

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Meire de Deus Vieira Santos

Acolhimento: percepção de profissionais e usuários de uma unidade de Atenção
Primária à Saúde

Uberlândia

2021

Meire de Deus Vieira Santos

Acolhimento: percepção de trabalhadores e usuários em uma unidade de Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori
Coorientadora: Profa. Dra. Luciana Saraiva da Silva

Uberlândia

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S237 Santos, Meire de Deus Vieira, 1965-
2021 Acolhimento: percepção de profissionais e usuários de
uma unidade de Atenção Primária à Saúde [recurso
eletrônico] / Meire de Deus Vieira Santos. - 2021.

Orientador: Wallisen Tadashi Hattori.
Coorientadora: Luciana Saraiva da Silva .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde da Família.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.647>
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas. I. Hattori, Wallisen Tadashi ,
1978-, (Orient.). II. , Luciana Saraiva da Silva, 1988-,
(Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia.
Pós-graduação em Saúde da Família. IV. Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado
 Profissional

Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 08 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: - www.famed.ufu.br - ppsaf@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional nº 004/2021 do PPSAF				
Data:	27 de agosto de 2021	Hora de início:	09:00	Hora de encerramento:	11:20
Matrícula do Discente:	11912PSF007				
Nome da Discente:	Meire de Deus Vieira Santos				
Título do Trabalho:	Acolhimento: percepção de trabalhadores e usuários em uma unidade de Atenção Primária à Saúde				
Área de concentração:	Saúde da Família				
Linha de pesquisa:	Atenção à Saúde, Acesso e Qualidade na Atenção Básica em Saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Avaliação de Serviços de Saúde				

Reuniu-se, via webconferência, na sala virtual do PPSAF, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, na Plataforma *Webex* (<https://ufu.webex.com/ufu-pt/j.php?MTID=m4a0efb25fa03f773b4e8f9582270b090>), em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta: Professores Doutores: Luciana Saraiva da Silva coorientadora - FAMED-UFU, Marcelle Aparecida de Barros Junqueira - FAMED/UFU e Deivisson Vianna Dantas dos Santos - Universidade Federal do Paraná/UFPR, Suplente: Nilton Pereira Junior - FAMED/UFU e Wallisen Tadashi Hattori - FAMED/UFU, orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Wallisen Tadashi Hattori, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Wallisen Tadashi Hattori, Professor(a) do Magistério Superior**, em 27/08/2021, às 11:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 27/08/2021, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Usuário Externo**, em 27/08/2021, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2994810** e o código CRC **C199EBA4**.

Àqueles que de nós necessitam para aliviar sua dor, seja ela qual for.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que permitiu a evolução da humanidade e do conhecimento.

À minha família, que compreendeu minha ausência e o desejo de apreender um pouco mais desse conhecimento.

Aos Mestres do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PPSAF) da Universidade Federal de Uberlândia, que ajudaram a modulá-lo, com discernimento e lucidez.

Aos meus alunos do INESC – Andressa, Averaldo, Bruno, Elza, Julia, Juliana, Mariana, que muito colaboraram na coleta dos dados para análise.

Aos professores Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira e Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos, que aceitaram participar dessa banca, contribuindo por duas vezes com suas sugestões e dicas, para o aperfeiçoamento deste trabalho, minha gratidão.

Aos meus orientadores Wall e Luciana: vocês pegaram em minhas mãos quase cruas e as conduziram no mundo da pesquisa. Aceitaram orientar-me por caminhos desconhecidos sem pestanejar, e aqui chegamos, com uma nova bagagem, uma nova maneira de enxergar este mundo. Sem vocês nada disso seria possível. Gratidão!

À Mariana Andrade, nossa eterna secretária do Profsaúde. A você, que com carinho nos respondeu a todas as nossas dúvidas, muitas vezes repetidas, e nos ajudou em nossas necessidades constantes, muito obrigada.

A meus colegas de trabalho, da UBS, da rede municipal, e do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), pelo companheirismo, apoio e incentivo.

A meus colegas de Mestrado: Danilo, Jonatha, Larissa, Luana, Maria Denise, Marina e Thiago - juntos conseguimos construir um conhecimento mais profundo, suportando-nos – pois



Uberlândia

2021

Não existe ação reflexiva que não leva sempre a constatações, descobertas, reparos, aprofundamento. E, portanto, que não nos leva a transformar algo em nós, nos outros, na realidade (FREIRE, 2008).

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** – Caracterização sociodemográfica, econômica e de saúde dos usuários de acordo com o sexo dos usuários e resultados totais..... 34
- TABELA 2** – Comparação das respostas dos usuários sobre o acolhimento segundo as variáveis: sexo, convênio, local da última consulta e autopercepção da saúde.....36
- TABELA 3** – Distribuição de frequências e porcentagens de respostas dos Profissionais, com relação às questões satisfação com acolhimento, agendamento de consultas, ser bem tratado e tempo de sala de espera, feito na recepção da Unidade de Saúde em que trabalha.....38
- TABELA 4** – Comparação das variáveis para satisfação entre funcionários e usuários.....39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CIAS	Centro Integrado de Assistência à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPAM	Centro Universitário de Patos de Minas

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	12
CAPÍTULO 1: O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Referencial teórico.....	15
1.1.1. Atenção Primária à Saúde	16
1.1.2. Atenção Primária no Brasil.....	18
1.1.3. Percepção da qualidade em um serviço de saúde	18
1.2. Acesso e colhimento na atenção primária à saúde	19
1.2.1. Acesso na Atenção Primária à Saúde.....	19
1.2.2. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde	20
1.2.3. Tipos de Acolhimento.....	22
CAPÍTULO 2 - O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	25
1. INTRODUÇÃO.....	27
2. MÉTODOS	29
2.1. Aspectos Éticos	29
2.2. Participantes	29
2.3. Instrumento de Coleta de Dados.....	30
2.4. Procedimentos.....	31
2.5. Metodologia de Análise de Dados	31
3. RESULTADOS	32
3.1. Usuários.....	32
3.2. Profissionais	37
3.3. Profissionais X Usuários	38
4. DISCUSSÃO.....	38
5. CONCLUSÕES.....	44
6. REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS.....	47

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista e Coleta de Dados para avaliação da qualidade do Serviço de Saúde na UAPS 14 – Usuários.	55
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista e Coleta de Dados para avaliação da qualidade do Serviço de Saúde na UAPS 14. Funcionários.....	57
Anexo A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Funcionários	58
Anexo B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuário..	60

1. APRESENTAÇÃO

Meu nome é Meire de Deus Vieira Santos, fiz medicina em Patos de Minas, com graduação pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), em 2013. Previamente à medicina, atuei como professora de Biologia e Química, até 1998, e posteriormente como farmacêutica, até 2009, todos com graduação pelo UNIPAM.

O início de meu envolvimento maior com Medicina de Família e Comunidade (MFC) se deu em 2013, durante o internato. No referido estágio era onde me sentia mais útil, capaz de ajudar o paciente que nos procurava. A partir dali decidi que era o caminho a seguir e fui para Ribeirão Preto em busca de aperfeiçoamento, via Residência Médica em MFC. Retornando a Patos de Minas, iniciei o trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em 13 de abril de 2016.

Patos de Minas é uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, na região do Alto Paranaíba, próxima ao Triângulo Mineiro. Está a 415 km da capital Mineira, Belo Horizonte, e a 447 km de Brasília, a capital do Brasil. A cidade completou 129 anos em 24 de maio de 2021. Foi povoada a beira do caminho criado das Minas Gerais a Goiás, no século XVIII, e tornou-se município em 24 de maio de 1892 (SOARES, 2017).

Patos é o principal município da microrregião e conta com uma estimativa populacional de 153.585 habitantes, possuindo assim densidade demográfica de 43,49 hab/km² (IBGE, 2020). Sua área de abrangência engloba 10 municípios com uma população estimada em 253.068 habitantes (PATOS DE MINAS, 2017).

Em relação à saúde, o município é 100% coberto pela Atenção Primária à Saúde (APS), através de 40 equipes de Saúde da Família que atendem a população patense, as quais são nominadas por número e nome. Algumas delas estão alocadas em unidades que comportam duas ou três equipes.

Desde abril de 2016 trabalho na Equipe 14 – também denominada Equipe Lua. Ela estava com equipe incompleta desde setembro de 2015. Hoje está instalada em local distante da população adscrita, inserida em uma UBS com mais duas equipes, a 15 e a 30, também denominadas Sol e Girassol, respectivamente.

Essa população, muito idosa e de grande vulnerabilidade, sempre reivindicou aproximação da sede da unidade à população, e, em agosto de 2018 nos mudamos para um prédio cedido pelo UNIPAM. Lá também funcionava o Centro Integrado de Assistência à Saúde (CIAS) daquela instituição, onde os alunos eram inseridos em atendimentos ambulatoriais, preceptorados por médicos ligados à Instituição de Ensino Superior. Passamos a integrar

também o CIAS, recebendo alunos do primeiro ao oitavo períodos, duas vezes por semana, na disciplina Integração Ensino-Serviço-Comunidade, e os alunos do décimo primeiro e décimo segundo períodos, no internato em Saúde da Família, diariamente. No mesmo prédio, em bloco anexo, funcionava a Clínica de especialidades, atuando em nível de Atenção Secundária à Saúde, onde os alunos do UNIPAM também exerciam sua formação.

Tudo ia muito bem, até que em 2020 um advento provocou mudanças que ainda hoje ecoam vorazmente: o surgimento da COVID-19 e suas nefastas consequências. Como estávamos em um prédio, que inicialmente fora projetado para ser um Hospital Universitário, viram nele a possibilidade de transformá-lo em Hospital de Campanha. E assim, em abril de 2020 estávamos de volta à nossa antiga sede, a UBS Nova Floresta. Ruim para a população abrangida pela equipe, que novamente se viu longe de sua unidade de saúde, bom para a população em geral do município e região, que teve suas necessidades supridas mais rápido, e com qualidade. Na época da mudança estávamos com 4384 usuários adscritos à nossa área. Hoje estamos com 5394 usuários. Nessas idas e vindas, algumas dificuldades e empecilhos foram sendo percebidas pela equipe e pela população atendida por ela.

O Mestrado Profissional é “uma modalidade de Pós-graduação *stricto sensu* voltada para a capacitação de profissionais, nas diversas áreas do conhecimento, mediante o estudo de técnicas, processos, ou temáticas que atendam a alguma demanda do mercado de trabalho” (BRASIL, 2017a, c). Como tal, ele propicia mudanças que possam promover melhorias no ambiente de trabalho.

A Pós-graduação em Saúde da Família da Rede Nacional de Mestrado Profissional em Saúde da Família, vinculada ao polo Universidade Federal de Uberlândia, em convênio firmado entre Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Fundação Osvaldo Cruz, possui várias linhas de pesquisa, dentre elas “Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde”, a qual escolhi para meu estudo, com o tema “Acolhimento”.

O que me levou a discutir acolhimento em minha dissertação de mestrado foi a percepção de que tanto a equipe quanto os usuários estavam insatisfeitos com a forma com que ele estava sendo realizado. E através deste estudo, essa realidade poderia sofrer alteração, com possibilidades de melhoria do serviço prestado àquela população.

Inicialmente, a pesquisa foi pensada como um estudo de intervenção a ser realizado com amostra de usuários e profissionais atuantes no CIAS, buscando, por meio de uma entrevista utilizando roteiro semiestruturado, aplicado a cada participante, obter a percepção dos atores acerca do acolhimento do serviço na resolução de suas necessidades em saúde. Após concluída a primeira sessão de entrevistas, seria realizada uma intervenção junto à equipe de saúde. Para

tal fim, seriam realizados estudos semanais por um mês, usando metodologias ativas de aprendizagem, discutindo acolhimento, necessidades e soluções para sanar problemas porventura identificados. A seguir, seria realizada uma segunda rodada de entrevistas, avaliando os efeitos da intervenção no processo de acolhimento desta unidade de saúde.

No entanto, com o advento da pandemia provocada pelo Sars-Cov2, a rotina das unidades de saúde sofreu alterações. Devido à necessidade de distanciamento ou isolamento social ocorrido com o agravamento dos casos de COVID-19 que atingiu a comunidade, o Brasil e o mundo, os usuários das UBS passaram a procurar menos a unidade de saúde, o que provocou demora na coleta dos dados iniciais, e impossibilitou a segunda coleta. Assim, o estudo será realizado com dados dessa primeira coleta. Posteriormente, com o retorno da rotina da UBS, novos estudos poderão ser realizados.

Desse modo, a abordagem da equipe será posteriormente efetuada, na forma de educação permanente, com encontros semanais consecutivos, estudando temas relacionados ao acolhimento à demanda espontânea e programada e formas de acolhimento humanizado, tendo por base o Caderno de Atenção Básica 28, e artigos relacionados ao tema “Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada” e também os cadernos do Projeto HumanizaSus (BRASIL, 2010). Utilizar-se-á, para esse fim, metodologias ativas de aprendizagem.

Neste sentido, estruturei a dissertação em dois capítulos. O primeiro trata da revisão de literatura relacionada ao acesso e acolhimento na APS. O segundo trata do relato da pesquisa realizada com usuários e profissionais da Equipe 14, UBS Nova Floresta, buscando identificar a percepção que eles têm a respeito de acolhimento. Por fim, apresento as considerações finais, assim como apêndices e anexos. Este segundo capítulo foi formatado no formato Vancouver, pois a revista para o qual é pleiteada a publicação assim o exige.

CAPÍTULO 1: O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1. INTRODUÇÃO

1.1. REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerado o primeiro nível de atenção em saúde. Relaciona-se primordialmente ao atendimento ambulatorial realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e caracteriza-se por um conjunto de atitudes e intervenções, no âmbito individual e coletivo, compreendendo “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”, tendo em vista promover um cuidado integral que repercuta de maneira positiva na situação de saúde das comunidades por elas assistidas (BRASIL, 2011). A APS é considerada a primeira porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, coordena toda a comunicação com a Rede de Atenção dos Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios tratam da: universalidade, ou seja, para todos os brasileiros; da acessibilidade; da continuidade do cuidado; da integralidade da atenção, oferecendo quaisquer serviços que tratem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas; responsabilização, humanização e equidade (STARFIELD, 2002). Assim, a APS atua como um filtro apto a coordenar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, desde o nível mais simples, como a APS, passando pelo nível secundário, até atingir, níveis mais complexos, o terciário. No Brasil, a APS é desenvolvida de forma descentralizada, sendo o município o responsável pela sua gestão.

Diversos ensaios têm sido realizados, na tentativa de se avaliar a percepção que os usuários possuem acerca dos serviços prestados pela APS. Estudo realizado na região sudoeste de São Paulo, via inquérito domiciliar, identificou a APS realmente como “porta de entrada ao sistema de saúde”, com capacidade de resolução acima de 90% para as consultas médicas (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Cerdeira (2015) fez estudo para avaliar a qualidade do serviço de saúde bucal em ESF em Piraí-RJ, pela percepção do usuário. Verificou que a maioria da população estudada se mostra satisfeita com vários aspectos da qualidade, exceto para algumas questões relacionadas a acesso, disponibilidade e aceitabilidade, que alcançaram resultados negativos. Considerou que a educação em saúde é essencial para o exercício de um serviço de qualidade na APS.

Coutinho e colaboradores (2015) em revisão integrativa, analisaram o conhecimento gerado a respeito de acolhimento na APS após 2008. Verificou dificuldades, tanto a nível de

profissionais quanto dos usuários. E sugere abordagens diferentes de estudos ou novas estratégias para a sistematização do acolhimento verificando se terão repercussão na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários.

Estudo realizado em Recife avaliou a satisfação do usuário para com o acolhimento na APS. Os achados mostraram a maioria dos usuários satisfeita com o acolhimento oferecido através dos profissionais de saúde. Entretanto, a insatisfação com a infraestrutura das UBS é referida, apontando sugestões para melhorias. O estudo demonstrou a presença dessas melhorias após a implantação do acolhimento, como facilidade de acesso às ações de saúde, vista a partir de um acolhimento motivador, de escuta qualificada e de formação de vínculo (LUCENA et al., 2018).

Outro estudo identificou satisfação para com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde na APS, mas insatisfação com a espera no agendamento de consultas e dificuldade de acolhimento para demanda espontânea, concluindo que os empecilhos existentes para o acesso aos serviços de APS constituem dificuldade para população conseguir atendimento, refletindo na satisfação e aumentando a demanda no pronto atendimento (GOMIDE et al., 2018).

No Brasil, a percepção da qualidade se relaciona com o nível de satisfação que o usuário relata sobre o atendimento prestado na Saúde, e passou a ser avaliado, não apenas com a qualidade do serviço prestado, mas também com o nível de adesão ao tratamento feito pelo usuário (PAES et al., 2014). Marinella Aguilar (2009) relata que essa percepção de qualidade é baseada em critérios objetivos e subjetivos. O conhecimento a respeito da percepção dos clientes internos (equipe de saúde) e externos (usuários) sobre a qualidade do serviço público é o primeiro passo para se planejar e desenvolver ações que possam levar a melhorias, tanto por parte da gestão do sistema de saúde, que precisa perceber o entendimento dos atores, objetivando melhor direcionar suas estratégias e ações, assim como também por parte dos próprios profissionais pois, compreendendo a percepção da qualidade sob o olhar dos usuários, estarão mais preparados para responder aos seus anseios.

Atualmente, ao verificar melhor a percepção do usuário, passou-se a ser avaliado também a responsividade que os serviços de saúde oferecem a ele (COMES et al., 2016; MOIMAZ et al., 2010; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

1.1.1. Atenção Primária à Saúde

O termo APS foi definido inicialmente na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em Alma-Ata (OMS, 1978). De acordo com essa declaração, APS refere-se a cuidados básicos de saúde, utilizando tecnologia leve, sendo descrita como o início do diálogo

com o Sistema Nacional de Saúde. Essa informação é corroborada por Starfield (2002), que descreve a APS como o primeiro nível de atenção de serviços de saúde, o qual deve atuar como porta de entrada preferencial do sistema, utilizando ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços.

Nos países considerados desenvolvidos, assim como naqueles em desenvolvimento, a APS é considerada o modelo de um sistema de saúde eficaz. A organização de um sistema de saúde de um país com base na APS permite que este se apresente com melhores probabilidades de bom desempenho, devido principalmente à acessibilidade, à integralidade e à própria organização e aproveitamento de recursos (COUTINHO et al., 2015), além de apresentarem maiores resultados acerca de indicadores de saúde, em especial aqueles sensíveis à APS, diminuindo mortalidade e custos da atenção, promovendo maior acesso aos serviços, e assim reduzindo internações e atendimentos de urgência (MENDES, 2013).

Segundo Starfield (2002), a APS é regida por princípios chamados essenciais, que podem ser assim citados: **Primeiro contato**, o qual se refere a porta de entrada aos serviços de saúde. Os serviços devem estar disponíveis, de forma a não atrasar no cuidado à saúde, tanto de forma eletiva, quanto em necessidade de atendimento imediato, e com comodidade (sem excesso em tempos de espera, na melhor hora para o paciente, agenda de fácil acesso e atendimento de forma confortável); **Longitudinalidade**, que se refere ao atendimento do paciente desde a gestação até a velhice, passando por todos os ciclos de vida; **Integralidade**, princípio que diz que todas as necessidades em saúde da população adscrita deve ser satisfeita, nos três níveis de atenção; e **Coordenação do cuidado**, através do qual a APS compartilha com os demais níveis as informações necessárias para seu bom atendimento. Apresenta ainda os atributos derivados: a **centralização familiar**, a qual considera a família como um todo, o sujeito da atenção; a **orientação comunitária** pressupondo o reconhecer as necessidades familiares conforme o contexto físico, socioeconômico e cultural em que habitam; e **competência cultural**, se referindo a compreender e responder de fato, às necessidades culturais e linguísticas que os usuários trazem, relacionadas a situações de cuidados com a saúde. Através desses atributos é possível desenvolver fortemente laços com cada família ou indivíduo alvo de cuidados em saúde, conseguindo máximo de satisfação, precisão nos diagnósticos, assim como maior adesão ao tratamento (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019; OLIVEIRA, M.A.C.; REICHERT et al., 2016; PEREIRA, 2013)

1.1.2. Atenção Primária no Brasil

A APS tem sido representada no Brasil através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 1994. Introduzida inicialmente como um programa e posteriormente transformada em estratégia (PINTO; GIOVANELLA, 2018), a ESF foi o modelo de atenção escolhido pelo Ministério da Saúde para organização do SUS (BRASIL, 1997). Ela é regulamentada pelas portarias 8080 e 8142, ambas de 1990.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) lançada pelo Ministério da Saúde em 2018 define que os termos Atenção Básica (AB) e APS se equivalem e que Atenção Básica é

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

Sendo assim, estes termos, APS e AB, são associados às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (COUTINHO et al., 2015). Essa mesma PNAB recomenda a organização do serviço de APS como um processo de escuta, acolhimento e capacidade de oferecer aos usuários uma resposta favorável às suas necessidades, resolvendo a maioria de seus problemas de saúde e responsabilizando-se pela gestão do cuidado do usuário que caminha pelos diversos pontos da rede de saúde (BRASIL, 2017b).

Deve ser prevista uma lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, com formas de garantir acessibilidade e acolhimento, partindo do princípio de que as equipes que atuam nas unidades de saúde da APS devem receber e ouvir atentamente cada pessoa que procura seus serviços, favorecendo o acesso e, a partir daí, construir respostas para sua demanda e necessidade (BRASIL, 2017b).

1.1.3. Percepção da qualidade em um serviço de saúde

Preocupar-se com a qualidade na atualidade é fenômeno mundial e especialmente na área da saúde. Buscar qualidade, nos serviços de saúde, é importante a fim de favorecer a equidade, reduzindo desigualdade sociais e melhorando uso de recursos disponibilizados (MARTINS, 2014). Quando há o objetivo de se avaliar um serviço de saúde, é necessário ter

em mente o indicador, e este pode se basear tanto no serviço, quanto no usuário ou profissional de saúde (DONABEDIAN, 1990; KLOETZEL et al., 1998).

A percepção da qualidade de um serviço por um usuário é refletida como a satisfação que ele tem para com o serviço (MOIMAZ et al., 2010). Assim, os termos percepção da qualidade e satisfação para com o serviço de saúde devem ser estudados como conceitos operacionais que englobam a sua visão de usuário (VAITSMAN; ANDRADE, 2005), e essa percepção é interpretada como “uma medida de resultado da interação entre o profissional da saúde e o paciente” (DONABEDIAN, 1990).

Por sua vez, a avaliação sob o ponto de vista do profissional de saúde possibilita identificar características do serviço. Um dos indicadores que permite essa avaliação é a satisfação com que atuam nele, levando-se em consideração o relacionamento com os colegas de trabalho, o tipo de tratamento dispensado aos usuários, as condições de trabalho, e aspectos da estrutura e organização desse serviço, sendo o fator considerado de pior satisfação a sobrecarga de trabalho e a melhor satisfação o bom relacionamento com colegas (OLIVEIRA, et al., 2019).

Pesquisas de satisfação dão destaque ao lugar dos usuários nos serviços e sistemas de saúde, relacionando-o com a equipe de trabalho, em especial a equipe médica. E uma relação fortalecida entre os profissionais e o usuário que recebe o cuidado é considerado um dos pilares para uma população satisfeito com o atendimento em saúde.

1.2. ACESSO E COLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.2.1. Acesso na Atenção Primária à Saúde

Já foi dito que a APS é identificada como a porta de entrada do sistema de saúde. No entanto diversos fatores dificultam o acesso, tais como: falta de organização; utilização do acolhimento como obstáculo ao acesso; recursos humanos insuficientes; e dificuldades de acesso à atenção secundária ou terciária a fim de dar seguimento ao tratamento (CAMPOS et al., 2014). Favorecer o acesso é disponibilizar todas as variedades de serviço estão disponíveis nas unidades de APS.

Starfield, em 2002, diferenciava acesso de acessibilidade. Segundo ela, a acessibilidade se refere às formas como o usuário consegue chegar à unidade de saúde, e o acesso se refere ao uso, no momento necessário, dos serviços oferecidos, atendendo às demandas do usuário. Já segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), entende-se o acesso como o “uso

oportuno' do serviço para o alcance do melhor resultado e o acolhimento como o ato ou o efeito de 'acolher'", facilitando o acesso em seus vários enfoques, seja na unidade de saúde, ou a todos os serviços que ela pode disponibilizar (BRASIL, 2013) (BRASIL, 2010b).

Segundo a PNAB de 2017:

Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado etc.), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail etc.), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local (BRASIL, 2017b).

Diversos autores referem que o acesso do usuário à unidade de saúde é acompanhado por dificuldades que abrangem problemas do percurso da residência até a unidade de saúde, o êxito em conseguir a consulta e a garantia do retorno mediante o agendamento (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; LIMA et al., 2007). Assim, relatam que usuários passam noites em filas de espera, aguardando a possibilidade de ser atendidos no dia seguinte. Tal processo não deveria existir mais, a partir de um acolhimento e acesso facilitado pelas UBS, conforme PNAB atual (BRASIL, 2017b).

1.2.2. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde

Etimologicamente, acolher vem do latim *accolligere*, "recolher, receber, retirar". Refere-se à ação ou efeito de acolher; acolhida (MICHAELIS, 2021). Oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; abrigar(-se), amparar(-se). Modo de receber ou maneira de ser recebido.

Psicologicamente, o termo acolhimento está relacionado ao ato ou efeito de acolher; aproximar, "estar com" ou "perto de"; oferecer atenção e respeito. Acolher significa receber as pessoas que buscam o serviço com disponibilidade para ouvir, de forma a proporcionar condições para que seu sofrimento possa ser expresso (BRASIL, 2013). Assim, ambas as ações necessitam de uma atitude que favoreça a inclusão.

Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Acolhimento é uma prática de cuidado e se revela nas práticas concretas (BRASIL, 2013). O acolhimento em uma unidade de saúde pode ser entendido tanto como elemento inicial do processo de trabalho, assumindo conexões que acionam as tecnologias leves, como também pode assumir um lugar de aplicação de diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS no Brasil, em particular a integralidade, a universalidade e a equidade (SILVA; ROMANO, 2015).

Pesquisas mostram que o acolhimento permitiu a abertura de espaços de conversação entre profissionais e usuários, incentivo ao autocuidado, promovendo maior visibilidade ao trabalho de todos profissionais, facilidade de acesso, atenção mais humana e de qualidade, inserção de práticas inovadoras como o acolhimento coletivo e promoção de atendimento a segmentos marginalizados da sociedade (NÓBREGA et al., 2016; ROCHA; SPAGNUOLO, 2015). Desse modo, percebe-se que mudanças na organização do processo são necessárias a fim de qualificar o vínculo usuário-profissional e ampliar o reconhecimento das necessidades de saúde (FALK et al., 2010), assim como o processo de qualidade da assistência, favorecendo melhor percepção do usuário.

No entanto, o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde e muitas dificuldades são apresentadas tanto por profissionais quanto por usuários (COUTINHO et al., 2015). Estudos apontam que dificuldades com o acolhimento e acesso ainda são abordados de forma precária (COUTINHO et al., 2015; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010). Há relatos de que a introdução do acolhimento como ferramenta auxiliar no processo de trabalho acarreta prejuízo na resolubilidade dos serviços e sofrimento ao trabalhador, que o reconhece como sobrecarga de trabalho (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009) e o relacionam a um processo de triagem humanizada (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Além disso, apenas recentemente a gestão interprofissional do cuidado passou a ser discutida na literatura brasileira, colocando a colaboração interprofissional como um meio para o enfrentamento das dificuldades do modelo

de atenção e da organização de serviço (BRASIL, 2020; MATUDA et al., 2015; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

De acordo com as diretrizes do HumanizaSUS, a organização do acolhimento em saúde não deve ser direcionada apenas à demanda espontânea, mas a um conjunto de ações, condutas ou atitudes, que tem como objetivo dar respostas a cada necessidade da população adscrita. Deve, então, partir do reconhecimento dos problemas e consequente planejamento em saúde, romper com a ideia do problema centrado na doença e nos procedimentos e focar no indivíduo e em suas necessidades, usando o método clínico centrado na pessoa. Assim, as informações obtidas a partir do diagnóstico das principais demandas e necessidades dos usuários permitirão promover reflexão, subsidiando a análise e as mudanças da prática e dos resultados do trabalho e, conseqüentemente, o planejamento em saúde (BRASIL, 2010).

O entendimento principal do acolhimento é que nenhum usuário, ao entrar em uma unidade de saúde, saia sem resposta para suas necessidades. Dessa forma, a organização da recepção às demandas espontâneas e programadas, ambas partes do processo de acolhimento em saúde, deve se respaldar nas necessidades percebidas e se dar como um processo permanente que permite alterações quando novas demandas se manifestem (MATTOS, 2004). Informações de cunho epidemiológico podem ser importantes para apontar uma necessidade e dessa forma organizar o serviço. No entanto, é necessário se ter o entendimento de que não é a única forma de caracterizar essas necessidades (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

1.2.3. Tipos de Acolhimento

Acolhimento, na ESF, é sinal de humanização, estabelecendo vínculo entre os profissionais de saúde, usuários e família (BRASIL, 2010). O acolhimento, em unidades de saúde, geralmente é realizado na UBS de duas formas: Acolhimento à demanda programada e acolhimento à demanda espontânea.

Dentre essas formas de acolhimento, o Ministério da Saúde prioriza o acolhimento à demanda espontânea, porque as necessidades de saúde são definidas principalmente pelo usuário, quando a apresenta como uma demanda à sua saúde, e não apenas como uma forma cientificamente definida. Esse tipo de demanda geralmente envolve casos agudos ou necessidades imediatas, as quais devem ser priorizadas pela unidade de saúde. São, na maioria das vezes, momentos de sofrimento dos usuários, nos quais se sentem em situação de desamparo, de ameaça, fragilizados e desprotegidos, e tais momentos são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos (BRASIL, 2013; GOMIDE et al., 2018).

Já usuários portadores de acometimentos crônicos podem ser agendados para acompanhamento contínuo, como forma de intervenção programada. A demanda programada é aquela agendada previamente, normalmente gerada de uma consulta prévia, sendo uma ferramenta de continuidade do cuidado, importante para APS, como uma forma de ação preventiva de agravos e promotora de saúde (FRIEDRICH; PERONTONI, 2006). Dessa forma, ela, a demanda programada, também será identificada pelo acolhimento, e dada resposta a ela. No entanto, o agendamento poderá ser para data posterior, deixando parte da agenda do dia liberada para acolher a demanda espontânea.

Diante do exposto, percebe-se que o acolhimento favorece a humanização das ações em uma unidade de saúde, e facilita o desenvolvimento de vínculos entre seus profissionais e os usuários adscritos, minimizando ruídos de comunicação e favorecendo a busca pela excelência no atendimento. Ao mesmo tempo, é possível também encontrar profissionais mais realizados, tendo em vista a redução do estresse no trabalho e percepção da satisfação do usuário. No entanto, para que tal ferramenta seja utilizada com sucesso, é fundamental que os atores envolvidos no processo de saúde saibam o que é acolhimento e se sintam acolhidos pelo serviço. Saber o que é acolhimento, assim como os benefícios que ele promove em um serviço de saúde, pode ser considerado o passo inicial para motivação e sensibilização dos profissionais a acolher, e ao usuário se sentir acolhido, conforme é preconizado pelo Projeto HumanizaSUS. Dessa forma, verifica-se a necessidade de produzir educação em saúde, através de uma Educação Permanente, direcionada tanto aos profissionais, quanto aos usuários do sistema de saúde, quiçá envolvendo inclusive os gestores responsáveis pelo processo.

1.3. Acolhimento e os princípios da APS na atualidade.

A legislação que rege a APS, assim como as formas de financiamento vão se transformando com o passar do tempo e os interesses políticos do momento.

Segundo GIOVANELLA e colaboradores (2020), a direção dada à saúde pelas políticas públicas, principalmente após 2017, mostra mudanças e ameaça o modelo assistencial da ESF e os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS. Isso pode ser visto principalmente a partir da PNAB de 2017 (BRASIL, 2017d) que permite o estabelecimento de equipes diferentes, com a presença do médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, facultada também a ausência da equipe de saúde bucal, do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e do Agente Comunitário de Endemias (ACE) (DE SETA, OCKÉ-REIS, RAMOS, 2020; GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020).

Essa diminuição de ACS levará à diminuição no valor destinado ao financiamento, tendo em vista que o Programa Previne Brasil destina a verba ao município de acordo com o número de cadastramentos corretos e efetivos realizados, tendo em vista a responsabilidade de esse cadastramento ser do ACS (DE SETA, OCKÉ-REIS, RAMOS, 2020).

O repasse de incentivo financeiro, que antes era feito com base no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) está sendo substituído por incentivos ligados ao desempenho da equipe frente a sete indicadores ligados aos cuidados com a gestante, à mulher, saúde da criança e doenças crônicas, que a partir de 2022 serão acrescentados outros 14. Todos dependentes de um cadastramento dos usuários (DE SETA, OCKÉ-REIS, RAMOS, 2020).

A multiprofissionalidade/interprofissionalidade até então existente é enfraquecida ao retirar a obrigatoriedade da presença do NASF, instituído pela PNAB de 2011, deixando ao gestor municipal a tarefa de escolher quais profissionais ele quer incorporar às equipes de APS. Assim, o matriciamento, os conhecimentos compartilhados e a produção de projetos terapêuticos singulares se tornarão prejudicados, tendo em vista a redução dos profissionais atuantes nas equipes (GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020).

Caberá então, ao município, e principalmente aos profissionais ligados ao SUS, batalhar para que a APS permaneça como um programa responsável por promoção de saúde e prevenção de doenças, que prese pelo acesso e acolhimento bem efetuados com escuta qualificada, respondendo bem às demandas dos seus usuários.

CAPÍTULO 2 - O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Meire de Deus Vieira Santos¹, Luciana Saraiva da Silva², Wallisen Tadashi Hattori³

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, 38405-320, Uberlândia, Brasil. meirevsantos@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-6742-1315>

² Curso de Nutrição, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, 38405-320, Uberlândia, Brasil. lucianassnut@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-9059-4399>

³ Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia. wallhattori@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-6904-0292>

RESUMO

Introdução: Um acolhimento com escuta qualificada e estabelecimento de vínculos é necessário para garantir acesso e resolução de demandas em saúde pública. Avaliar um serviço é importante para planejar e promover mudança. **Objetivo:** Avaliar a percepção dos usuários e profissionais sobre acolhimento em um serviço de atenção primária à saúde. **Métodos:** Foram entrevistados 184 usuários e 27 profissionais de uma equipe de ESF, realizando estudo transversal, com coleta de dados primários e abordagem quali-quantitativa, os quais foram tabulados e discutidos. **Resultados:** Dos usuários, 79% eram do sexo feminino. 79,3% dos entrevistados se declararam alfabetizados, 38% eram aposentados ou pensionistas e com baixa renda (até três salários mínimos). 73% têm percepção positiva de sua saúde e se percebem mais satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde, assim como os 70% dos entrevistados que não possuem convênios de saúde assim o percebem. Ambos os sexos se mostraram satisfeitos com a forma como o acolhimento é realizado na unidade. 93% dos profissionais se autoavaliaram com boa saúde, mas apenas 22% avaliaram o serviço como bom ou ótimo. O conceito sobre ‘acolhimento’ não é totalmente apreendido pela equipe. Usuários avaliam os serviços da equipe melhor que os profissionais de saúde. **Conclusões:** A educação permanente deve ser reativada a fim de que o conceito de acolhimento seja compreendido e o serviço atenda melhor a demanda do usuário, de forma humanizada. No entanto, uma proposta de humanização da assistência visando um melhor relacionamento entre equipe e usuário precisa estar vinculado a mudanças na gestão e organização dos serviços de saúde, assim como na estrutura física, articulando avanços tecnológicos, tecnologias leves e acolhimento, melhores condições de trabalho e de

processos de comunicação. Reativar a educação permanente, promover a educação popular em saúde e valorizar o profissional e o usuário do sistema de saúde são pilares que possibilitarão a escuta qualificada e satisfação plena dos atores envolvidos.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Avaliação sobre serviços de saúde; Usuário; Profissionais.

ABSTRACT

Introduction: A user embracement made with qualified listening and establishment of bonds is necessary to ensure access and resolution of demands in public health. Evaluating a service is important to plan and promote change. **Objective:** To evaluate the perception of users and professionals about the embracement in a primary health care service. **Methods:** 184 users and 27 professionals from an ESF team were interviewed, performing a cross-sectional study, with primary data collection and quali-quantitative approach, which were tabulated and discussed. **Results:** Of the users, 79% were female. 79.3% of respondents declared themselves literate, 38% were retired or pensioners and with low income (up to three minimum wages). 73% have a positive perception of their health and feel more satisfied with access to health services, as well as 70% of respondents who do not have health insurance. Both sexes were satisfied with the way the reception is carried out in the unit. 93% of professionals rated themselves in good health, but only 22% rated the service as good or excellent. The concept of 'User Embracement' is not fully understood by the team. Users rate staff services better than health professionals. **Conclusions:** Continuing education must be reactivated so that the concept of welcoming is understood and the service better meets the user's demand, in a humanized way. However, a proposal for the humanization of care aimed at a better relationship between the team and the user needs to be linked to changes in the management and organization of health services, as well as in the physical structure, articulating technological advances, light technologies and reception, better working conditions and communication processes. Reactivating permanent education, promoting popular education in health and valuing professionals and users of the health system are pillars that will enable qualified listening and full satisfaction of the actors involved.

Keywords: User Embracement; Primary Health Care; Health Services Research; Consumer Behavior; Professionals.

1. INTRODUÇÃO

A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, reconhece o direito à saúde, assegurado pelo Estado, e seus princípios organizativos são assim descritos: universalidade que se refere a acesso a serviços de saúde nos mais diversos níveis de assistência, desde a primária, até a alta complexidade; a equidade, oferecendo mais a quem mais precisa; a integralidade da assistência, articulando continuamente a promoção da saúde com cuidados de prevenção e tratamento de doenças, e a participação comunitária, inserindo a população brasileira nas formulações de políticas de defesa desse direito à saúde (BRASIL, 2011).

No Brasil, o cenário escolhido para assegurar o acesso ao usuário do SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), como plano prioritário de “expansão, consolidação e qualificação” da Atenção Primária à Saúde (APS), organizada de forma a oferecer serviços de qualidade satisfazendo as demandas de saúde do usuário, com prioridade ao atendimento aos princípios organizativos do SUS (BRASIL, 2018).

Dentre as práticas presentes em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde que contempla a presença desses princípios organizativos está o ‘acolhimento’, o qual tem sido mencionado como um componente essencial para a qualificação e humanização da saúde, proporcionando maior diálogo entre a equipe e os usuários, conseqüentemente um melhor acesso ao serviço e maior resolubilidade dos problemas (BRASIL, 2013). Nesse contexto, o acesso e o acolhimento constituem princípios fundamentais da APS brasileira reconhecidos como instrumentos de mudança no processo de trabalho em saúde.

Acolher é recepcionar; ouvir com atenção, tentar resolver os problemas que o usuário traz (BRASIL, 2010). Neste sentido, para o atendimento resolutivo de cada demanda e necessidade de saúde dos usuários iniciando com acolhimento satisfatório, se faz necessário que todos os membros da equipe, enquanto articuladores dos cenários da APS, estejam abertos e capacitados para acolher as especificidades deste grupo. Para isso, precisam nortear suas ações no sentido de um acolhimento humanizado, esclarecendo dúvidas porventura existentes e, principalmente, formando vínculos entre eles e o serviço de saúde, conferindo-lhes visibilidade como potenciais indivíduos de cuidado (SEHNEM et al., 2017).

Acolher é escutar de forma qualificada, é dar atenção às necessidades do usuário, tendo como prioridade criar vínculo, coordenar o cuidado, fazer atenção à saúde de forma integral, com corresponsabilização e humanização, sem perder de vista a equidade e a participação social. Acolher nos serviços de saúde é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ele, e encontrar soluções. Em estudo de Freire e

colaboradores (2008), os profissionais da enfermagem (auxiliares e enfermeiros) foram apontados como os profissionais mais bem preparados para realizar o acolhimento. No entanto, a realização do acolhimento não deve estar restrita somente a um profissional, e sim por cada membro da equipe, quando executa a sua função. Toda a equipe deve estar envolvida no processo de acolher, pois todo profissional deve estabelecer uma relação com o usuário (BRASIL, 2013; SOUZA DE LIRA et al., 2018).

O acolhimento é uma ferramenta direcionada pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), que tem como meta qualificar a atenção e a gestão da saúde na rede SUS. Foi inserida na atenção primária à saúde, e é compreendida como uma tecnologia leve, a qual o profissional de saúde utiliza durante o atendimento, e que igualmente está associada à satisfação do usuário (GOMIDE et al., 2018).

Mesmo sendo compreendido como técnica de escuta qualificada, oferecendo respostas, alguns estudos demonstraram que, efetivamente, o acolhimento se limita a serviços pontuais ou ações de atendimento às urgências. Verifica-se, assim, limite do acesso e atenção centralizada na queixa-conduta (COUTINHO et al., 2015).

O acolhimento é apontado como um momento de escuta às demandas do usuário, e de orientação, mas o criticam por constituir-se em uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta com o médico (CAMPOS et al., 2014), e inicialmente pensado para humanizar o primeiro contato com os usuários e qualificar a avaliação de risco, transformou-se em mais uma barreira para os usuários, como demonstrado neste estudo.

No entanto, diversos estudos apontam o acolhimento como uma forma de humanização que fornece a possibilidade de minimizar a demanda reprimida, proporcionando maior acesso aos serviços e atribuindo a toda a equipe a responsabilidade pelo cuidado e pela satisfação do usuário. Além do que, permite despertar mudanças nas práticas de saúde (COUTINHO et al., 2015; SANTANA et al., 2012; SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

Dada a importância dessa ferramenta, acolhimento, como promotora do acesso do usuário à unidade de saúde, e como parte do processo de avaliação da qualidade do serviço prestado, e também como parte de uma lógica organizacional que também melhora o fluxo das demandas, principalmente no contexto atual, no qual a APS, mesmo desfinanciada, terá que se organizar, fazendo rearranjos humanos possíveis, tais como retornar ao uso da tecnologia leve, que com vontade política, pode voltar a ser implantada nela, é que se justifica a investigação desse tema. Importante observar que, ainda hoje, o acolhimento é considerado um problema em grande parte das UBS existentes no Brasil, sendo causa estressora tanto para usuários quanto para trabalhadores em saúde (COUTINHO et al., 2015).

O estudo do tema foi com o intuito de analisar o perfil e a percepção do usuário e do profissional de saúde sobre o conceito e satisfação para com o acolhimento em uma Unidade Atenção Primária à Saúde de Patos de Minas e, a partir dos resultados encontrados, propor mudanças na prática que beneficiem o usuário e promovam melhorias no processo de trabalho da equipe.

2. MÉTODOS

2.1. Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE 23564919.6.0000.5152). A resolução base para pesquisa envolvendo humanos são as Resoluções Nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 e Nº. 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram devidamente assinados.

2.2. Participantes

Os participantes envolvidos na pesquisa foram usuários e profissionais da Unidade de APS localizada na UBS Nova Floresta, Equipe 14, do município de Patos de Minas, MG.

Em relação aos usuários, foram incluídos apenas aqueles maiores de 18 anos e domiciliados no território abrangido pela Equipe 14, e que passaram por consulta médica no último ano. O Sistema de Informação do município contava, no início da pesquisa, com 4.384 usuários adscritos. Foi realizada uma amostragem representativa desses usuários, pela técnica de amostragem não probabilística por conveniência, entrevistando os que compareceram à UBS para agendamento ou atendimento.

Foi realizado o cálculo de tamanho mínimo de amostras usando análise de poder (COHEN, 1988), através do programa G*Power (FAUL et al., 2007). Os parâmetros utilizados foram: Distribuição F, para comparação das médias dos grupos; tamanho de efeito médio: $f = 0,25$; poder do teste: 80%; nível de significância: 5%; e 3 grupos independentes. Desta forma, o tamanho amostral mínimo total foi de 159 participantes. Considerando perdas amostrais de até 20%, esperávamos alcançar uma amostra de 189 participantes usuários.

Em relação aos membros da equipe, todos foram convidados. A equipe, em um total de 27 pessoas, é constituída de agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, enfermeira, médico de família e comunidade, técnicas de enfermagem e técnicos administrativos. Os alunos

do internato que cursaram o 6º ano de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (três alunos), os quais frequentaram a unidade diariamente durante o período das entrevistas, também foram considerados membros da equipe.

2.3. Instrumento de Coleta de Dados

Para coleta de dados foi realizado questionário com cada participante da pesquisa, aplicado por alunos do curso de medicina previamente treinados, utilizando roteiro semiestruturado, com questões objetivas e abertas, elaborado com base em outros instrumentos já validados no Brasil (KLOETZEL et al., 1998; LUCENA et al., 2018b; PAZ et al., 2014)(KLOETZEL et al., 1998; LUCENA et al., 2018b; PAZ et al., 2014)(KLOETZEL et al., 1998; LUCENA et al., 2018b; PAZ et al., 2014).

Para os usuários, utilizamos o instrumento “Instrumento de avaliação da percepção de satisfação do acolhimento pelos usuários de uma Unidade Básica de Saúde”(SANTOS; SILVA; HATTORI, 2021a). Este instrumento é composto por três conjuntos de perguntas: (1) questões sociodemográficas; (2) 18 questões sobre a satisfação do usuário em relação aos seus atendimentos na UBS, avaliadas em escala Likert de cinco pontos, representadas por expressões faciais em uma régua, as quais refletiram a satisfação do usuário e estavam identificadas de “1” a “5”, simbolizando respectivamente “Muito ruim”, “Ruim”, “Regular”, “Bom” e “Muito bom”. A cada item o participante deveria identificar qual das imagens expressava melhor sua opinião; e (3) uma pergunta aberta pedindo informações sobre como o serviço pode melhorar para atender a população que o busca.

Para os profissionais, utilizamos o instrumento: “Instrumento de avaliação da percepção de satisfação do acolhimento pelos funcionários de uma Unidade Básica de Saúde” composto por (1) cinco questões que se repetem no roteiro dos usuários e (2) três perguntas abertas, incluindo aquela feita aos usuários (SANTOS; SILVA; HATTORI, 2021b). O roteiro para entrevista feita aos profissionais da Equipe 14, também pelos alunos do curso de medicina, foi elaborado sem a solicitação de dados sociodemográficos, cujo objetivo foi não os identificar, dado o tamanho do grupo. As perguntas abertas solicitavam que o profissional descrevesse o que era para ele o acolhimento, qual a importância desse acolhimento para uma equipe de saúde, e que fizesse sugestões para melhorar o serviço. Todos os funcionários concordaram em participar da pesquisa.

As questões da escala Likert de 1 a 4 são comuns aos dois grupos entrevistados. E através das questões de 2 a 4 fizemos comparações que se encontram na tabela 4.

2.4. Procedimentos

Alunos do 6º período de Medicina de 2020, em número de seis, foram treinados para aplicação dos questionários, discutindo cada questão, uma por uma, e sanando dúvidas porventura encontrada. Posteriormente, cada um deles entrevistou um usuário, tomando o cuidado desse usuário não fazer parte da amostra utilizada para construção do projeto. Assim, as dúvidas restantes que surgiram também foram sanadas.

Os usuários foram convidados a participar na recepção da unidade de saúde. Todos os membros da equipe de saúde foram convidados a participar do estudo, durante reunião semanal da equipe e aceitaram participar do estudo, mesmo sendo informados que poderiam recusar sem que sofressem qualquer retaliação ou penalidade relacionadas à sua negativa.

Os participantes foram entrevistados utilizando-se roteiros pré-estabelecidos, direcionados aos usuários (Anexo A) e profissionais (Anexo B) da Equipe de Saúde da Família. Após as entrevistas, agradecemos a participação dos voluntários e os dados foram tabulados utilizando o Google Forms.

2.5. Metodologia de Análise de Dados

Para distribuição do grau de escolaridade dos usuários, seguimos a categorização do Critério Brasil de Classificação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2021). Para categorização das ocupações, utilizamos a Classificação Brasileira de Ocupações Domiciliar (CBO-Domiciliar), o qual inclui dentro da categoria Trabalhadores dos Serviços e Vendedores, as ocupações de vendedores, trabalhadores de serviços domésticos em geral, cozinheiras, profissionais de enfermagem, ambulantes, produtores em agropecuária (IBGE, 2021).

Para as análises descritivas, foram apresentadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis nominais e médias e desvios padrões para as variáveis escalares.

Para as análises estatísticas, foram realizados os Teste de normalidade Shapiro-Wilk e, a partir dos resultados encontrados, usando o Teste de Kruskal-Wallis (SIEGEL; CASTELLAN JR., 2006) para comparações entre os grupos. As variáveis independentes foram: **sexo** (feminino ou masculino); **convênio de saúde** (ter ou não ter); **local da última consulta** (APS, Atenção secundária, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou outros). A categoria “Atenção secundária” envolveu aqueles que foram atendidos no Centro Estadual de Atenção Especializada e na Clínica de especialidades. A categoria “Outros” envolveu pacientes atendidos na atenção terciária, na rede particular ou convênios); **autopercepção da saúde** (negativa ou positiva). Aqueles que não indicaram foram excluídos desta análise; e **grupo de**

participantes (funcionários ou usuários). As variáveis dependentes foram as respostas dos participantes para avaliação dos diferentes aspectos do acolhimento. Para associação entre grupo de participantes e autopercepção da saúde, utilizamos o teste Qui-quadrado de independência. Para todas as análises, foi adotado o nível de significância de 5%, poder do teste de 95% e hipótese bilateral.

Os dados qualitativos foram transcritos para o Excel, agrupados respostas comuns, categorizados e analisados pelo método de Análise de Conteúdo, que apresenta critérios de categorização, considerando as categorias como uma forma de pensamento que reflete a realidade de forma resumida em determinados momentos (SANTOS, 2012; VERGARA, 2011). Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias foram vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns. No processo de escolha de categorias adotou-se os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Este processo permitiu a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde divide-se os elementos e impõem-se organização). Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, foi realizada a análise categorial, funcionando através de operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Os resultados foram então descritos conforme a distribuição nas categorias e apresentadas as falas dos sujeitos (SANTOS, 2012).

3. RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 184 usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde, e 27 funcionários.

3.1. Usuários

Obtivemos, dentro da nossa gama de entrevistados, atores das diversas idades, desde jovens até muito idosos, de analfabetos até doutores, sendo 146 (79,35%) do sexo feminino. Um total de 79,3% se declarou alfabetizado. A maioria era aposentada ou pensionista, seguidos de prestadores de serviços e donas de casa. A renda familiar predominante foi de até 3 salários-mínimos. A maior parte dos entrevistados se consultou pela última vez na APS (UBS ou UPA) e tem percepção positiva de sua saúde. Na Tabela 1, estão demonstradas as frequências das

características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos usuários, de acordo com sexo e resultados totais.

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica, econômica e de saúde dos usuários de acordo com o sexo dos usuários e resultados totais.

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária						
De 18 a 25 anos	16	10,95	1	2,63	17	9,23
de 26 a 35 anos	15	10,27	1	2,63	16	8,70
de 36 a 45 anos	19	13,01	6	15,78	25	13,59
de 46 a 55 anos	37	25,35	10	26,32	47	25,54
de 56 a 65 anos	31	21,24	5	13,16	36	19,57
de 65 anos ou mais	28	19,18	15	39,48	43	23,37
Escolaridade						
Analfabeto / Fundamental I incompleto	30	20,44	8	21,05	38	20,65
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	48	32,88	16	42,11	64	34,78
Fundamental II completo / Médio incompleto	8	5,47	1	2,63	9	4,89
Médio completo / Superior incompleto	41	27,99	9	23,69	50	27,18
Superior completo	19	13,02	4	10,52	23	12,50
Ocupação						
Aposentado/Pensionista	48	32,89	23	60,53	71	38,58
Desempregado	9	6,16	3	7,89	12	6,52
Do Lar	29	19,86	0	0,00	29	15,76
Estudante	4	2,74	1	2,63	5	2,72
Prestadores de Serviços/Vendedores	37	25,34	8	21,06	45	24,46
Profissional das Ciências e das Artes	2	1,37	2	5,26	4	2,17
Servidor Público	12	8,22	1	2,63	13	7,07
Trabalhadores de Serviços Administrativos	5	3,42	0	0,00	5	2,72
Estado Civil						
Casado	80	54,80	22	57,90	102	55,44
Divorciado	13	8,90	2	5,26	15	8,15
Solteiro	27	18,50	11	28,95	38	20,65
União Estável	6	4,10	0	0,00	6	3,26
Viúvo	20	13,70	3	7,89	23	12,50
Renda Familiar						
Até 1 salários-mínimos	32	21,92	4	10,52	36	19,57
De 1 a 3 salários-mínimos	86	58,91	24	63,16	110	59,79
De 3 a 6 salários-mínimos	16	10,96	9	23,69	25	13,58
De 6 a 9 salários-mínimos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
De 9 a 12 salários-mínimos	1	0,68	0	0,00	1	0,54
Não indicados	11	7,53	1	2,63	12	6,52
Local de última consulta						
Atenção Primária à Saúde	109	74,66	31	81,59	140	76,09
Atenção secundária	4	2,72	0	0,00	4	2,17
Unidade de Pronto Atendimento	15	10,28	3	7,89	18	9,78
Outros	18	12,34	4	10,52	22	11,96
Autopercepção da saúde						
Negativa	44	30,14	6	15,79	50	27,18
Positiva	102	69,86	32	84,21	134	72,82
Convênio de Saúde						
Não	103	70,55	26	68,43	129	70,11
Sim	21	14,39	7	18,42	28	15,21
Não indicados	22	15,06	5	13,15	27	14,68

A Tabela 2 faz uma comparação das respostas dos usuários segundo as variáveis sexo, convênio, local da última consulta e autopercepção da saúde. De acordo com os resultados

demonstrados, não foram encontradas diferenças entre as respostas emitidas pelos usuários do sexo masculino e os do sexo feminino, referente à satisfação em relação ao acolhimento e/ou atendimento realizados na APS. De uma forma geral, percebemos que os participantes demonstraram satisfação em relação às questões abordadas na entrevista.

Em relação ao convênio, verificamos que as medianas foram altas para as 18 questões. Encontramos diferença para as perguntas 6 e 8, ou seja, os usuários que não tinham convênio perceberam maior facilidade de acesso às consultas, assim como sentiram ter sido ouvidos com atenção, comparados aos que tinham convênio. No entanto, podemos verificar na questão 4, 'satisfação com o tempo gasto em sala de espera', uma mediana menor: 3,5. Embora não tenha sido observada diferença para esta questão, estes valores mais baixos podem ser indicativos de menor satisfação com esse aspecto do serviço.

No tocante aos locais da última consulta, não foram encontradas diferenças entre as respostas emitidas pelos usuários atendidos em diferentes locais em relação à satisfação para com o acolhimento e atendimento. Obtivemos medianas altas para todas as questões.

Para a variável autopercepção da saúde dos usuários, encontramos diferença para as questões 6, 9 e 17. Uma autopercepção positiva leva à maior satisfação para itens tais como facilidade de acesso à consulta, compreensão de seu problema, e conforto do local onde foi acolhido.

TABELA 2 – Comparação das respostas dos usuários sobre o acolhimento segundo as variáveis sexo, convênio, local da última consulta e autopercepção da saúde

QUESTÕES	SEXO			CONVÊNIO						LOCAL DA ÚLTIMA CONSULTA						AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE						
	Mediana		H	GL	P	Mediana		H	GL	P	Mediana			H	GL	P	Mediana		H	GL	P	
	Fem.	Masc.				NÃO	SIM				APS	UPA	Outros				Neg.	Pos.				
1	Satisfação com acolhimento	4,0	4,0	0,56	1	0,456	4,0	4,0	0,38	1	0,536	4,0	4,0	4,5	0,01	2	0,993	4,0	4,0	0,12	1	0,729
2	Satisfação com agendamento da consulta	4,0	4,0	0,04	1	0,851	4,0	4,0	2,89	1	0,089	4,0	4,0	4,5	0,10	2	0,953	4,0	4,0	1,75	1	0,185
3	Ser bem tratado pelos funcionários	5,0	5,0	0,00	1	0,974	5,0	5,0	0,16	1	0,694	5,0	5,0	5,0	0,58	2	0,748	5,0	5,0	2,80	1	0,094
4	Satisfação com o tempo gasto em sala de espera	4,0	4,0	0,01	1	0,928	<u>4,0</u>	<u>3,5</u>	<u>2,11</u>	<u>1</u>	<u>0,146</u>	4,0	4,0	4,5	1,38	2	0,501	4,0	4,0	0,04	1	0,838
5	Satisfação com a atenção dada às queixas	5,0	5,0	0,10	1	0,758	5,0	5,0	0,73	1	0,395	5,0	5,0	5,0	1,11	2	0,575	5,0	5,0	1,27	1	0,260
6	Facilidade de acesso à consulta	5,0	4,0	0,45	1	0,501	5,0	4,0	6,73	1	0,009*	5,0	4,0	4,5	1,70	2	0,427	4,0	5,0	4,16	1	0,041*
7	Satisfação como recebeu ajuda ao seu problema	5,0	4,5	1,12	1	0,290	5,0	5,0	0,27	1	0,604	5,0	4,5	5,0	3,11	2	0,211	5,0	5,0	0,70	1	0,402
8	Sentiu que foi ouvido com atenção, no acolhimento	5,0	5,0	0,12	1	0,735	5,0	4,0	5,81	1	0,016*	5,0	5,0	5,0	0,31	2	0,857	5,0	5,0	3,63	1	0,057
9	Percebeu, no acolhimento seu problema foi compreendido	5,0	5,0	0,14	1	0,712	5,0	4,5	1,45	1	0,228	5,0	4,5	4,5	0,99	2	0,611	4,0	5,0	5,06	1	0,024*
10	No acolhimento a ajuda de que precisava foi entendida	5,0	5,0	0,52	1	0,470	5,0	4,5	1,16	1	0,282	5,0	5,0	4,5	0,73	2	0,696	4,0	5,0	3,66	1	0,056

QUESTÕES	SEXO					CONVÊNIO					LOCAL DA ÚLTIMA CONSULTA						AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE					
	Mediana		H	GL	P	Mediana		H	GL	P	Mediana			H	GL	P	Mediana		H	GL	P	
	Fem.	Masc.				NÃO	SIM				APS	UPA	Outros				Neg.	Pos.				
11	Que nota daria para a ajuda recebida no acolhimento																					
	5,0	5,0	1,48	1	0,223	5,0	5,0	0,22	1	0,640	5,0	4,5	5,0	1,53	2	0,466	4,0	5,0	3,76	1	0,053	
12	Satisfação com a discussão sobre as devidas condutas																					
	5,0	5,0	0,67	1	0,414	5,0	5,0	0,00	1	0,947	5,0	4,0	4,5	2,19	2	0,334	5,0	5,0	1,09	1	0,297	
13	Considerou que a equipe de acolhimento estava ajudando-o																					
	5,0	5,0	0,09	1	0,768	5,0	5,0	0,06	1	0,810	5,0	5,0	5,0	0,45	2	0,798	5,0	5,0	3,15	1	0,076	
14	Como classificaria a acolhida dos profissionais																					
	5,0	5,0	0,08	1	0,774	5,0	5,0	0,01	1	0,935	5,0	5,0	5,0	0,16	2	0,925	5,0	5,0	0,82	1	0,364	
15	Como classificaria a competência da equipe de acolhimento																					
	5,0	5,0	0,05	1	0,824	5,0	5,0	0,03	1	0,860	5,0	5,0	5,0	0,10	2	0,952	4,0	5,0	2,78	1	0,096	
16	Grau de competência da pessoa que o acolheu																					
	5,0	5,0	0,50	1	0,481	5,0	4,5	1,96	1	0,162	5,0	5,0	4,5	1,38	2	0,503	5,0	5,0	0,56	1	0,455	
17	Satisfação com o conforto do serviço onde foi acolhido																					
	4,0	5,0	0,95	1	0,329	4,0	5,0	0,24	1	0,624	5,0	4,0	4,5	1,27	2	0,529	4,0	5,0	4,38	1	0,036*	
18	Como classificaria as condições gerais das instalações USF																					
	4,0	4,5	0,66	1	0,416	5,0	4,0	0,77	1	0,381	4,5	4,5	4,5	0,15	2	0,930	4,0	4,5	3,25	1	0,071	

Nota: (*) = P < 0,05; Fem.: Feminino; Masc.: Masculino; H: teste de Kruskal-Wallis; Gl: Graus de liberdade; P: valor de p; Neg.: Negativo; Pos.: Positivo.

3.2. Profissionais

Em relação à primeira questão, autopercepção da saúde, verificamos que 25 deles a percebem como positiva, o que corresponde a 92,6% dos entrevistados.

Em relação ao acolhimento realizado na UBS onde trabalham, mais da metade das respostas foram positivas, consideradas como ‘bom’ ou ‘muito bom’, assim como também se percebem satisfeitos com a forma como é feito o agendamento das consultas na unidade. No entanto, para com a percepção de como o paciente é tratado por todos os profissionais da equipe, observamos respostas com distribuição semelhante entre as categorias, para as respostas ‘regular’, ‘bom’ e ‘muito bom’. E para com o tempo gasto em sala de espera, observamos frequências de uma forma muito igualitárias entre as categorias de avaliação oferecidas.

TABELA 3 – Distribuição de frequências e porcentagens de respostas dos Profissionais, com relação às questões satisfação com acolhimento, agendamento de consultas, ser bem tratado e tempo de sala de espera, feito na recepção da Unidade de Saúde em que trabalha.

Respostas	ACOLHIMENTO		AGENDAMENTO		BEM TRATADOS		SALA DE ESPERA	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Muito ruim	2	7,40	1	3,70	5	18,52	6	22,22
Ruim	1	3,70	1	3,70	3	11,11	4	14,82
Regular	7	25,93	9	33,34	6	22,22	6	22,22
Bom	10	37,04	11	40,75	7	25,93	6	22,22
Muito bom	7	25,93	5	18,51	6	22,22	5	18,50

Nota: Freq. = Frequência absoluta; % = Percentual de participantes. Fonte: Dados do estudo.

A cada um dos profissionais foi pedido para descrever livremente o que é acolhimento. Conseguimos as mais variadas respostas. Quantificando-as, obtivemos 30,4% de respostas como sendo capacidade de escuta. Como bom relacionamento com o usuário, somamos 39,1% “*Acolher o paciente, ouvir, entender o que ele quer e tentar resolver da melhor forma*” (E14). 13% respostas não estavam de acordo com alguma das categorias presentes no conceito de acolhimento: “*E muito bom*” (E3), ou um modelo assistencialista proeminente ainda, quando responde que o importante no acolhimento “*são os exames de sangue*”; Outros o percebem apenas como “*triagem dos pacientes a fim de facilitar a consulta*”: e apenas 8% das respostas se referiam ao acolhimento como empatia, vínculo ou confiança: “*Acolher o paciente para que ele não possa sentir vergonha e ser bem atendido sem julgamentos*” (E8). A necessidade de preparo técnico científico também foi relatada por 39,1% dos funcionários: “*Acolher o paciente, ouvir, entender o que ele quer e tentar resolver da melhor forma*” (E14).

O aspecto do acolhimento como elo entre a necessidade dos usuários e as várias possibilidades de cuidado é observado em falas dos profissionais (“*Acolher a pessoa,*

recepç n -la e dar um posicionamento para ela. Dar o posicionamento   sua d vida. Dar resolatividade àquilo que demandou.” [E15]). O profissional percebe também que não   necessário saber tudo e que tem uma equipe para dar suporte (“*Escutar, tentar resolver e, se não conseguir, procurar ajuda.*” [E7]). Há a percepção também de que o bom acolhimento propicia melhora do usuário, não apenas no campo físico, e que essa atitude é bem-vinda no seu trabalho (“*Ser ouvido com tempo e atenção pode não aliviar a dor, mas a alma com certeza.*” [E5]). O ‘Preparo técnico-científico’, confere ao acolhimento, uma resolução qualificada das necessidades do usuário. Tais definições são percebidas nas falas dos entrevistados: “*Acolher o paciente, ouvir, entender o que ele quer e tentar resolver da melhor forma.*” (E14) e “*Acolher a pessoa, recepç n -la e dar um posicionamento para ela. Dar o posicionamento   sua d vida. Dar resolatividade àquilo que demandou. Ouvir.*” (E15).

3.3. Profissionais X Usuários

Os resultados demonstrados na Tabela 4, comparam as respostas dadas às perguntas de 2 a 5 pelos profissionais e usuários. Conforme observamos na Tabela 4, foram encontradas diferenç as entre os valores das variáveis: “ser bem tratado pelos profissionais” e “satisfação com tempo gasto na sala de espera”, sendo que os resultados mais elevados foram obtidos pelos usuários, nos dois casos.

TABELA 4 – Comparação das variáveis para satisfação entre funcionários e usuários.

QUESTÕES	MEDIANA				
	usuários	Funcionários	H	GL	P
2 Satisfação com acolhimento	4	4	3,24	1	0,072
3 Satisfação com agendamento da consulta	4	4	2,47	1	0,116
4 Ser bem tratado pelos funcionários	5	3	23,36	1	0,000*
5 Satisfação com o tempo gasto em sala de espera	4	3	5,14	1	0,023*

Nota: H: teste de Kruskal-Wallis; GL: Graus de liberdade; P: valor de p (*) = $p < 0,05$. Fonte: Dados do estudo.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo foi feito com o objetivo de avaliar a satisfação que os atores envolvidos em uma unidade de APS, usuários e profissionais, têm em relação à ferramenta ‘acolhimento’, e, a partir dessa avaliação, posteriormente, propor mudanç as que permitam melhorar a qualidade do serviç o.

Embora não tenhamos encontrado diferenças essa frequência maior de participantes do sexo feminino pode nos dar alguns indicativos. A literatura mostra que a mulher, frequentemente, tem preocupação maior com a saúde, e assim, procura mais atendimento, mesmo o homem sendo portador de condições de saúde mais crônicas e severas (GOMES; DO NASCIMENTO; DE ARAÚJO, 2007; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005). Desde a antiguidade, em um contexto familiar, o cuidar da saúde é entendido como tarefa feminina, além de se preocuparem mais com condições de prevenção, rotina e rastreamento de morbidades mais prevalentes (GOMES; DO NASCIMENTO; DE ARAÚJO, 2007; LUANA; MARTINS; PARENTE, 2017). Não obstante, para eles, os homens, a procura pelo serviço de saúde é entendida como uma demonstração de fragilidade, e sentem-se constrangidos em procurá-lo (ALVES et al., 2020).

No presente estudo, assim como em outros estudos nacionais e internacionais, observamos um baixo grau de escolaridade na maioria dos entrevistados envolvendo pacientes de APS (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; FERREIRA; ANTUNES, 2009). Em Portugal, assim como no Brasil, a saúde é considerada um direito do cidadão e está garantida na constituição. Portugal adota um sistema de saúde descentralizado, considerando a saúde sob uma perspectiva integral, atendida inicialmente por um médico de família ou clínico geral, semelhante ao médico de Família e Comunidade brasileiro (ARAÚJO, 2017). Este estudo português mostra que 62% dos usuários estudaram apenas o ensino fundamental, porém com maior índice de usuários com ensino superior (15%), enquanto nosso estudo apresenta 55% com ensino fundamental incompleto e apenas 12,5% com ensino superior. Observa-se que os mais instruídos estão menos satisfeitos com o sistema, resultados que se opõem ao encontrado pela Pesquisa Mundial de Saúde com foco na APS, publicado no relatório da Comissão Nacional sobre determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no qual os usuários com menor nível de escolaridade também se mostraram mais insatisfeitos (GOUVEIA et al., 2009). Pelo relatório final da CNDSS, observa-se também que o nível de instrução altera a percepção dos problemas ou dificuldades com a saúde, a compreensão das informações, a adoção de mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento. O referido relatório ainda aponta que a clientela usuária do SUS é constituída, predominantemente, pela parcela da população de menor renda e baixa escolaridade. Aponta ainda que possuir maior escolaridade está associada à condição protetora para diversas comorbidades e adversidades associadas (CNDSS, 2008). Nesta perspectiva, analisando com maior rigor a relação que se estabelece entre grau de escolaridade e satisfação do usuário, é válida a compreensão de que os usuários menos instruídos podem emitir juízo de valor mais limitado sobre um determinado serviço de saúde considerando que possuem, além

de menor conhecimento sobre seus direitos e deveres, menores condições de manter boa qualidade de vida e conseqüentemente podem tornar-se menos críticos à oferta de serviços de saúde.

Grande parte da população avaliada tem como ocupação e renda principal a aposentadoria. Este estudo é condizente com o realizado por Melo e colaboradores (2017), no qual a maioria da população era aposentada e recebiam menos que três salários-mínimos. Fato diferente é encontrado por Lucena e colaboradores (2018), estudando APS em Pernambuco, onde a maioria também era mulher, mas como ocupação dona de casa e apenas 5,4% era aposentada. Tal fato pode ser explicado pela maioria da população do nosso estudo ser mais idosa que a do estudo pernambucano, onde a idade média foi de 42 anos. Estudo realizado em grande centro brasileiro identificou relação entre sexo, idade e grau de educação, nos quais ser mulher, idoso e analfabeto, gerava maior satisfação com o atendimento em uma unidade de APS (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013), contrariando o resultado deste estudo, no qual foi encontrada satisfação dos usuários com o atendimento, independente do perfil sociodemográfico dos usuários. Tal resultado é corroborado na literatura (DE LIRA et al., 2018). Por ser uma população de idosos, muitas vezes procuram a UBS não apenas por problemas de saúde, mas por trazer dessa queixa, a necessidade de ser ouvida. Assim, pelas características sociodemográficas da população adscrita, é necessário um planejamento diferenciado, tanto do acolhimento em si, como das atividades realizadas dentro e fora do ambiente de saúde, quando se utiliza os recursos que a comunidade oferece. Deve-se usar das limitações e potencialidades dos profissionais que fazem o acolhimento, as singularidades de cada população adscrita, o espaço físico e ambiência da unidade, entre outros, de modo a atender essa população em suas demandas e necessidades (BRASIL, 2013).

Em nosso estudo, ser usuário de convênio mostrou diferença para as questões relacionadas a ‘facilidade de acesso às consultas’ e ‘atenção na escuta’ quando procuravam a unidade, em relação àqueles sem convênio, sendo que estes se mostravam mais satisfeitos. Trabalhos publicados na Bélgica e Suíça, Segundo Grol e colaboradores, (2000), informam facilidade de se marcar consulta para atendimento. No entanto, nestes países o sistema de saúde permite que o paciente escolha o profissional pelo qual será atendido, característica comum a muitos sistemas de convênio no Brasil. Entretanto, no sistema público de saúde brasileiro a comunidade é adscrita à área e conseqüentemente ao profissional que irá atendê-lo (BRASIL, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Outros estudos, perceberam maior satisfação dos usuários não portadores de convênio, pela facilidade de acesso às consultas, com retornos mais

frequentes, e possibilidade de ser ouvido em suas mais diversas queixas pelo mesmo profissional, tendo em vista o atendimento como generalista (BRASIL, 2013).

Uma autopercepção positiva da saúde em nosso estudo observou uma maior satisfação com itens como acesso à consulta, compreensão dos problemas pela equipe de saúde, e conforto oferecido pelo local onde foi acolhido. 92% dos funcionários se autoavaliaram com saúde positiva, e mais de 90% acham que o acolhimento e agendamento de consultas na UBS onde trabalham é ‘bom’ ou ‘muito bom’, assim como a percepção de como é feito o agendamento das consultas. Entretanto, nem todos percebem que os usuários são bem tratados pelos integrantes da equipe. Observa-se que os pacientes que consideram ter uma saúde positiva, relatam também maior acesso às consultas, assim como para ser ouvido com atenção e ter seus problemas resolvidos. Em estudo realizado por Brandão e colaboradores (2013), a população avaliada teve majoritariamente pior percepção de sua saúde. Entretanto, foram avaliados quando em busca do serviço de saúde, logo, poderiam estar com alguma demanda de saúde, o que justifica sua pior percepção. DANIELSEN e colaboradores (2010) fizeram um estudo associando fatores sociodemográficos e percepção da saúde do usuário e verificou que aqueles que percebem a sua saúde como boa tem uma avaliação mais positiva de todos os parâmetros relacionados ao seu atendimento em uma unidade de saúde, assim como outros estudos concluíram (SAVASSI, 2010; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; LIMA; SANTOS; MARCON, 2016). Verifica-se, então, que a percepção da saúde de cada indivíduo deve ser levada em conta, ao se fazer o acolhimento do usuário, sendo este realizado de forma diferenciada, com uma escuta mais qualificada, àqueles que se autopercebem com pior condição de saúde (SANTOS, 2019).

As variáveis de satisfação com pior avaliação em nosso estudo se referem a ‘acesso às consultas’, ‘ser ouvido com atenção’, ‘ser compreendido em seus problemas’. O ‘tempo de sala de espera’, apesar de não ter dado diferença estatística, é relatado como um alto fator de insatisfação. Diversos estudos corroboram estas informações, relatando dificuldade de resolução de problemas com rapidez (GOMIDE, 2015; LIRA, 2018; SANTOS, 2019) A dificuldade de acesso às consultas na APS faz também com que o usuário busque pronto-atendimento em UPA ou similar (CACCIA-BAVA et al., 2011). Revisão integrativa realizada por Coutinho e colaboradores (2015) concluiu que a satisfação dos usuários se relaciona com capacidade de escuta às suas queixas e consequente resolubilidade de seus problemas e responsabilização e comprometimento dos profissionais. Este mesmo estudo mostra também que a insatisfação pode estar relacionada a longas filas de espera, dificuldade de acesso a profissionais especializados e a exames. Pesquisa realizada na Bahia, identificou meios para

melhorar a acessibilidade e promover um acolhimento de forma mais humanizada: implantar modelos diferentes de marcação de consulta (marcação constante, agendamento de consulta via telefone ou WhatsApp); criar e treinar equipes que façam a acolhida de forma multiprofissional; avaliar prioridade; orientar o fluxo das diversas atividades da UBS; reativar a educação permanente da equipe, com oficinas de conscientização e conhecimento (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010).

No que se referente à acessibilidade, estruturação do acolhimento e disponibilização de serviços, a correspondência entre os resultados encontrados e o relatado na literatura apontam que a dificuldade de se obter assistência à saúde por obstáculos no acesso ou acolhimento pelos membros da equipe constituem-se em um problema de ordem mundial (GOMIDE, 2015). Ao analisar os conceitos que cada profissional dá para o acolhimento, verificamos que cada um se refere a alguns aspectos do acolhimento, conforme falas descritas. No entanto, ninguém destacou todos os aspectos, conforme descrito na PNH, onde o conceito de acolhimento está pautado na recepção do usuário, desde sua entrada no sistema, de forma a responsabilizar-se integralmente por ele, através de escuta qualificada, de forma que o indivíduo possa expressar suas queixas e preocupação (BRASIL, 2010b).

Muito já se evoluiu no processo saúde-adoecimento a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família (SCHENKER; HARTH, 2019). Entretanto, observamos o modelo biomédico ainda muito presente, e atendimentos médico-centrados (DA SILVA, J.F; FONSECA, D.F, SILVA, 2019), quando até mesmo os profissionais respondem a “*importância dos exames de sangue*” como satisfação do usuário para com o acolhimento. Tal resposta corrobora com o fato de que não avançamos muito na transformação que o modelo assistencial tem trazido, ao focar, no centro dos debates acadêmicos e no espaço dos serviços de saúde, a metodologia de trabalho em saúde (COUTINHO et al., 2015). Em nosso estudo o local de atendimento não teve significância, mas priorizam o atendimento imediato, e a necessidade de exames. Tal fato é corroborado por Oliveira e colaboradores (2009) que afirma que os usuários, em sua busca por saúde, vai primeiramente em pronto socorro e hospitais e a imagem que ele faz dos serviços de saúde se relaciona com a acessibilidade, a confiabilidade e a resolubilidade do serviço buscado.

Ainda pode-se perceber falas de profissionais que acreditam que o acolhimento está relacionado à prática da triagem (“*Triagem dos principais problemas do paciente para facilitar a abordagem dele dentro da consulta.*” [E17]), na qual se seleciona, encaminha, direciona ou passa o usuário adiante, ou que também pode ser interpretada como uma forma de agilizar o processo de trabalho e possibilitar o acesso desse mesmo usuário (FREIRE et al., 2008;

JUNGES et al., 2012) . Pinheiro e Oliveira (2011) referem que essa percepção, por parte dos profissionais, empobrece o significado de acolhimento, em sua amplitude, que é ser um ‘instrumento tecno-assistencial de organização do processo de trabalho’. Na triagem há seleção de quem será atendido no serviço, ao passo que no acolhimento todas as pessoas são recebidas/acolhidas, envolvendo uma escuta qualificada, atendimento, e, se necessário, encaminhamento responsável. O acolhimento não constitui uma etapa do atendimento, pois ele está presente em todas as ações desenvolvidas pelo serviço de saúde (BRASIL, 2013).

A falta de informação dos profissionais de saúde acerca da utilização, do que é o acolhimento, como ele pode ser realizado, também aparece nas falas (“*Nenhum, acho muito enrolado, poderia ser o básico.*” [E11]). Se o próprio profissional não sabe o que é acolhimento, como fazer bom uso da ferramenta, em prol do paciente?

Tais resultados reforçam o entendimento de que a assistência desenvolvida pelos profissionais é insuficiente para que o usuário se perceba atendido em suas demandas. E na realidade, o que se necessita é reforçar o conhecimento através de Educação Permanente em saúde, envolvendo a equipe e a gestão neste trabalho, tendo em vista que os componentes curriculares de graduação não abordam tópicos relacionados ao acolhimento de forma humanizada, tal como descrito nas diretrizes da PNH (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE., 2016).

Além disso, observamos que a maioria dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias têm, em sua formação, curso de formação técnica, equivalente ao ensino médio, conforme introduzido pelo Ministério da Saúde (BARROS et al., 2010). Em relação à execução do serviço profissional, a literatura mostra um desconhecimento a respeito de políticas públicas e sobre a legislação focada em populações específicas, especialmente aquelas mais necessitadas (SEHNEM et al., 2017).

Uma vez que os profissionais de saúde não tiveram, em sua formação acadêmica, ferramentas que lhes possibilitassem entender o universo de uma unidade básica de saúde, é previsível que ocorra dificuldade no acolhimento e episódios de constrangimento durante os atendimentos. A capacitação dos profissionais da área de saúde coletiva é importante para que eles se empoderem de conceitos referentes à assistência humanizada, atenção integral e de qualidade e possam, em seu dia a dia, contribuir para a melhoria do processo de trabalho e do atendimento das demandas locais para ofertarem um serviço de melhor qualidade. Assim, verifica-se ser necessário a inclusão de questões direcionadas à construção do conhecimento sobre as diretrizes da PNH, sobre políticas públicas e legislação sobre o funcionamento da APS

e ESF, habilitando os profissionais a trabalhar, com mais tranquilidade e preparo. Neste sentido, estratégias de intervenção, como a educação permanente, devem ser utilizadas para a capacitação de profissionais da saúde, de modo a mitigar as atitudes que tem servido de barreira para a efetivação dos direitos previstos a este grupo (CASATE; CORR, 2012; DANTAS, ISABELLA; SILVEIRA, 2011).

O roteiro para entrevista dos profissionais da equipe foi elaborado sem a solicitação de dados sociodemográficos, cujo objetivo foi não os identificar, mantendo o anonimato dos participantes do estudo, dado n pequeno do grupo. No entanto, tal fato leva a prejuízo nas análises, tendo em vista que não será possível fazer maiores comparações. Além disso, as formas de atendimento, de acolhimento, o momento em que o usuário passa por cada profissional é diferente de um para com o outro, a depender da função exercida. E, assim, a percepção do serviço também será diferente. No geral, quem está nas primeiras etapas de acolhimento percebem um tempo de espera ruim? E quem está no final do atendimento? Em uma mesma equipe de ESF são várias as funções, com poucos membros em cada. Talvez um estudo, para encontrar respostas mais equivalentes, deva ser feito por categoria profissional, tendo em vista que na recepção serão percebidas maior quantidade de reclamação. Em estudo posterior poderia se pensar em analisar respostas de funcionários que executem a mesma função, mas em várias unidades de saúde. Uma amostra maior de entrevistados pode favorecer diluição de erros com maior possibilidade de comparações corretas.

5. CONCLUSÕES

A escuta dos usuários e profissionais de saúde se apresentou como uma oportunidade ímpar para compreensão e avaliação dos processos assistenciais e gerenciais existentes em nossa unidade de saúde.

O presente estudo nos mostra uma população satisfeita, no geral, com o acolhimento realizado. No entanto, alguns o percebem como um dificultador de acesso à consulta médica, outros o percebem como algo desnecessário, ou que leva a demora no atendimento. Observamos que fatores tais como renda, nível de instrução, idade, alteram a percepção que o usuário tem a respeito do acolhimento e do funcionamento em geral de uma unidade de saúde, sendo mais satisfatório para aqueles que buscam na UBS algo mais que a consulta médica, talvez alguém com quem conversar. Importante pensar na Educação Popular em Saúde, a fim de instrumentalizar o usuário, para que tenha conhecimento de como é o funcionamento de uma UBS, saiba onde e quando buscar ajuda, e as prioridades que devemos ter em mente.

Percebe-se também uma visão mais crítica dos profissionais para com o acolhimento na UBS em relação ao tratamento dispensado pelos profissionais aos usuários da UBS, de forma que percebem que nem todos os tratam bem como deveria, e também a satisfação em relação ao tempo gasto na sala de espera, que consideram ser maior do que o necessário para um bom atendimento. Todavia, ao serem questionados sobre o que é acolhimento, não conseguiram responder completamente, ou responderam de forma contraditória. Ao não saber o conceito da ferramenta, pode-se inferir que também podem não estar fazendo a ação da melhor forma. Assim, verifica-se a necessidade de se investir na Educação Permanente em Saúde, como forma de melhorar o acolhimento, possibilitando também melhorar a satisfação entre os usuários.

O acolhimento é uma ferramenta indispensável no processo de trabalho dos serviços de saúde, capaz de impulsionar mudanças importantes no dia-a-dia, facilitando o acesso às ações de saúde, principalmente, pela escuta qualificada, assim como por construir vínculos cooperativos. É também uma ferramenta que possibilita otimizar os recursos financeiros que a cada ano diminuem na atenção primária. Para que seja efetivo, são necessárias mudanças, tanto na formação dos profissionais, como na assimilação e compreensão de para quem estamos trabalhando e de como esse trabalho deve ser feito. Apesar de isso ser importante, uma intervenção restrita à educação não se mostra suficiente. Uma proposta de humanização da assistência visando um melhor relacionamento entre equipe e usuário precisa estar vinculado a mudanças na gestão e organização dos serviços de saúde, assim como na estrutura física, articulando avanços tecnológicos, tecnologias leves e acolhimento, melhores condições de trabalho e processos de comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de trabalhar os princípios apresentados pela Saúde da Família, a equipe de saúde é chamada a repensar o desafio de transformar suas condutas, concepções e reestruturar o serviço de acordo com as necessidades do cenário ao qual a equipe está inserida. Um trabalho voltado à satisfação do usuário deve vencer muitos obstáculos, entre os quais a rotina à qual estamos habituados.

Observa-se que a unidade de saúde perde a função de ser apenas lugar para a resolução de assuntos relacionados ao processo saúde-doença, e se torna um local de convívio, de familiaridade. Essa transformação, tornando a UBS em um local agradável, só é possível a partir do momento em que se desenvolva vínculo entre os profissionais e os usuários, sem o que, certamente, a UBS não adquiriria essa característica.

O usuário é um ser em sofrimento que nos busca com a intensão de alívio e satisfação das suas necessidades. Cabe a nós, profissionais de saúde, verificar onde estão nossas falhas, ver que um tratamento humanizado fará bem àqueles que nos cercam ou de nós necessitam.

A superação dessas dificuldades encontradas exige melhorar capacidade técnica e de gerenciamento, fortalecer a atenção primária e rever de métodos e técnicas de trabalho. Reativar a educação permanente, promover a educação popular em saúde e valorizar o profissional e o usuário do sistema de saúde são pilares que possibilitarão a escuta qualificada e satisfação plena dos atores envolvidos.

REFERÊNCIAS

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil / 2021**. São Paulo. Disponível em: <<https://www.abep.org/criterio-brasil>>.

ALVES, A. N. et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 14, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100459&tlng=pt>. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>

ARAÚJO, G. B. F. et al. Comparison Between the Brazilian Health System and the Portuguese Health System: General Analysis. **Sanare, Sobral**, v. 16, n. 02, p. 14–21, 2017. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300016>

BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & contexto enferm**, v. 19, n. 1, p. 78–84, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100009>. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100009>

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: Adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos Brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103–114, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. **Brasília. Ministério da Saúde**, p. 36p, 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

BRASIL. Comissão Nacional Sobre os Determinantes da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. [S.l.]: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/bwb4z>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 20. Disponível em: <<https://digitalis.uc.pt/handle/10316.2/2758>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção em saúde**. 2. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. **HUMANIZA SUS: Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. 4. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2009. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em Linhas de Cuidado**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_capacitacao_agentes_comunitarios_cuidado.pdf>.

BRASIL. A importância da interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde do SUS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/a-importancia-da-interprofissionalidade-na-atencao-primaria-a-saude-do-sus/>.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. p. 1–16. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

_____. Portaria nº 131, de 28 de junho de 2017. Dispõe sobre o mestrado e o doutorado profissionais. p. 17. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19150989/doi-2017-06-30-portaria-n-131-de-28-de-junho-de-2017-19150907

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). p. 1–34, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

_____. Portaria nº 389, de 23 de março de 2017. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação strictosensu, p. 61. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0389_03_03_2008_rep.html

CACCIA-BAVA, M. C. G. et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina**, v. 44, n. 4, p. 347–354, 2011. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v44i4p347-354>

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 252–264, 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>

CASATE, J. C.; CORR, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 219–226, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100029>

CERDEIRA, L. C. R. Satisfação dos usuários em equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família no município de Piraí. **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, p. 96, 2015.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Rev. baiana saúde pública**, v. 33, n. 3, 2009. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2009.v33.n3.a225>

COHEN, J. *Análise Estatística de Poder para as Ciências do Comportamento*. 2^a ed. **Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates**, 1988.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902749&lng=pt&tlng=pt>. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>

COUTINHO, L. R. P. et al. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 514–524, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=pt&tlng=pt>. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>

DANIELSEN, K. et al. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: Results from three casualty clinics in Norway. **BMC Family Practice**, v. 11, 2010. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-73>

DANTAS, I.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. Supl. 1, p. 1535–1546, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700089>

DE LIRA, L. B. S. et al. Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 9, p. 2334, 2018. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=131728256&site=ehost-live>>. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234878p2334-2340-2018>

DE SETA, M.H; OCKÉ-REIS, C.O.; RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil : o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde ? Previne Brasil Program : the apex of threats to Primary Health Care ? **Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**, p. 3781–3786, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115–8, Nov 1990. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>>.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 1, p. 7–22, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000100002>

FALK, M. L. R.; FALK, J. W.; OLIVEIRA, F. A.; MOTTA, M. S. Acolhimento Como Dispositivo De Humanização : Percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 13, n. 1, p. 4–9, 2010.

FAUL, F. et al. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, v. 39, n. 2, p. 175–191, Mei 2007. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/index/10.3758/BF03193146>>. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

FERREIRA, P. L.; ANTUNES, P. Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF -

Sondagem às primeiras 146 USF. **Universidade de Coimbra**, p. 38, 2009.

FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 271–277, 2008.

FREIRE, M. **Educador**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 83–97, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312006000100006>

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.; ALMEIDA, P.F.; Política Nacional de Atenção Básica : para onde vamos ? National Primary Health Care Policy : where are we headed to ? **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.**, v. 25 (4), p. 1475–1482, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

GOMES, R.; DO NASCIMENTO, E. F.; DE ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 65, p. 387–398, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>

GOMIDE, M. F. S. A satisfação do usuário com a atenção básica à saúde: um olhar sobre o acesso e o acolhimento na perspectiva de quem é cuidado. **Universidade de São Paulo**, p. 169, 2015.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 82–90, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>

GROL, R. et al. Patients in Europe evaluate general practice care: An international comparison. **British Journal of General Practice**, v. 50, n. 460, p. 882–887, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2021. Disponível em: <<https://concla.ibge.gov.br>>.

JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização TT - What do professionals have to say about the demand and humanization of health services. **Saúde Soc**, v. 21, n. 3, p. 686–697, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300014>. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 263–268, Jul 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000300020&lng=pt&tlng=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300020>

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35–46, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>

LIMA, J. C.; SANTOS, A. L.; MARCON, S. S. Percepção de Usuários Com Hipertensão Acerca Da Assistência Recebida Na Atenção Primária. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, v. 8, n. 1, p. 3945–3956, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4043/pdf_1816>.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 12–17, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000100003>

LIRA, L. B. S. et al. ACESSO , ACOLHIMENTO E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: satisfação do usuário. **Revista de Enfermagem UPE On Line**, v. 12, n. 9, p. 2334–2340, 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234878p2334-2340-2018>

LUANA, I.; MARTINS, C.; PARENTE, A. S. Satisfação dos usuários com os serviços do Sistema Único de Saúde - SUS em um município do sertão de Pernambuco. **Id online Rev.Mult.Psicol.**, v. 11, 2017. Disponível em: <idonline.emnuvens.com.br>.

LUCENA, L. N. et al. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia da saúde da família no recife. **Rev. Ciênc. Plural**, v. 4, n. 2, p. 21–37, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16837/11264>>.

MARTINS, L. F. V. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 19, n. 2, p. 151–158, 2014. <https://doi.org/10.5335/rfo.v19i2.3566>

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt&tlng=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: Implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511–2521, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>

MELO, S. et al. Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. **revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–11, 2017. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006854>

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27–34, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos. Disponível em:<<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um

resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071–2085, Aug 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=pt&tlng=pt>. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1419–1440, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>

NÓBREGA, J. S. M. et al. Avaliação da satisfação dos usuários em relação às ações do núcleo de apoio à saúde da família num município brasileiro de médio porte. **Rev. Ciênc. Plur**, v. 2, n. 1, p. 69–88, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10041/7131>>.

OLIVEIRA, J. F. de et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2593–2599, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20252017>

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1929–1938, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500035>

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. Primary health care essential attributes and the family health strategy. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66 Spec, p. 158–164, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Declaração de Alma Ata. v. v. 32, n. n.11, p. 428–430, 1978. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

PAES, N. A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam Salud Publica**, v. 36, n. 2, p. 87–93, 2014.

PATOS DE MINAS, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Patos de Minas**. 1 ed. 2017.

PAZ, E. P. A. et al. Cross-cultural adaptation of the primary health care satisfaction questionnaire. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 419–426, Okt 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500006&lng=en&tlng=en>. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400070>

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **REME rev. min. enferm**, v. 18, n. 4, p. 815–822, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/965/v18n4a04.pdf>>.

PINHEIRO, P. M.; DE OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 36, p. 187–198, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000036>

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

REICHERT, A. P. L., A. B. A. *et al.* Family and community orientation in children's primary healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016, v. 21, n. 1, p. 119–127. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 124–135, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100124&lng=pt&tlng=pt. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040394>

SANTANA, J. C. B. *et al.* Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de Minas Gerais. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 2, n. 2, p. 166–176, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/199/300>.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **Aps Em Revista**, v. 1, n. 2, p. 170–179, 2019.

SANTOS, F. M. Análise de Conteúdo: A visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, p. 383–387, 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156>.

SANTOS, M. D. V.; SILVA, L. S.; HATTORI, W. T. **Instrumento de avaliação da percepção de satisfação do acolhimento pelos funcionários de uma Unidade Básica de Saúde**. [S.l.]: Zenodo. Disponível em: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4743985>. 2021a

SANTOS, M. D. V.; SILVA, L. S.; HATTORI, W. T. **Instrumento de avaliação da percepção de satisfação do acolhimento pelos usuários de uma Unidade Básica de Saúde**. [S.l.]: Zenodo. Disponível em: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4744014> 2021b.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, p. 3–5, 2010. [https://doi.org/10.5712/rbmfc5\(17\)135](https://doi.org/10.5712/rbmfc5(17)135)

SCHENKER, M.; HARTH, D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24(4), p. 1369–1380, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface comun. saúde educ**, v. 13, n. 31, p. 303–314, 2009. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400006>

SEHNEM, G. D. *et al.* (Des)preparo técnico-científico para o cuidado às travestis: percepções de enfermeiras(os). **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 2, p. 236, 2017. <https://doi.org/10.5902/2179769223649>

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR., N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2 ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, J. F. et al. O cotidiano de trabalho da estratégia saúde da família: entre o real e o ideal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 24 Des 2019. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3488>>. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3488>

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 363–374, 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002005>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.: [s.n.], 2002.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 3, p. 663–674, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599–613, Sep 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=pt&tlng=pt>. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>

VERGARA, S. C. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 761–765, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000400012>

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008 **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 10, n. supl.1, p. s131–s143, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500012>. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500012>

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista e Coleta de Dados para avaliação da qualidade do Serviço de Saúde na UAPS 14 – Usuários.

1. Idade:
2. Sexo:
3. Escolaridade:
4. Ocupação:
5. Estado civil:
6. Renda familiar:
7. Onde se consultou na última vez? () APS () UPA () particular () convênio
() outros
8. Auto percepção de sua saúde () positiva () negativa

Para cada uma das questões abaixo, indique na régua abaixo a sua resposta:



1. Qual o seu grau de satisfação com a sua acolhida na recepção na de sua unidade de saúde?

2. Você está satisfeito com a forma que é feita o agendamento de sua consulta?
3. Você é bem tratado por todos os profissionais da unidade?
4. Você está satisfeito com o tempo gasto em sala de espera?
5. Você está satisfeito com a atenção dada às suas queixas?
6. Você encontra facilidade de acesso à consulta?
7. Qual o seu grau de satisfação sobre a maneira como você foi tratado no acolhimento, em termos da ajuda que recebeu para resolver seu problema?
8. Quando você falou com a pessoa que recebeu você no acolhimento, você sentiu que ele/a ouviu você com atenção?
9. Até que ponto a pessoa que recebeu você no acolhimento pareceu compreender o seu problema?
10. Em geral, como você acha que a equipe do acolhimento compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?
11. De zero a cinco, que nota daria para a ajuda que foi dada a você durante o acolhimento?
12. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre as condutas para resolver seu problema no acolhimento?
13. Você considerou que a equipe do acolhimento estava lhe ajudando?
14. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais?
15. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do acolhimento?
16. Em sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa que acolheu você mais de perto?
17. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do serviço onde foi acolhido?
18. 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.).
19. Dê sua opinião de como o serviço pode melhorar para atender a população que o busca.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista e Coleta de Dados para avaliação da qualidade do Serviço de Saúde na UAPS 14. Funcionários.

1. Auto percepção de sua saúde () positiva () negativa

Para cada uma das questões abaixo, indique na régua abaixo a sua resposta:



2. Qual o seu grau de satisfação com o acolhimento na recepção da unidade de saúde onde você trabalha?
3. Você está satisfeito com a forma que é feita o agendamento das consultas?
4. Você percebe que os pacientes são bem tratados por todos os profissionais da unidade?
5. Você está satisfeito com o tempo gasto em sala de espera?

RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO:

6. Qual o significado do acolhimento para você?
7. O que você considera mais importante ou indispensável no acolhimento?
8. Dê sua opinião de como o serviço pode melhorar para atender a população que o busca.

Anexo A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Funcionários

Nº do Instrumento: _____

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Acolhimento e Responsividade: percepção de trabalhadores e usuários em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Wallisen Tadashi Hatori, Luciana Saraiva da Silva e Meire de Deus Vieira Santos. Nesta pesquisa se busca avaliar a percepção e a satisfação de trabalhadores e usuários que participam no processo de atendimento de uma unidade básica de saúde. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente à Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Na sua participação, você será entrevistado utilizando roteiro com perguntas disparadoras, com vistas a avaliar a qualidade da atenção fornecida aos usuários do serviço de saúde da UBS, bem como a percepção e satisfação que você tem para com o serviço prestado por essa unidade. A entrevista será feita no seu local de trabalho e contaremos com cerca de 40 minutos da sua atenção.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido por algum dos pesquisadores acima identificados, na unidade de saúde, no seu local de trabalho, antes da coleta de qualquer dado seu. Você tem tempo para decidir se quer participar da pesquisa (conf. item IV da Resol. CNS 466/12 ou Cap. III da Resol. 510/2016).

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu ambiente de trabalho e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Os riscos inerentes à sua participação consistem em identificação do usuário, cansaço e/ou constrangimento ao responder ao questionário. Para minimizar esses riscos os formulários serão numerados e não serão colhidos, na entrevista, nomes de nenhum entrevistado, assim como o entrevistador será bem preparado para evitar o cansaço, ou poderá desistir da entrevista caso se sinta cansado ou constrangido. Os benefícios serão possibilitar a melhoria dos serviços ofertados na sua Unidade de Saúde, expandidos para outras unidades de saúde, assim como possibilitar a redução de estresse entre o usuário e os membros de uma equipe de saúde.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Wallisen Tadashi Hattori - E-mail wallhattori@gmail.com ou Meire de Deus Vieira Santos pelo e-mail meirevsantos@hotmail.com.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Patos de Minas, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Anexo B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuário

Nº do Instrumento: _____

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Acolhimento e Responsividade: percepção de trabalhadores e usuários em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Wallisen Tadashi Hatori, Luciana Saraiva da Silva e Meire de Deus Vieira Santos. Nesta pesquisa se busca avaliar a percepção e a satisfação de trabalhadores e usuários que participam no processo de atendimento de uma unidade básica de saúde. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente à Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Na sua participação, você será entrevistado utilizando roteiro com perguntas disparadoras, com vistas a avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde e a percepção e responsividade do serviço prestado por essa unidade de saúde, às suas demandas. A entrevista será feita no seu serviço de saúde, quando em busca de atendimento, e contaremos com cerca de 40 minutos da sua atenção.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido por algum dos pesquisadores acima identificados, na unidade de saúde, quando de vinda para acolhimento ou outra necessidade sua, ou em seu domicílio, antes da coleta de qualquer dado seu. Você tem tempo para decidir se quer participar da pesquisa (conf. item IV da Resol. CNS 466/12 ou Cap. III da Resol. 510/2016).

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Os riscos inerentes à sua participação consistem em identificação do usuário, cansaço e/ou constrangimento ao responder ao questionário. Para minimizar esses riscos os formulários serão numerados e não serão colhidos, na entrevista, nomes de nenhum entrevistado, assim como o entrevistador será bem preparado para evitar o cansaço, ou poderá desistir da entrevista caso se sinta cansado ou constrangido. Os benefícios serão possibilitar a melhoria dos serviços ofertados na sua Unidade de Saúde, expandidos para outras unidades, assim como possibilitar a redução de estresse entre o usuário e os membros de uma equipe de saúde.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Wallisen Tadashi Hattori - E-mail wallhattori@gmail.com ou Meire de Deus Vieira Santos pelo e-mail meirevsantos@hotmail.com.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Patos de Minas, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa