você considerou que a equipe do acolhimento estava lhe ajudando?”, os usuários responderam conforme Figura 7.

Figura 7 – Opinião do usuário sobre a ajuda oferecida pela equipe do acolhimento. Recife, 2014.

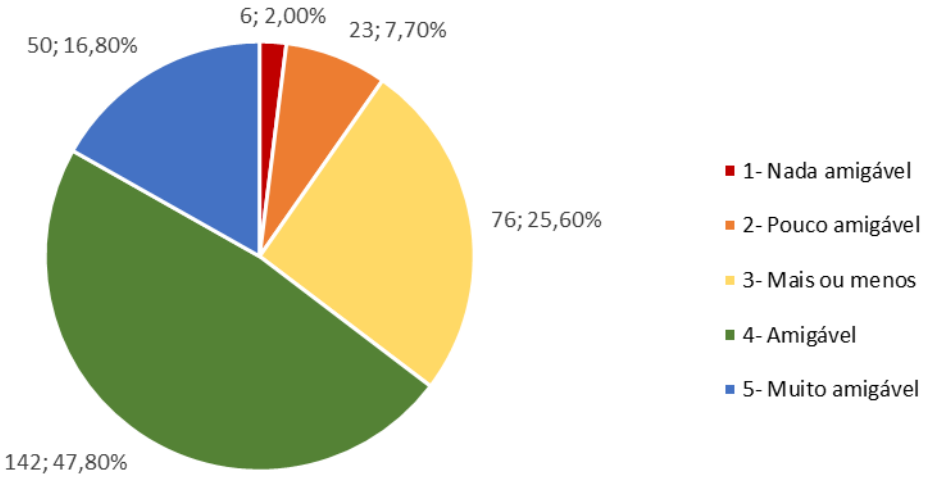


Os usuários consideraram que a equipe do acolhimento estava lhes ajudando em um total de 63,7%. As respostas concentraram-se nas opções sempre (29%) e frequentemente (34,7%). Com isso mais uma vez os usuários ressaltam que o acolhimento tem trazido resultados positivos em Recife e tem colaborado com a resolução dos seus problemas de saúde.

Percebe-se que os profissionais, segundo os usuários, têm demonstrado compreensão das suas demandas, sugerindo que nesse encontro esteja ocorrendo a aceitação do outro, a empatia, a relação de confiança e a possível ausência de julgamentos. Tudo isso tende a despertar uma tomada de consciência pelos usuários das suas próprias emoções e necessidades. E a ausência de um julgamento negativo desencadeia frequentemente a adesão terapêutica, assim como a satisfação frente às condutas tomadas pelos profissionais e a idéia de ter sido ajudado se fortalece na concepção do usuário (SOUZA e LOPES, 2003).

Quando abordados sobre a questão de número 8, que diz “Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais?”, os entrevistados responderam conforme Figura 8.

Figura 8 – Classificação da acolhida dos profissionais. Recife, 2014.



Na Figura 8, vê-se que 64,6 % referiram que acolhida dos profissionais foi amigável (47,8%) e muito amigável (16,8%). O que corrobora com as respostas anteriores no que se refere à postura dos profissionais no ato de acolher e no manejo da resolução dos problemas trazidos pelos usuários para o serviço. Os usuários reconhecem a iniciativa dos profissionais em tratá-los amigavelmente.

As falas dos usuários na questão 13 quanto interrogados sobre o que mais gostaram no acolhimento reforçam esse resultado:

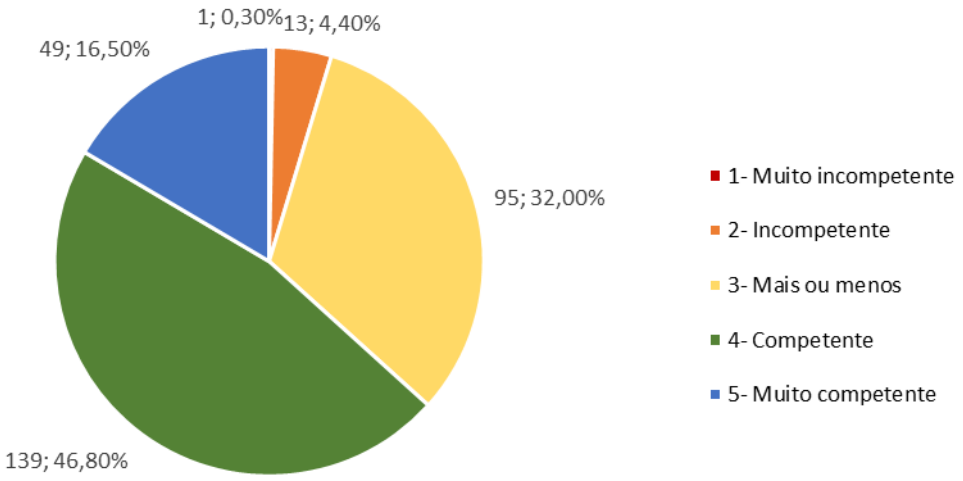
> **“Simpatia dos profissionais... da resolutividade... Sempre tem uma resposta... O tratamento é amigável...”**

O fato de os profissionais buscarem reconhecer o acolhimento como um espaço de diálogos, através da legitimidade do reconhecimento do outro, permite que a satisfação dos usuários seja entendida no seu sentido mais amplo, como direito à cidadania, sendo um conjunto de direitos que viabilizam o acesso a bens de consumo coletivo como a saúde (TEIXEIRA, 2003; MINUZI e BECK, 2008).

Quando abordados sobre a questão de número 9, que diz “Em geral, como você classificaria a competência da equipe do acolhimento?”, os usuários

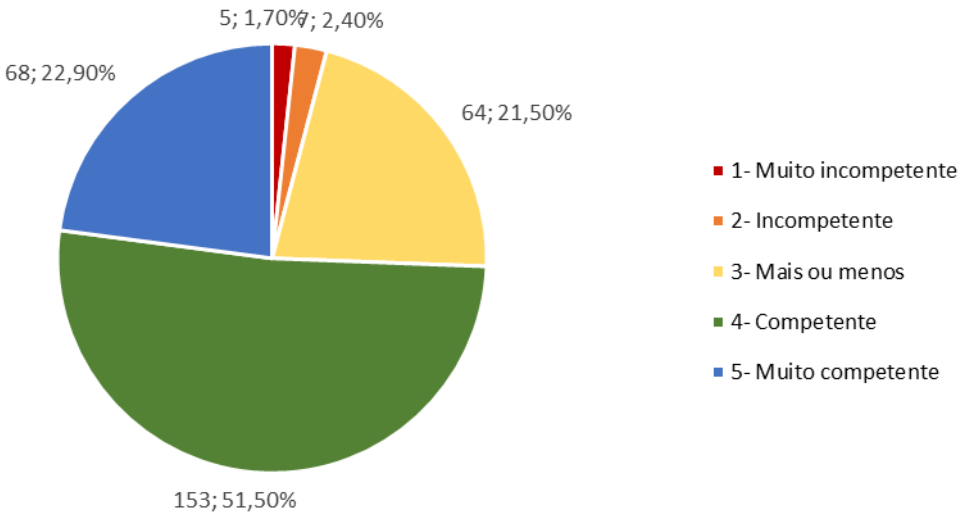
responderam de acordo com a representação da Figura 9.

Figura 9 – Classificação da competência da equipe do acolhimento. Recife, 2014.



Quando abordados sobre a questão de número 10, que diz “Em sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa que acolheu você mais de perto?”, os usuários responderam como registrado na Figura 10.

Figura 10 – Competência da pessoa que acolheu o usuário mais de perto. Recife, 2014.



Segundo Houaiss (2004), competência é definida como um conjunto de conhecimentos e/ou habilidades necessários ao exercício de uma determinada função. Na Figura 9, que mostra o resultado da opinião do usuário acerca da

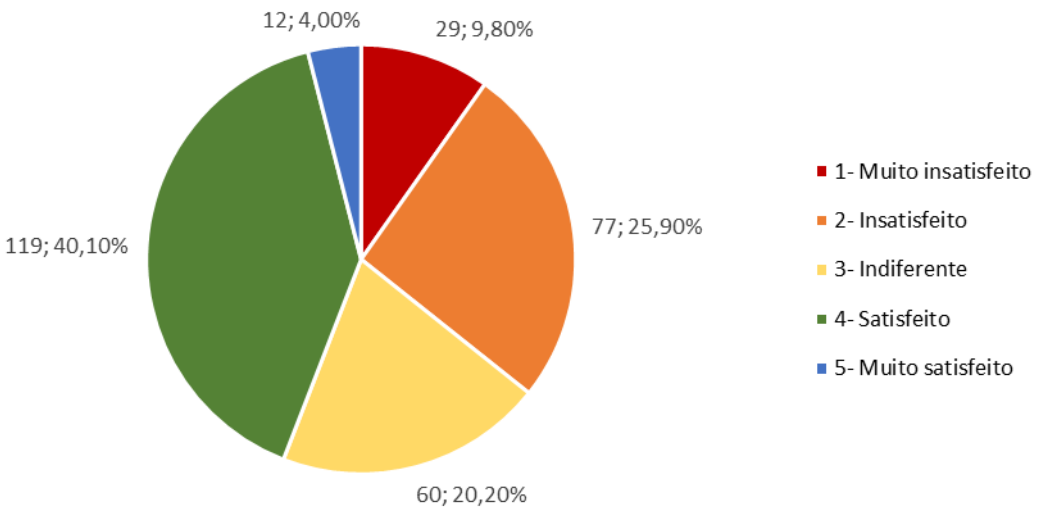
competência da equipe do acolhimento, 63,3% afirmam que as equipes de saúde eram competentes e muito competentes. Na Figura 10 mostra que, quando se trata da pessoa que acolheu o usuário mais de perto, esse percentual corresponde a 74,4% para as opiniões de que essa pessoa era competente e muito competente.

A questão da competência dos profissionais da saúde está envolvida na definição das tecnologias leve-duras representadas pelos conhecimentos e técnicas aplicadas para resolver os problemas dos usuários. Nessa perspectiva, afirma-se que o profissional de saúde tem de certa forma um autogoverno sobre seu processo de trabalho e autonomia para decidir sobre o seu modo de agir (MERHY, 2005). Pode se tornar, dessa forma, uma pessoa de referência para o usuário através da construção de uma relação de confiança, de responsabilização e de resolutividade. As probabilidades de que esse fato possa estar ocorrendo podem ser vistas na opinião dos usuários nas Figuras 3, 4, 8 e 10.

Assim, esse resultado sugere que uma parte considerável dos profissionais da atenção básica do município demonstra seus conhecimentos e habilidades no exercício das suas atribuições e com isso consegue ofertar respostas positivas aos usuários. Sendo esse fato gerador de satisfação destes últimos.

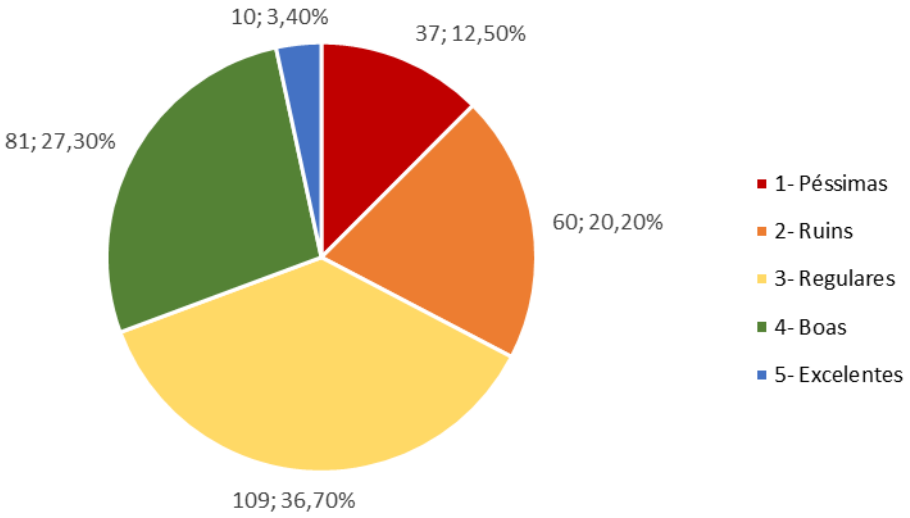
Quando abordados sobre a questão de número 11, que diz “Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do serviço onde foi acolhido?”, os usuários responderam conforme Figura 11.

Figura 11 – Satisfação do usuário com o conforto e aparência do serviço. Recife, 2014.



A abordagem contida na questão de número 12, que diz “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)”, os usuários responderam conforme Figura 12.

Figura 12 - Classificação das condições gerais das instalações da USF. Recife, 2014.



As questões 11 e 12 tratavam da ambiência nos serviços de saúde, compreendida como o tratamento dado ao espaço físico, ou seja, como espaço social, profissional e de relações interpessoais e que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010b).

O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos:

• O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e na individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.

• O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.

• O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e

resolutivo (BRASIL, 2010b).

Na questão 11, que trata do conforto e aparência do serviço, 4% dos usuários estão muito satisfeitos, 40,1% estão satisfeitos, 20,2% se mostraram indiferentes, 25,9% insatisfeitos e 9,8% estão muito insatisfeitos. Há uma convergência para as respostas 3, 2 e 1 perfazendo 55,9% do total, mostrando a insatisfação dos usuários nesse quesito, portanto, mostrando um ponto frágil nos serviços, com consequências negativas sobre o acolhimento.

Na questão 12, que trata especificamente das condições gerais de instalações das unidades, percebe-se que 3,4% dos entrevistados consideram excelentes, 27,3% boas, 36,7% regulares, 20,2% ruins e 12,5% que as instalações são péssimas. Há uma concentração de opiniões (69,4%) entre regulares e péssimas, mostrando a necessidade de melhorias nas instalações dos serviços no tocante à infraestrutura, exigindo providências urgentes. Quando este item é associado ao aspecto conforto e aparência, diminui a satisfação do usuário com a ambiência. A categoria temática “Insatisfação com a ambiência” referente à questão de número 14 ilustra essa assertiva.

Vilar (2014) destaca que a ambiência nos serviços de saúde se caracteriza pelas tecnologias duras, pelos componentes estéticos apreendidos através do olhar, do olfato e da audição, geradores de estados de conforto/desconforto, prazer/desprazer, vinculados às sensações e sentimentos que incorporam significados subjetivos. Vale acrescentar que essa ambiência está relacionada ao espaço, estrutura física, luminosidade, ventilação, ruídos e disponibilidade dos equipamentos e mobiliário, repercutindo nas condições de trabalho e o bem - estar dos usuários.

A tabela 2 apresenta o cálculo do escore médio dos itens avaliados pelos usuários nas questões anteriores que tratam dos seguintes 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. Recife, 2014.

Fatores	Escore médio
Fator com relação à competência e compreensão da equipe	3,81
Fator com relação à acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço	3,82
Fator com relação às condições físicas e conforto do serviço	2,96

Ao se relacionar os escores médios com os resultados apresentados no quadro referente às frequências absoluta e relativa no que toca a esses aspectos, confirma-se uma tendência para a satisfação do usuário na questão da competência e compreensão, na acolhida e ajuda da equipe. O que remete a um esforço por parte dos profissionais do município para efetivar as tecnologias leves e leve-duras tais como: o acolhimento, a escuta qualificada, a construção de vínculos e as condutas terapêuticas singulares.

No que tange o aspecto das condições físicas e conforto do serviço, essa satisfação decresce, aproximadamente, um ponto na média do escore (2,96), sendo 0,85 no fator competência e compreensão e 0,86 no fator acolhida da equipe e ajuda recebida. Confirmando, também, os resultados das freqüências absolutas e relativas apresentadas nas figuras 11 e 12, que tratam da ambiência, e, consequentemente, induzindo a confirmação de um menor grau de satisfação dos usuários de Recife em relação a esse ponto. Dessa forma, podendo ser considerada como uma fragilidade no acolhimento e no serviço na visão dos usuários.

6.3 - Categorias temáticas

Três categorias emergiram das falas dos usuários capturadas através das questões 13, 14, 15 e 15.1 e organizadas a partir da sua frequência de repetição. As referidas categorias são as seguintes: *satisfação com o acolhimento, insatisfação com a ambiência e sugestões de melhorias no acolhimento e no serviço.*

Quando interrogados sobre a questão de número 13, que diz “De que você mais gostou no acolhimento?”, emergiram as falas inseridas no Quadro 19.

Quadro 6 – Categoria: Satisfação com o acolhimento. Recife, 2014.

Satisfação com o acolhimento
“gosto da simpatia dos profissionais (...) gosto de ser atendida pelo médico (...) do atendimento (...) de tirar dúvidas (...) da atenção da equipe (...) da organização do atendimento por prioridade (...) da organização (...) da agilidade (...) melhora na distribuição de fichas (...) da resolutividade (...) da enfermeira (...) atendimento do técnico de enfermagem (...) sempre tem uma resposta (...) enfermeiro mais perto da população (...) do tratamento amigável (...) acesso para marcar consultas e pegar remédios (...) mais tempo para os pacientes (...) da palestra com as pessoas (...) de ser atendida pelo médico no mesmo dia (...) do dentista (...) da localização (...) gosto do acolhimento (...) da paciência (...) fui bem acolhida e ouvida (...) sempre tem alguém para ouvir (...) saber que sempre serei atendida (...) do local reservado (...) gosto de de tudo...”

No Quadro 19, as falas que compõem a categoria “Satisfação com o acolhimento” reforçam os resultados elencados nas Figuras de 1 a 10. Os usuários interrogados sobre o que mais gostavam no acolhimento revelaram através de suas falas os aspectos que os agradavam não só no acolhimento, como no serviço como um todo. Podendo-se intuir que o acolhimento esteja se efetivando de diversas formas nos serviços de atenção básica do município de Recife.

Esse dispositivo/princípio deve proporcionar um novo significado à relação do profissional com o usuário, o qual é considerado em sua subjetividade, incluindo-o em um contexto cultural e sócio-ambiental. Ademais, o usuário possui direitos de cidadania devendo, portanto, ser tratado como sujeito e não como objeto da ação profissional. Ou seja, o acolhimento tem como foco principal o usuário e o seu problema de saúde (PANIZZI e FRANCO, 2004).

Um estudo com usuários do SUS sobre a satisfação com o acolhimento mostrou como pontos positivos a resolutividade, humanização e solidariedade (DIÓGENES et al, 2012). Resultado esse compatível com a opinião dos usuários sobre vários aspectos do acolhimento elucidados nesse trabalho, como por exemplo, a ajuda e a acolhida recebida, além de aspectos relacionados à competência e à

compreensão da equipe. A satisfação dos usuários de Recife com o acolhimento levanta a idéia de que esses pontos positivos estejam gradativamente se consolidando nas práticas dos profissionais do município.

Assim, pode-se confirmar uma tendência de satisfação dos usuários do município com o acolhimento ofertado pelos profissionais, confirmando-se o empenho para efetivação das tecnologias leves e leve-duras.

Das respostas à pergunta “De que você menos gostou no acolhimento?” emergiram as falas com co-ocorrências demonstradas visualizadas no Quadro 20.

Quadro 7 – Categoria: Insatisfação com a ambiência. Recife, 2014.

Insatisfação com a ambiência
“não gosto das instalações (...) a estrutura é ruim (...) não gosto desse local (...) faz calor (...) espaço físico é ruim (...) a sala de espera não é boa (...) faz barulho (...) há ausência de cadeiras (...) falta de bebedouro...”

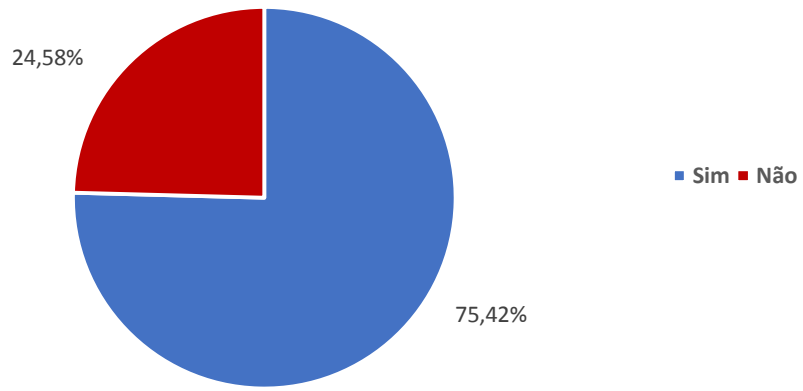
A insatisfação com a ambiência mais uma vez apresenta-se de forma negativa, evidenciando de forma clara a fragilidade do serviço para o desenvolvimento de uma prática de saúde adequada e um acolhimento efetivo provocando sensações negativas junto aos usuários e comprometendo, também, o processo de trabalho dos profissionais.

Quando se concebe uma ambiência satisfatória, provoca-se um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações, podendo instigar os sujeitos a reflexões críticas para mudanças de paradigmas cristalizados – serviços públicos possuem ambientes feios, escuros e pouco agradáveis - para uma nova concepção onde a ambiência passa a ser um dos dispositivos fundamentais para o acolhimento e a produção do cuidado em saúde. Assim, as áreas de trabalho, além de mais adequadas funcionalmente, devem proporcionar espaços vivenciais prazerosos. (BRASIL, 2010b).

Quando interrogados sobre a questão de número 15, que diz “Em sua opinião, o local onde ocorre o acolhimento poderia ser melhorado?” Emergiram as

evocações contidas na Figura 13.

Figura 13 – Respostas emitidas na questão de número 15. Recife, 2014.



Observa-se que a maioria dos usuários entrevistados (75,42%) considera que o local onde ocorre o acolhimento precisa ser melhorado, demonstrando a necessidade de qualificá-lo, exibido no Quadro 8. A esse respeito emergiram as seguintes falas:

Quadro 8 – Categoria: Sugestões de melhorias no acolhimento e no serviço. Recife, 2014.

Sugestões de melhorias no acolhimento e no serviço
"é preciso melhorar a estrutura (...) é necessária a ampliação do posto(...) melhorar o banheiro (...) a ventilação precisa ter (...) mais conforto (...) aparência do serviço precisa melhorar (...) acho que deve construir outra usf (...) precisa colocar bebedouro (...) é bom melhorar as salas (...) deve melhorar as cadeiras e deixar o lugar mais arrumado (...) o ambiente precisa ser mais claro (...) deve ter mais privacidade pra gente (...) precisa melhorar a limpeza (...) ter acolhimento todos os dias (...) aumentar o número de atendimentos odontológicos (...) necessita de material melhor e mais novo (...) ter mais medicamentos/farmácia (...) deve abrir o posto mais cedo (...) ter mais profissionais (...) aumentar o número de médicos (...) a pontualidade dos profissionais precisa melhorar! (...) tudo..."

As falas que compõem a categoria "Sugestões de melhorias no acolhimento e no serviço" reforçam as respostas dos usuários já apresentadas nos Gráficos 11 e

12**.** Mais uma vez a ambiência é trazida pelos usuários, entretanto, desta vez, como sugestão de melhoria não só no acolhimento, mas também nos serviços, o que reforça a ideia de necessidade de mudanças estruturais. Os aspectos subjetivos afloram quando é permitido falar sobre o que consideram ser necessário aprimorar no acolhimento. Uma leitura mais apurada permite observar que os usuários trazem questões que vão além do acolhimento institucionalizado, com dias e horários determinados, vem à tona tudo o que consideram que deve se modificado para melhorar o serviço e possibilitar uma melhor atenção à saúde.

Outro estudo sobre satisfação com o acolhimento na atenção básica revelou a insatisfação dos usuários com a carência de médicos e o não cumprimento de horário por parte dos profissionais. Dentre as formas de manifestação de respeito ao usuário destaca-se a assiduidade e a pontualidade dos profissionais na assistência ao usuário. Os relatos dos usuários enfatizavam que a não observação desse compromisso profissional dificulta o acesso, o atendimento e o acolhimento (Diógenes *et al*, 2012). Esses aspectos também são corroborados por esta pesquisa como pode ser verificado por meio das falas supracitadas.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do debate em torno da questão acolhimento este estudo visou, fundamentalmente, conhecer como os usuários da ESF da cidade do Recife avaliam o acolhimento implantado no município após a edição do modelo “Recife em Defesa da Vida”.

A pesquisa demonstrou que ocorreram avanços a partir da implantação do Projeto “Recife em Defesa da Vida”, aumentando o acesso às ações de saúde, impulsionadas por um acolhimento ampliado, isto é, promotor de escuta qualificada e de vínculos solidários**.** Verifica-se um bom grau de satisfação em relação aos aspectos relacionais do acolhimento, em consonância com os achados da literatura em foco.

Mesmo considerando os avanços, não foram encontradas evidências consistentes de conversão de modelo no município. Algumas peculiaridades são desafiadoras para a sua consecução. A percepção dos usuários mostrou claramente a necessidade de melhoria do acesso a assistência médica e odontológica, a medicamentos e a infraestrutura. Esse fato indica um desafio a ser perseguido a caminho da integralidade do cuidado em um município com boa cobertura da ESF (58%).

Uma situação marcante da insatisfação diz respeito à ambiência, com inferências à infraestrutura em algumas unidades básicas de saúde. Há locais com pouca ventilação e ruídos, há falta de cadeiras, bebedouros e a perceptível falta de limpeza, restringindo drasticamente o escopo das ações com comprometimento de sua qualidade técnico-científica.

Por fim, pôde-se perceber que os usuários reconhecem que o acolhimento é fundamental para os serviços de saúde. Se tal invariância traz à luz o reconhecimento desse dispositivo como imprescindível, traz também as fragilidades do serviço, que se evidenciam no cotidiano e ratificam a dicotomia entre teoria e prática. Faz-se, pois, necessário conhecer os diversos aspectos que envolvem as percepções a respeito do acolhimento, quando se forem fazer intervenções nesse campo.

Assim, partindo dos resultados deste estudo, pode-se suscitar a necessidade de qualificar a prática do acolhimento buscando aumentar a satisfação demonstrada pelos entrevistados. Essa qualificação passa por ampliação do número de USF's que adotem o acolhimento, pela capacitação e sensibilização dos profissionais e pela garantia de condições de trabalho para estes. O estudo poderá contribuir com a gestão, com os profissionais e usuários no sentido de provocar reflexões mostrando as potencialidades e fragilidades que estão ocorrendo no processo de acolher, possibilitando a busca por caminhos mais adequados para as ações de saúde e para a qualificação da prática do acolhimento proposto pelo modelo "Recife em Defesa da Vida".

A qualificação referida demanda ainda elevação de investimentos para adequações de estrutura relativas à ambiência e que atendam às necessidades do serviço, dos usuários e dos profissionais. Pois, a permanência de problemas na estrutura física do serviço pode afetar negativamente a percepção dos usuários e a prática dos profissionais com relação aos aspectos considerados positivos. Sendo uma contribuição aos estudos que deverão se multiplicar, no país e em Recife, a respeito do acolhimento. Trata-se de um trabalho que, como qualquer outro, traz contribuições, apresenta lacunas e se expõe ao exercício da crítica acadêmica para o aperfeiçoamento/enriquecimento, como deve ser qualquer obra de caráter científico.

REFERÊNCIAS

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo**. 2005. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

ARCÊNCIO, R. A.; ARAKAWA, T.; OLIVEIRA, M.F.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; SCANETA, L.M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 5, p. 1121-7, 2011.

ASSIS, A. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 127-144.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H. A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito: um debate ético-filosófico. **Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria da prática**. Oiras: Celta; 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização - A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização do SUS:** cartilha clínica ampliada e compartilhada. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**: aprova a política nacional da atenção básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção

básica, para a estratégia de saúde da família e o programa de agentes comunitários de saúde. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, 2010b.

CAMARGO, J. K. R. **Racionalidades médicas**: A medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 1993.

CAMPOS, G. W. S. C. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.C; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR,M.D.; CARVALHO, Y.M. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. pt. 1, cap. 2, p. 41-80., 2 ed

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 2, p. 29-47. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em 25 maio 2014.

DACOREGGIO, S. T. K.; SILVA, M.M.; ÁVILA, L.H.; SCHOLZE, A.S.. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, p. 7-12, dez. 2006.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 303-12, 2005.

ESPIRIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006

FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; CACCIA-BAVA, M.C.G.; ALMEIDA, M.C.P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface – Comunicação & Saúde**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-29, 2007.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, sup.2, p.121-31, 1999.

FISCHER, T.; MELO, V. P. Programa de desenvolvimento e gestão social: uma construção coletiva. In: FISCHER, T.; ROESCH, S.; MELO, V. P. (Edit.). **Gestão do desenvolvimento territorial e residência social**: casos para ensino. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 13-41.

FLICK, U. **Introdução à abordagem qualitativa**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRIAS, P. G.; FIGUEIRÓ, A.C.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de janeiro, Medbook, 2010, 156p.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. pt. 4, cap. 23, p. 765-93.

GIL, A.C**. Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-98.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W.V.; LUNA, C.F.; SZWARCWALD, C.L. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1849-1861, 2011.

HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; BROUSELLE, A.; DENIS, J.L. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; BROUSELLE, A. **Avaliação**: Conceitos e métodos. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 42-60.

HOUAISS, A. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Moderna, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 05 jan. 2013.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Série Saúde e Cidadania, v. 3, 1998.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, R. N. S. **Humanização & Acolhimento**: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde. 2010. 40f. Monografia (Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010

MERHY, E. E. 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, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20.

MERHY, E. E. O SUS e seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org). **Democracia e saúde**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 125-42.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES, J.R.H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde**: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. Saúde: **A cartografia do trabalho vivo**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINUZI D.; BECK C. L. C. O. acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: Uma análise bibliográfica. **Saúde**,Universidade Federal de Santa Maria, v. 34, n. 1-2, p 37-43, 2008.

NOVAES, H. M. D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Cuidados de saúde primários**: Agora mais que nunca. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2008.

Panizzi M, Franco TB. A implantação do acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: Franco TB, Peres MAA, Fuschiera MMP, Panizzi M, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 79-109.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-8, 2006.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REBOUÇAS, R.; ABELHA L.; LEGAY, L. F.; LOVISI,G. M. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, 2008.

RECIFE. Prefeitura da Cidade. **Perfil dos bairros.** Recife, 2012. Disponível em:< http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros/rpa-4/>. Acesso em 05 jan. 2013.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Acolhimento**: o atendimento no posto mudou para melhor - Cartilha. Recife, 2009b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Atenção Básica à Saúde:** Recife em defesa da vida - cartilha. Recife, 2009a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Distrito Sanitário IV**: territorialização. Recife, 2011a. Slides.

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, 2011b.

SÁ, L. D.; GOMES, A. L. C. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n.2, p 365-372, 2009.

SÁ, S. L. B.; MATTOS, R. R.; PINHEIRO, V. L.; PEQUENO, L. L.; DIÓGENES, M. A. R. Usuário da Estratégia de Saúde da Família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento**. Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, 25 (2 Supl): 96-103, abr./jun., 2012.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: **as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 241-57.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 8-13, abr. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. B. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TEIXEIRA, S. A. **Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista**, Bahia, Brasil. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2004.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES; M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-35, 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p. 190-8, 2004.

TURRIS, A. S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **J Adv Nurs**, Oxford, v. 50, p. 293-8, 2005.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-52, 1990.

VIEIRA, A. L. S.; SILVEIRA, D. P. Reflexões éticas do cuidado em saúde: Desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 5., n. 1, p. 92-101, 2005.

VILAR, R. L. A. **Humanização na estratégia saúde da família**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

ANEXOS

ANEXO A

Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de saúde mental
SATIS-BR - Forma Abreviada

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por_____.

O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência das pessoas com os serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente. Este questionário foi adaptado e validado à partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro de Montreal Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de uma pesquisa multicêntrica coordenada pela Organização Mundial de Saúde. A permissão de utilizar este questionário foi concedida por Dr. J.M.Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).
Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Nome (Opcional):_____
Idade: _____
Estado civil:_____ Escolaridade: _____
Sexo:_____ Trabalho: _____
Nome do serviço:_____
Início do atendimento: _____
Data ___/___/___

Nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o (nome do serviço). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Queira responder de acordo com sua opinião pessoal.

1. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?
Nunca me senti respeitado----------1
Geralmente não me senti respeitado------2

Mais ou menos----------3
Geralmente me senti respeitado----------4
Sempre me senti respeitado----------5

2. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), você sentiu que ele/a ouviu você?
Não me ouviu de forma alguma----------1
Não me ouviu bastante----------2
Mais ou menos----------3
Me ouviu bastante----------4
Me ouviu muito----------5

3. Até que ponto a pessoa que admitiu você no (nome do serviço) pareceu compreender o seu problema?
Não me compreendeu de forma alguma-----1
Não me compreendeu muito----------2
Mais ou menos----------3
Me compreendeu bem----------4
Me compreendeu muito bem----------5

4. Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?
Não me compreendeu de forma alguma-----1
Não me compreendeu muito----------2
Mais ou menos----------3
Me compreendeu bem----------4
Me compreendeu muito----------5

5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo (nome do serviço)?
Parece que eles pioraram as coisas-------1
Não obtive nenhuma ajuda----------2
Não obtive muita ajuda----------3
Senti que obtive alguma ajuda----------4
Senti que obtive muita ajuda----------5

6. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no (nome do serviço)?
Muito insatisfeito----------1
Insatisfeito----------2
Indiferente----------3

Satisfeito----------4
Muito satisfeito----------5

7. Você considerou que a equipe do (nome do serviço) estava lhe ajudando?

Nunca----------1
Raramente----------2
Mais ou menos----------3
Freqüentemente----------4
Sempre----------5

8. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do (nome do serviço)?

Nada amigável----------1
Pouco amigável----------2
Mais ou menos----------3
Amigável----------4
Muito amigável----------5

9. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço)?

Muito incompetente----------1
Incompetente----------2
Mais ou menos----------3
Competente----------4
Muito competente----------5

10. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

Muito incompetente----------1
Incompetente----------2
Mais ou menos----------3
Competente----------4
Muito competente----------5

11. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?

Muito insatisfatório----------1
Insatisfatório----------2
Indiferente----------3
Satisfatório----------4
Muito satisfatório----------5

12. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex.,instalações de

banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?

Péssimas----------1

Ruins----------2

Regulares----------3

Boas----------4

Excelentes----------5

13. De que você mais gostou no (nome do serviço)?

14.De que você menos gostou no (nome do serviço)?

15.Na sua opinião, o serviço no (nome do serviço) poderia ser melhorado?

Sim----------1

Não----------2

Não sei----------3

15.1. Se sim, de que maneira?

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

ANEXO B

Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários
com os Serviços de Saúde Mental(SATIS-BR)

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por _____.
O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência das pessoas com serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente.
Este questionário foi adaptado e validado à partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro de Montreal Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de uma pesquisa multicêntrica coordenada pela Organização Mundial de Saúde. A permissão de utilizar este questionário foi concedida por Dr. J.M.Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).
Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

NOME DO
SERVIÇO:_____
TIPO DE
SERVIÇO:_____
UNIDADE DE TRATAMENTO (se aplicável)_____
DATA |__|__|__|__|__|__|CÓDIGO |__|__|__|__|__|__|

Primeiro, nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o (nome do serviço). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Queira responder de acordo com sua opinião pessoal.

1.Quem encaminhou você a este serviço/ estabelecimento/ instituição, etc ?

Minha própria decisão----------1
Uma pessoa da família----------2
Um amigo----------3
Um médico/ terapeuta----------4
Um serviço de referência----------5
A polícia----------6
Um ordem judicial----------7
Outro (especificar):_____----8
Não sei----------9

Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu

2.Que tipo de transporte você usou para chegar a este serviço?

Transporte próprio----------1
Transporte da família----------2
Transporte de amigos----------3
Transporte público----------4
Caminhada----------5
Outro----------6
(especificar)_____----- 9

3.Quanto tempo você gasta para vir de sua casa até (nome do serviço)?

0-15 min----------1
16-30 min----------2
31-45 min----------3
46-60 min----------4
mais que 60 min----------5

4.Até que ponto é fácil para você chegar ao (nome do serviço)?

Muito difícil----------1
Difícil----------2
Mais ou menos----------3
Fácil----------4
Muito fácil----------5

5.Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Nunca me senti respeitado----------1
Geralmente não me senti respeitado------2
Mais ou menos----------3
Geralmente me senti respeitado----------4
Sempre me senti respeitado----------5

6. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), você sentiu que

ele/a ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma----------1
Não me ouviu muito----------2
Mais ou menos----------3
Me ouviu bem----------4
Me ouviu muito----------5

7.O que você pensava ser o seu problema quando você foi admitido no (nome do serviço)? Marcar apenas uma resposta

Um problema físico de saúde----------1
Um problema psicológico----------2
Um problema familiar----------3
Um problema social----------4
Um problema financeiro----------5
Um problema no trabalho----------6
Não sei----------7
Outro (especificar):_____ -----8

8.Até que ponto a pessoa que admitiu você no (nome do serviço) pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma-------1
Não me compreendeu muito----------2
Mais ou menos----------3
Me compreendeu bem----------4
Me compreendeu muito----------5

9.Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

Não me compreendeu de forma alguma-------1
Não me compreendeu muito----------2
Mais ou menos----------3
Me compreendeu bem----------4
Me compreendeu muito----------5

9a.Trata-se de sua primeira admissão a este serviço?

Sim----------1
Não----------2

9b. Há quanto tempo você freqüenta este serviço?

6 meses ou menos----------1
de 7 à 12 meses----------2
de 1 à 2 anos----------3
mais de 5 anos----------4

10. Até que ponto os serviços que você recebeu no (nome do serviço) satisfazem suas necessidades ?

Muito insatisfatório----------1
Insatisfatório----------2
Indiferente----------3
Satisfatório----------4
Muito satisfatório----------5

11.Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo (nome do serviço)?

Parece que eles pioraram as coisas----------1
Não obtive nenhuma ajuda----------2
Não obtive muita ajuda----------3
Senti que obtive alguma ajuda----------4
Senti que obtive muita ajuda----------5

12.Os serviços que você recebeu o ajudam a lidar mais eficazmente com seus problemas?

Não, eles parecem piorar as coisas-------1
Não, eles não ajudam muito----------2
Mais ou menos----------3
Sim, eles me ajudam um pouco----------4
Sim, eles me ajudam muito----------5

13. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do (nome do serviço) quando você pediu por elas?

Muito frequentemente----------1
Freqüentemente----------2

Mais ou menos----------3
Raramente----------4
Nunca----------5
Eu nunca pedi----------9

13.1.Se você teve alguma dificuldade, de que tipo foi?

14.Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no (nome do serviço)?

Muito insatisfeito----------1
Insatisfeito----------2
Indiferente----------3
Satisfeito----------4
Muito satisfeito----------5

15 Você obteve no (nome do serviço) o tipo de serviço (tratamento) que você achava que precisava?

De forma alguma----------1
Não muito----------2
Mais ou menos----------3
Em geral, sim----------4
Sim, com certeza----------5

16.Você considerou que a equipe do (nome do serviço) estava lhe ajudando?

Nunca----------1
Raramente----------2
Mais ou menos----------3
Freqüentemente----------4
Sempre----------5

17.Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do (nome do serviço)?

Nada amigável----------1
Pouco amigável----------2
Mais ou menos----------3
Amigável----------4
Muito amigável----------5

18.Porque você escolheu o (nome do serviço)?
(Pode-se marcar mais de um ítem)

No passado eu já estive lá----------1
O serviço foi fortemente recomendado por alguém----------2
Eu conhecia alguém que estava em tratamento lá----------3
Eu confiei na recomendação da pessoa/instituição que me referiu este serviço----------4
A localização é muito conveniente----------5
Estava dentro de minhas possibilidades financeiras----------6
Eu não tive outra escolha----------7
Outro (especificar):_____ ----------9

19.Você está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos no seu tratamento?

Totalmente desfavorável----------1
Desfavorável----------2
Indiferente----------3
Favorável----------4
Muito favorável----------5

20. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço)?

Muito incompetente----------1
Incompetente----------2
Mais ou menos----------3
Competente----------4
Muito competente----------5

21. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

Muito incompetente----------1
Incompetente----------2
Mais ou menos----------3
Competente----------4
Muito competente----------5

22.O que você acha de participar do processo de avaliação das atividades deste serviço?

Em total desacordo----------1
Em desacordo----------2

Indiferente----------3
De acordo----------4
Totalmente de acordo----------5

23.Como você classificaria a qualidade do serviço que você recebeu no (nome do serviço)?

Péssima----------1
Ruim----------2
Regular----------3
Boa----------4
Excelente----------5

24. Qual é o seu grau de satisfação com relação à quantidade de ajuda que você recebeu no (nome do serviço)?

Muito insatisfeito----------1
Insatisfeito----------2
Indiferente----------3
Satisfeito----------4
Muito satisfeito----------5

25.Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?

Muito insatisfeito----------1
Insatisfeito----------2
Indiferente----------3
Satisfeito----------4
Muito satisfeito----------5

26. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex.,instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?

Péssimas----------1
Ruins----------2
Regulares----------3
Boas----------4
Excelentes----------5

27. Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria ao (nome do serviço)?

Não, certamente que não----------1
Não, acho que não----------2
Indiferente----------3
Sim, acho que sim----------4
Sim, com certeza----------5

28. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou ela o (nome do serviço)?

Não, certamente que não----------1
Não, acho que não----------2
Indiferente----------3
Sim, acho que sim----------4
Sim, com certeza----------5

28.1 Por quê?

29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que você recebeu?

Muito insatisfeito----------1
Insatisfeito----------2
Indiferente----------3
Satisfeito----------4
Muito satisfeito----------5

30. De que você mais gostou no (nome do serviço)?

31. De que você menos gostou no (nome do serviço)?

32. Na sua opinião, o serviço no (nome do serviço) poderia ser melhorado?

Sim----------1
Não----------2
Não sei----------3

32.1Se sim, de que maneira?

Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral

33.Que idade você tem?: |__|__|

34.Sexo:

Masculino----------1

Feminino----------2

35.Qual é o seu atual estado civil?

Solteiro----------1

Casado ou vive c/ companheiro----------2

Separado----------3

Divorciado----------4

Viúvo----------5

Outro (especificar):_____--9

36.Qual o mais alto grau de escolaridade que você concluiu?

Sem escolaridade----------1

Escola elementar (1º grau)----------2

Escola secundária (2º grau)----------3

Curso técnico----------4

Universidade----------5

Pós-graduação----------6

Outro (especificar):_____-----9

37.Se você atualmente está trabalhando, explique que tipo de trabalho você faz?

Jornada integral remunerada----------1

Jornada parcial remunerada----------2

Jornada integral não-remunerada----------3

Jornada parcial não-remunerada----------4

Não trabalha----------5

Outro (especificar):_____-----9

38. Explique que tipo de moradia você tem atualmente (casa, apartamento, alugada, própria,...):

Casa/apartamento próprio----------1

Casa/apartamento alugado por você mesmo----------2

Casa dos pais ou outros familiares----------3

Casa de amigos----------4

Abrigo de emergência----------5
Hospital ou instituição----------6
Pensão (alimentação e moradia)----------7
Rua----------8
Outro(Especificar):_____---------9

39.Com quem você vive atualmente?

Sozinho----------1
Cônjuge----------2
Com filho/a----------3
Outros membros da família----------4
Amigo(s), fora do ambiente institucional----------5
Amigo(s), dentro do ambiente institucional----------6
Mãe, Pai----------7
Outro (especificar):_____--------9

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

ANEXO C

Escala de Avaliação da Satisfação Usuários com os Serviços de Saúde Mental

Adaptado para a avaliação da satisfação do usuário em Relação ao Acolhimento

Nome do Serviço:_____

Data: _____/_____/_____.

Primeiro, nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o acolhimento da Unidade de Saúde da Família onde você é atendido(a). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Queira responder de acordo com sua opinião pessoal.

1.Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado no acolhimento, em termo da ajuda que recebeu para resolver seu problema?

Nunca me senti ajudado----------1
Geralmente não me sinto ajudado----------2
Mais ou menos----------3
Geralmente me sinto ajudado----------4
Sempre me sinto ajudado----------5

2. Quando você falou com a pessoa que recebeu você no acolhimento, você sentiu que ele/a ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma----------1
Não me ouviu bastante----------2
Mais ou menos----------3
Me ouviu bastante----------4
Me ouviu muito----------5

3. Até que ponto a pessoa que recebeu você no acolhimento pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma----------1
Não me compreendeu muito----------2
Mais ou menos----------3
Me compreendeu bem----------4
Me compreendeu muito bem----------5

4. Em geral, como você acha que a equipe do acolhimento compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

Não me compreendeu de forma alguma----------1
Não me compreendeu muito----------2
Mais ou menos----------3
Me compreendeu bem----------4
Me compreendeu muito----------5

5. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você durante o acolhimento?

Parece que eles pioraram as coisas----------1
Não obtive nenhuma ajuda----------2
Não obtive muita ajuda----------3
Senti que obtive alguma ajuda----------4
Senti que obtive muita ajuda----------5

6. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre as condutas para resolver seu problema no acolhimento?

Muito insatisfeito----------1
Insatisfeito----------2
Indiferente----------3
Satisfeito----------4
Muito satisfeito----------5

7. Você considerou que a equipe do acolhimento estava lhe ajudando?

Nunca----------1
Raramente----------2
Mais ou menos----------3
Freqüentemente----------4
Sempre----------5

8. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais?

Nada amigável----------1
Pouco amigável----------2
Mais ou menos----------3
Amigável----------4
Muito amigável----------5

9. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do acolhimento?

Muito incompetente----------1
Incompetente----------2

Mais ou menos----------3
Competente----------4
Muito competente----------5

10. Em sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa que acolheu você mais de perto?
Muito incompetente----------1
Incompetente----------2
Mais ou menos----------3
Competente----------4
Muito competente----------5

11. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do serviço onde foi acolhido?
Muito insatisfeito----------1
Insatisfeito----------2
Indiferente----------3
Satisfeito----------4
Muito satisfeito----------5

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).
Péssimas---------- 1
Ruins----------2
Regulares----------3
Boas----------4
Excelentes----------5

13. De que você mais gostou no serviço no acolhimento?

14. De que você menos gostou no acolhimento?

15. Em sua opinião, o local onde ocorre o acolhimento poderia ser melhorado?

15.1 Se sim, de que maneira?

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Autores:

Ligiana Nascimento de Lucena – Enfermeiro - Pesquisador Responsável

Maísa Paulino Rodrigues – Dra em Ciências da Saúde

Instituição Proponente:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis

CEP: 59.012-300 - Natal/RN

Fone: (84) 3342-9727

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN
CEP 59.012-300
Fone: (84) 3342 5003
E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Você esta sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado Acolhimento na estratégia saúde da família: o que dizem os usuários? Cujo objetivo avaliar a satisfação dos usuários da estratégia saúde da família acerca do acolhimento na perspectiva da escuta qualificada e da produção de vínculos através do seguinte objetivo específico:

- Identificar fragilidades e potencialidades no processo de acolhimento

Esse estudo justifica-se pelo fato de que ao analisar a visão dos usuários que frequentam as unidades de saúde da família durante o acolhimento, pode-se identificar se o acesso e a humanização estão sendo levados em consideração no ato de acolher, através da construção de vínculos e da escuta qualificada. Dessa forma, há a possibilidade de identificarmos os limites e as potencialidades do acolhimento em Recife-PE, buscando aperfeiçoá-lo.

A sua participação no referido estudo será no sentido de contribuir através de resposta de um questionário. É importante esclarecer que apesar dos benefícios deste estudo alguns desconfortos podem acontecer como constrangimento ao relatar situações vivenciadas, em achar que não sabe responder as questões ou ao relatar histórias que envolvem possíveis danos bem como exposição da sua imagem. Tais riscos serão minimizados pela realização das entrevistas em ambiente reservado e que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de alguma forma, lhe identificar, será atribuído um codinome para assegurar o anonimato.

É lhe assegurado o direito de se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: pesquisador responsável: **Ligiana Nascimento de Lucena** que poderá manter contato pelos telefones (81) 88811602 e (81) 33556422 sob a orientação da Professora Dra **Maisa Paulino**

Rodrigues - telefones (84) 32154133 e (84) 99829974 do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Os questionários serão arquivados pela pesquisadora responsável por 5 anos, caso deseje posteriormente informações sobre a pesquisa.

Enfim, diante do que foi esclarecido quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, solicitamos que manifeste através de assinatura deste termo de consentimento em participar do estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

No entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, você será ressarcido ou caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Para tanto declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, a forma como será realizada, seus benefícios e riscos e concordo em participar de forma voluntária do estudo Acolhimento na estratégia saúde da família: o que dizem os usuários?

Recife, _____ de _____ de 20_____.

_____
Nome do Participante da Pesquisa

_____
Ligiana Nascimento de Lucena
Assinatura do Pesquisadora Responsável

_____
Assinatura do orientador (a)
Maisa Paulino Rodrigues

APÊNDICES

APÊNDICE A

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: Acolhimento na estratégia saúde da família: o que dizem os usuários?
Pesquisador: Ligiana Nascimento de Lucena
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 21643613.1.0000.5292
Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste
Patrocinador principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 578.962
Data da Relatoria: 28/03/2014
Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo quantitativo, avaliativo e transversal, que será realizado no município de Recife-PE, nos seis distritos sanitários pertencentes à cidade. Será utilizada a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental - Satis-BR-forma abreviada adaptada para o tema do acolhimento sob a perspectiva da escuta qualificada e da criação de vínculos. Os dados quantitativos serão analisados com o auxilio dos softwares Statistical Package for Social Science (SPSS) 17.0. Já os dados qualitativos serão analisados por meio do Alceste 4.8. Para os dados quantitativos serão calculadas as frequências absolutas e relativas e para a análise qualitativa será utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin. Com isso, pretende-se identificar fragilidades e potencialidades no processo de implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família do município de Recife, no que tange aos aspectos relacionados ao uso de tecnologias leves, ou seja, ao estabelecimento de vínculos e a escuta qualificada.
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Avaliar a satisfação dos usuários da ESF com o acolhimento na perspectiva da escuta qualificada e da produção de vínculos no município de Recife-PE. Objetivo Secundário: Analisar a opinião do usuário sobre a escuta no acolhimento e suas repercussões; Verificar se o processo de acolhimento gera vinculo entre profissional e usuário. Identificar fragilidades e potencialidades no processo de acolhimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos: A pesquisa oferece riscos mínimos aos sujeitos entrevistados. Alguns desconfortos podem acontecer como constrangimento ao relatar situações vivenciadas, em achar que não sabe responder as questões ou ao relatar histórias que envolvem possíveis danos, bem como exposição da sua imagem. Entretanto, os entrevistados poderão desistir a qualquer momento sem que haja algum tipo de

pressão. Benefícios: Ao final, espera-se que a pesquisa beneficie os profissionais de saúde e a comunidade por eles assistida. Uma vez que o acolhimento é um dispositivo de extrema importância para a mudança de modelo de atenção à saúde e consequentemente, para uma melhor resolutividade dos problemas de saúde da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa relevante, pois poderá ensejar mudanças e adequações no acolhimento da estratégia Saúde da Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O projeto está bem elaborado e detalhado.

Recomendações:
Atendeu as solicitações da pendência anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Sem Pendências

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não.

Considerações Finais a critério do CEP:
1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

NATAL, 03 de Abril de 2014
Assinado por:

João Carlos Alchieri
(Coordenador)

APÊNDICE B

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECERTARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Ligiana Nascimento de Lucena, pesquisadora do mestrado em saúde da família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, a desenvolver pesquisa nos distritos sanitários I, II, III, IV, V e VI da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: O que dizem os usuários?”. Sendo orientada por Maísa Paulino Rodrigues.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde;

- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;

- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha ausência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;

- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O (s) pesquisador (es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compakt Disk (CD),* uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.
Recife, 22 de agosto de 2013.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho