



SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE QUANTO AO ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS OFERECIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE UBERABA – MG

JARDIM, Ana Paula Coelho¹; ABRAHÃO, Dayana Pousa Siqueira²

1 Graduanda em Biomedicina, Faculdade de Talentos Humanos, Uberaba (MG)

2 Professor (a) Área da Saúde, Faculdade de Talentos Humanos, Uberaba (MG)

Data de submissão: 15 de junho de 2016 Aceito na versão final: 10 de outubro de 2016.

RESUMO: Objetivo: Analisar o nível de satisfação do usuário do serviço em relação à assistência prestada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), em especial o acolhimento, fundamental no processo de trabalho da Atenção Primária e a participação deste no controle social. **Métodos:** Trata-se pesquisa de abordagem metodológica quantitativa e descritiva realizada em uma Unidade Matricial de Saúde com composição de rede de atendimento multiprofissional e três equipes de Saúde da Família, através de questionário semiestruturado com 50 indivíduos da área de abrangência da matricial pesquisada; após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados:** Os resultados da pesquisa indicaram que um grande percentual dos moradores dos bairros envolvidos na pesquisa (98%- indicador 1) , estão satisfeitos com o atendimento de toda a equipe de saúde da ESF, considerando resolutivas e com atendimento muito humano e respeitoso. Consideram a forma de agendamento e quantidade de vagas oferecidas como indicadores que apresentaram maiores conceitos de rejeição quanto ao serviço prestado (22% Ruim e 8% péssimo – indicadores 15 e 16). **Conclusão:** De forma geral a percepção do usuário de saúde na Unidade Matricial analisada foi positiva, apresentando em todos os indicadores analisados conceitos bons e ruins com média acima de 60% dos entrevistados.

PALAVRAS CHAVE: Acolhimento; Humanização; Satisfação do paciente.

SATISFACTION OF THE HEALTH USERS ABOUT THE HOST RECEPTION SERVICES OFFERED AT PRIMARY CARE OF THE MUNICIPALITY OF UBERABA - MG

ABSTRACT: This study aims to analyze the general level of satisfaction of the service user in relation to the assistance provided by the Family Health Strategy (EFS in Portuguese), especially the host reception, essential in the work process of the Primary Care and the participation in social control. This is a survey of quantitative and descriptive methodological approach held in a Matrix of Health Unit with composition of multidisciplinary care network and three Family Health teams, through semi-structured questionnaire with 50 individuals from the area of the searched matrix, after signature of the Informed Consent Free and Clear (TCLE in Portuguese). The results of the survey indicated that a large percentage of residents of the neighborhoods involved in the survey (98%) are satisfied with the attendance of all the health team of the ESF, considering resolute and very human service and respectful. Although the results have been satisfactory is important constant training on the subject. Comparison research between units could present levels of satisfaction regarding host, pointing to specific sectors the proposals for improvements in customer service in general.

KEY WORDS: Host Reception; Humanization; Patient Satisfaction

Correspondência para/Correspondence to:

ABRAHÃO, D.P.S. Curso de Enfermagem, Faculdade de Talentos Humanos, Avenida Tonico dos Santos, 333. CEP: 38040-000. Uberaba, MG, Brasil. Tel: +055-34-3311-9800. E-mail: dpsiqueira@factus.edu.br

INTRODUÇÃO

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. (BRASIL 2000).

A partir daí, começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais tão somente o indivíduo (VIANA; DAL POZ, 1998). Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2000).

Tal processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Cabe assinalar que o êxito do PACS impulsionou a formação do PSF, levando ao primeiro documento do programa, com a data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994).

O Programa de Saúde da Família surgiu no Brasil, veiculando ser uma estratégia para reorientar, reorganizar e reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico, não no indivíduo como sujeito de direitos, e nem na equipe de saúde como deveria ser. Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que programa possui tempo determinado e a estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014). Sendo o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, com o objetivo de oferecer serviços próximos ao local que determinada população vive. Têm como fundamento, os princípios integralidade, equidade e universalidade em sua assistência, dando ênfase à eficiência na capacidade de resolução dos serviços de saúde, inteirando a humanização do atendimento e a participação social na gestão desse sistema (PINHEIRO; LORENZI, 2014).

Um dos princípios doutrinadores do Sistema único de Saúde é a integralidade que é responsável pelos níveis de complexidade do SUS, unindo ações assistenciais e preventivas em qualquer âmbito na prestação de cuidados, sendo, do primário ao terciário. A integralidade oferece uma capacidade melhor aos colaboradores diante das doenças manifestadas pelos usuários, identificando e oferecendo procedimentos e ações preventivas à população. A Atenção Primária à Saúde (APS) consiste em um lugar privilegiado para a efetivação da integralidade, aplicando suas ações no território em que a população reside no acolhimento e acompanhamento aos usuários (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014).

Na saúde coletiva, o elo da comunicação entre a população e o sistema de saúde é a APS. Deve se destacar o grande avanço do SUS, mostrando que a proposta da

ESF é uma integração de todos os seus serviços (BULGARELLI et al., 2012). É comprovado que, territórios com sistemas de saúde, focado na APS, obtêm melhores resultados para a população. O processo de trabalho das ESF proporciona acolhimento de qualidade, avaliação de necessidades dos usuários, ações educativas, domiciliares e Inter setoriais (PINHEIRO; LORENZI, 2014). Desse modo, a população reconhecerá o valor da ESF buscando cada vez mais as medidas preventivas, de tratamento, de promoção e de recuperação da saúde, satisfazendo a saúde da comunidade (BULGARELLI et al., 2012).

A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais, atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo como responsabilidade o equivalente a quatro mil pessoas (MINOZZO; COSTA, 2013). Cada equipe de saúde da família, é composta por uma equipe multiprofissional, sendo eles, Médico, Enfermeiro, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) (PINHEIRO; LORENZI, 2014).

A inserção do trabalho da ESF dentro das UBS envolve um plano de cuidado e a execução de ações, exercendo o processo saúde – doença e promovendo a autonomia dos usuários (MACEDO; MARTIN, 2014).

Os ACS devem residir na área de atuação, possibilitando um contato amplo e maior conhecimento da área e da população que ali residem, proporcionando assim, confiança aos moradores (PINHEIRO; LORENZI, 2014). São um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento de atividades na prevenção de doenças e promoção da saúde, implementando ações educativas individuais e também coletivas, nas casas e na comunidade em geral (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014).

Algumas dificuldades encontradas pelos ACS em seu trabalho são o grande número de habitantes na comunidade, o desinteresse da população quanto aos serviços prestados por eles e a dificuldade para resolver os problemas da comunidade, além de falta de organização dos serviços e conflitos na equipe, pois dependem do envolvimento e colaboração de toda equipe multidisciplinar. Os ACSs são colaboradores fundamentais, no processo de Educação em Saúde (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014).

Embora a educação em saúde seja essencial na melhoria da saúde e na qualidade de vida individual e coletiva, nem sempre suas práticas são encaminhadas de maneira satisfatória. Algumas instituições do SUS tratam desse assunto com grande descaso, fragilizando, assim, as ações propostas (LAZARINI; SODRÉ; DALBELLO – ARAÚJO, 2014).

Esse tipo de estratégia vai além do cuidado individualizado, focado na doença do indivíduo. Ao planejar a assistência em uma determinada família deve-se atentar que a mesma vive diferentes conflitos e possuem diferentes motivações que vão além dos aspectos físicos (território) e sociais. Por isso, é de fundamental importância que a equipe de saúde conheça o perfil de cada família, de cada um na comunidade em que está inserida,

com o objetivo da promoção, manutenção e recuperação da saúde daquela população (LIMA et al., 2003).

Considerando o vínculo da equipe com a comunidade, vale ressaltar que o processo de acolhimento a esta parcela da população, atua como resultado positivo, durante o atendimento. O profissional de saúde deve estimular a criação de um vínculo com os usuários, que visa identificar as necessidades individuais, com o objetivo de estimular a autonomia em relação à sua saúde (BULGARELLI et al., 2012).

É importante não receber esses usuários visualizando somente. As questões relacionadas à saúde e doença, sendo de suma importância saber entendê-los e estar preparado para lidar com as necessidades ali apresentadas e com a exposição dos seus problemas (MACEDO; MARTIN, 2014).

As análises e alternativas de soluções para os problemas de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, deslocam-se para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário. A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade (STARFIELD 2004).

STARFIELD 2004 discute, ainda, acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

É importante saber como os usuários cadastrados pelas equipes de ESF avaliam os atendimentos ofertados, refletindo as práticas dos profissionais da saúde ou interferindo na forma da organização dos serviços, planejando melhores resultados (MOIMAZ *et al*, 2010).

Uma proposta que chama a atenção na ESF é a participação da comunidade, fazendo com que os usuários se integrem junto ao processo de avaliação (CREVELIM, 2005). Sendo assim, a participação dos usuários infere na elaboração para modificar o sistema (TRAD; BASTOS, 1998).

Esse trabalho ressalta a importância da qualidade dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde, para que a população possa ter um atendimento digno, mantendo um elo entre ela e os profissionais, garantindo assim a continuidade e a melhoria da qualidade da assistência à saúde da população.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos usuários de saúde no acolhimento em uma Unidade matricial, de Atenção Primária em Uberaba – MG, que contemple três Estratégias de Saúde da Família.

MÉTODOS

Neste artigo, apresenta-se resultados de uma pesquisa avaliativa sobre arranjos e estratégia já aplicados, na organização da atenção primária em uma Unidade Matricial de Saúde, na cidade de Uberaba – MG, composta por três Equipes de Saúde da Família. Seu horário de funcionamento das 7:00 as 17:00 horas e média de atendimentos de 5.000 pacientes.

Cada ESF mantém um quadro de profissionais composto por: Médico (1), Enfermeiro (1), Técnico em Enfermagem (1), Dentista (1), Auxiliar de Dentista (1), Agentes Comunitários de Saúde ACS (6) em média, contam com equipe de apoio Multiprofissional NASF (Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Pediatra, Clínico Geral e Ginecologista), Apoio Administrativo/Serviços Gerais, Segurança (2), Gerente de Unidade de Saúde (1).

A Avaliação dos indivíduos foi realizada a partir de dois questionários, sendo um sócio demográfico contendo questões sobre o perfil do usuário e o outro composto de 24 perguntas, sendo 20 diretas relacionadas à qualidade do serviço prestada pela unidade, que tinham como opção para assinalar: ótimo; bom; ruim; péssimo e não se aplica e ainda 4 questões que abordam o conhecimento sobre o controle social através do Conselho local de saúde com variáveis de sim ou não.

Foi aplicado o questionário para indivíduos acima de 18 anos que tivesse condições de responder ao mesmo. A aplicação ocorreu na recepção da Unidade Matricial, durante horário de atendimento da unidade de forma aleatória, pelo pesquisador, sendo que todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo critérios da resolução 196/96.

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha do programa Excel. As informações foram quantificadas e apresentadas por meio de análise quantitativa, por meio de percentuais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da FACTHUS – Faculdade de Talentos Humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 50 usuários entrevistados, 33 (66%) eram do sexo feminino e 17 (34%) do sexo masculino, apresentando idade média de 48,36 anos (tabela 1).

De acordo com resultados encontrados por Medeiros et al (2010), dos 53 usuários entrevistados, 90,6% eram do sexo feminino, o que difere de nosso estudo, onde os resultados indicam um efeito positivo quanto à efetividade de campanhas de conscientização envolvendo a saúde do homem.

Tabela 1. Caracterização da amostra analisada e aspectos sócio-demográficos.

<i>Variável</i>	
Gênero	n (%)
Feminino	33 (66)
Masculino	17 (34)
Idade	Média±SEM
Feminino	46,06 ± 2,99
Masculino	52,82 ± 3,59
Estado Civil	n (%)
Solteiro	15 (30)
Casado	23 (46)
União Estável	03 (06)
Viúvo	05 (10)
Separado	04 (08)
Naturalidade	n (%)
Uberaba	35 (70)
Não Uberaba	15 (30)
Ocupação	n (%)
Aposentado	03 (06)
Estudante	04 (08)
Doméstica	15 (30)
Outros	28 (56)

A tabelas 2 demonstra os indicadores analisados juntamente com os valores percentuais encontrados em cada conceito (ótimo, bom, ruim, péssimo e não se aplica).

A classificação quanto ao serviço oferecido na Unidade soma 92% entre ótimo e bom. Atendimento Ruim e péssimo foi mencionado e os comentários tratam de uma “demora no atendimento” e por uma demanda reprimida para consultas eletivas sem agendamento, outros para o mesmo resultado, não se manifestaram.

Todos os comentários no momento da entrevista foram anotados para maior transparência nas respostas. Segue-se alguns dos comentários vinculados com o serviço oferecido com resultados ruim e péssimo:

“Deviam aumentar quantidade de médicos”

“São poucas vagas livres por dia”

“Deviam colocar especialistas, poucos médicos”

Embora a pesquisa tenha apresentado alto índice de satisfação, foram mencionadas respostas de efeito negativo que apontam para necessidade de mudanças, ainda que pequenas, que envolvam a forma de agendamento e o oferecimento de vagas “livres”. Para facilitar o atendimento e o agendamento. O acolhimento deve ser feito no momento da procura pela vaga, após escuta por parte da equipe que deve se atentar para uma classificação

de risco e a possibilidade de necessitar do atendimento no momento independente da quantidade de vagas oferecidas.

De acordo com a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (Brasil, 2011).

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (Brasil, 2011).

A rede de atenção à saúde deve ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais (Brasil, 2011).

Segundo achados em outras publicações (Souza ECF et al. 2008). No município de médio porte com estruturação da atenção básica nucleada em saúde da família (equipes tradicionais e ampliadas), observou-se melhoria em relação ao primeiro acesso à unidade. Contudo, entre os usuários, ainda persistia resistência à forma de organização do trabalho, particularmente, ao agendamento para grupos prioritários e triagem para a consulta médica.

Quanto a Resolutividade (questão 05), 88% dos entrevistados conseguem resolver seus problemas, ainda que demandem tempo e outras visitas à UBS para tal solução.

Essas falas estão sendo demonstradas abaixo e apontam também a necessidade de melhoria do serviço, na visão do entrevistado:

“Consigo Resolver quando venho”

“Demora, mais resolve” – Isso que é importante.

“O Agendamento demora, mais fazer o que”?

“Tenho que esperar”

“Seria bom preenchimento de vagas todos os dias, não precisa voltar”

“Consigo pegar meus remédios, está muito bom”

“Os profissionais são excelentes”

Quanto à qualidade do atendimento médico e enfermagem, apresentaram resultado de 98% de satisfação entre os itens ótimo e bom. Consideram o modelo de acolhimento feito pelo enfermeiro como um bom modelo, já que estes profissionais foram mencionados como Ótimos, considerando a resolatividade do serviço.

Os agentes comunitários apresentaram resultado de 74% entre ótimo e bom, péssimo 4% e não se aplica 22%, incluindo o entrevistado não receber visita, a área de cobertura não ter servidor ativo no momento, e por último alegar não estar em casa e não saber se recebe ou não.

Espínola e Costa (2006) relatam que está também é uma oportunidade para o acolhimento. O encontro entre ACS e o usuário durante a visita é um momento de compartilhar informações, propiciando confiança e bem estar do indivíduo, devendo a visita ser centrada no tema promoção da saúde e percepção no que se refere à realidade de cada comunidade.

Para os 22% que não recebem a visita, é necessário haver intervenção por parte de toda a equipe, para que, com ação em conjunto consigam estabelecer o mínimo de visitas necessárias para toda comunidade envolvida. Com as ações sugeridas é possível se adaptar para aguardar dentro das limitações impostas ao serviço público, e dentro do limite demográfico sugerido para atendimento de equipes de saúde da família, o tempo necessário para solução dos problemas, envolvendo o indivíduo na solução, por exemplo, aproveitar o momento da procura, para executar ações de mobilização e informação de que necessitam.

De acordo com PNAB 2012 (Política Nacional da Atenção Básica) São atribuições comuns a todos os profissionais:

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; VIII - Responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade; XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.

Embora existam muitas citações quanto às atribuições dos Agentes Comunitários, não foram encontrados relatos que mencionem as consequências e o impacto no não atendimento, que incluem todas as classes de absenteísmo, demissões e processo de admissão desta categoria profissional, o que poderia interferir no resultado da avaliação do usuário de saúde.

Reconhecem como humanização, conhecerem os atores que atuam na escuta e direcionamento do atendimento, bem como o vínculo com médicos e sua

forma de atendimento. Esses números representam 48% (item 18) no Item sobre conhecer o profissional pelo nome, 96% (itens 6 e 7) no item atendimento solidário e respeitoso por parte da equipe, incluindo agentes comunitários, equipe de enfermagem, médico ou outro profissional, como dentista, fisioterapeuta, psicólogo e outros, como bons e /ou ótimo na visão destes entrevistados.

Como participação no controle social 14% (item 21) responderam conhecer o conselho local e 86% desconhecem ou não se interessam. Quanto a participação 4% (item 22) se definiram como participantes do conselho local e 96% não ser participante ou ter conhecimento sobre este setor.

De acordo com Medeiros (2010), A participação no controle social dos serviços de saúde, os resultados apontam que apenas 22% conhecem seus representantes no Conselho local de Saúde, o que representa no presente estudo, um indicador negativo, já que em comparação esses numeros demonstram o pouco conhecimento da população quanto a seus diretos e a forma efetiva de participar do contexto e melhorias do SUS.

Ainda segundo Medeiros (2010), percebe-se a dificuldade e a deficiência na participação do usuário nas questões que se referem à sua própria saúde. A autonomização que muitos autores acreditam ser de elevada importância para obtenção de sucesso nas ações de melhoria na qualidade de vida. É preciso que haja envolvimento político e social com a participação efetiva e motivadora dos conselhos comunitários já existentes, para melhorar os conceitos de direitos e deveres desta população assistida.

Noventa e seis por cento (item 24) dos entrevistados recomendariam o serviço e 4% não souberam responder ou não se sentem seguros para recomendar.

Com relação às orientações recebidas pelos profissionais na recepção ou durante o atendimento, os entrevistados apontaram um resultado de 98% (item 19) de satisfação. Não foi mencionado orientações em sala de espera, o que sugere obter melhor resultado em processos de educação continuada em capacitações ministradas em pequenos tempos e frequentes, como sala de espera, além das orientações em grupo normalmente recebidas.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica.

É preciso qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.

Tabela 2. Indicadores e os dados percentuais encontrados em cada conceito

QUESTÃO	INDICADORES	ÓTIMO	BOM	RUM	PÉSSIMO	NÃO SE APLICA	P	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	VALUE	
1	Serviço Oferecido	18 (36)	28 (56)	03 (06)	01 (02)	0 (00)	0,001	
2	Atende sua necessidade	19 (38)	29 (58)	02 (04)	0 (00)	0 (00)	0,001	
3	Estrutura física	19 (38)	29 (58)	02 (04)	0 (00)	0 (00)	0,001	
4	Quantidade de profissionais que executam o atendimento	12 (24)	29 (58)	07 (14)	02 (04)	0 (00)	0,001	
5	Resolução de problemas	14 (28)	30 (60)	04 (08)	02 (04)	0 (00)	0,001	
6	Atendimento respeitoso	28 (56)	20 (40)	02 (04)	0 (00)	0 (00)	0,001	
7	Solidariedade	26 (52)	24 (48)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	0,001	
8	Visita domiciliar	16 (32)	21 (42)	03 (06)	02 (04)	08 (16)	0,001	
9	Atendimento Gerente	17 (34)	21 (42)	0 (00)	0 (00)	12 (24)	0,001	
10	Atendimento Médico	28 (56)	22 (44)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	0,001	
11	Atendimento Odontológico	20 (40)	15 (30)	02 (04)	03 (06)	10 (20)	0,001	
12	Atendimento Enfermagem	33 (66)	17 (34)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	0,001	
13	Atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde	22 (44)	15 (30)	0 (00)	0 (00)	11 (22)	0,001	
14	Atendimento recepção	25 (50)	23 (46)	01 (02)	01 (02)	0 (00)	0,001	
15	Quantidade de vagas oferecidas para consulta	10 (20)	24 (48)	12 (24)	08 (16)	0 (00)	0,001	
16	Satisfeito com a forma de agendamento	14 (28)	20 (40)	12 (24)	08 (16)	0 (00)	0,001	
17	Frequenta os grupos oferecidos	11 (22)	12 (24)	22 (44)	03 (06)	02 (04)	0,001	
18	Conhece os profissionais pelo nome	09 (18)	15 (30)	26 (52)	0 (00)	0 (00)	0,001	
19	Qualidade das orientações dadas pelos profissionais	16 (32)	34 (68)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	0,001	
20	Os avisos afixados são claros	17 (34)	33 (66)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	0,001	
21	Conhece o conselho local	07 (14)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	43 (86)	0,001	
22	Participa do conselho local	02 (04)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	48 (96)	0,001	
23	Recomendaria esse serviço	48 (96)	0 (00)	0 (00)	0 (00)	02 (04)	0,001	
24	Alguma sugestão/reclamação para com o serviço oferecido	Descritiva						

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica.

É preciso qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.

O acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características, como destaca Sarsfield (2004), porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, e coordenação do fluxo de atenção.

CONCLUSÃO

Através deste estudo, podemos concluir que de forma geral a percepção do usuário de saúde na Unidade Matricial analisada foi positiva, apresentando um grande percentual de conceitos bom e ótimo.

Demonstra também a necessidade de conhecimento e participação efetiva como cidadãos, passando ter caráter ativo nos processos de representação, formulação e controle das políticas implementadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prêmio Saúde Brasil**. Em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>. Acesso em 23/10/2015 (d) BRASIL. Ministério da Saúde. Municípios com equipes de saúde da família
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Em: [http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp>\(01/04/00\)](http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp?>(01/04/00)). (a) Acesso em 23/10/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Em: [http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp>\(01/04/00\)](http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp?>(01/04/00)). (b) Acesso em 23/10/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos – PACS/PSF**.

Em:[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_Brasil.pdf\(13/09/00\).](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_Brasil.pdf(13/09/00).) (c)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família – Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde.** Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade, mar. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília: MS/ Fundação Nacional de Saúde set. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012.

BULGARELLI D., ROTT M., SCHLAEPPI K., Ver Loren van Themaat E., Ahmadinejad N., Assenza F., Rauf P., Huettel B., Reinhardt R., Schmelzer E. Revealing structure and assembly cues for Arabidopsis root-inhabiting bacterial microbiota. **Nature.** v.488, p.91-95, 2012.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: É possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva.** v.10, n. 2, p. 323-331, 2005

DAL paz, M.R. In: VIANA, AL. e DAL paz, M.R. (coordenadores). **“Reforma em Saúde no Brasil. Programa de Saúde da Família - a experiência de Baturité -Rio de Janeiro: IMS/UERJ”,** 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 162de São Paulo, Ribeirão Preto).

DIAS, O.V.; RAMOS, L.A.; COSTA, S.M.; Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-univerSUS,** Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez., 2010.

LAZARINI WS., SODRÉ F., ARAUJO D. M. “The debate on health education in the scope of the Municipal Health Council of Vitória, Southeastern Brazil. **Interface** (Botucatu). v. 2, p.1227-1240. 2014.

LIMA-COSTA MF, BARRETO SM, GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública.** v. 19, p.735-43 2003.

MACEDO, L.M; MARTIN, S.T. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária **Interface -Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, núm. 51, p. 647-659** outubro-diciembre, 2014. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil.

MEDEIROS F.A., ARAUJO G.C., ALBUQUERQUE A.A.S., COSTA I.C.C., **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco**

Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal-RN, Brasil. **Rev. salud pública, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010**

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8º ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINOZZO, F. ; COSTA, I. I. Integrando CAPS e saúde da família: Apoio matricial em saúde mental. In.: **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 61-81.

MOIMA; S.A.S. MORAIS, J.A.; SALIBA, M.O.; GARBIN, C.A.S; ZINA; L.G. SALIBA, N.A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis,** Rio de Janeiro, v.20, n.4, Dec. 2010.

MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência Saúde coletiva,** v. 19, n. 12, p. 4719-26, 2014.

PINHEIRO, R. L. **A prática do agente comunitário de saúde com redes sociais na Estratégia Saúde da Família.** Dissertação de mestrado, 2012 Faculdade de filosofia e Letras de Ribeirão Preto – SP. Em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-11102013-152403/pt-br.php> Acesso em 29/10/2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

TRAD, L. A. B., Bastos, A. C. S., Santana, E. M., & Nunes, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família – (PSF) na Bahia. **Revista Ciência Saúde Coletiva,** v.7, n. 3, p. 581-589, 2002.