

Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família*

EVALUATION OF USERS' SATISFACTION REGARDING MENTAL HEALTH CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON EL CUIDADO DE SALUD MENTAL EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Valéria Cristina Christello Coimbra¹, Luciane Prado Kantorski², Michele Mandagará de Oliveira³, Denise Bermudez Pereira⁴, Cristiane Kenes Nunes⁵, Adriane Domingues Eslabão⁶

RESUMO

Esta pesquisa objetiva avaliar a satisfação de usuários portadores de sofrimento psíquico acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, com vistas à integralidade. Foi um estudo de caso desenvolvido a partir de uma pesquisa de avaliação com abordagem qualitativa em uma unidade de saúde da família no município de Chapecó, SC. Os sujeitos do estudo foram 13 usuários com algum tipo de transtorno mental. Para avaliação da satisfação, foram utilizados sete domínios: autonomia, confidencialidade, comunicação, tratamento respeitoso, pronto-atendimento, condições das instalações básicas e acesso à redes de apoio social. Ao final do estudo, identificou-se que os usuários percebem os pontos fortes e os fracos da organização do serviço e do cuidado prestado: o vínculo, a relação entre a equipe e a comunidade, o cuidado com a família, as visitas domiciliares e o olhar integral do profissional de saúde no exame físico foram relatados como motivos de satisfação dos usuários.

DESCRITORES

Transtornos mentais
Programa Saúde da Família
Assistência Integral à Saúde
Saúde mental
Satisfação do paciente

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the satisfaction of patients with mental suffering regarding the comprehensiveness of the treatment they received from the Family Health Strategy. This case study was developed based on an evaluation study with a qualitative approach at a family health care unit in Chapecó, Santa Catarina. Subjects were 13 users with some kind of mental disorder. The following seven domains were used to evaluate satisfaction: autonomy, confidentiality, communication, respectful treatment, immediate treatment, basic facility conditions, and accessibility to social support networks. It was found that users perceived the strengths and weaknesses of service organization and of the care that was provided: the attachment, the relationship between the team and the community, care with the family, home visits, and the health professionals comprehensive view in the physical exam were reported to be reasons for the users' satisfaction.

DESCRIPTORS

Mental disorders
Family Health Program
Comprehensive Health Care
Mental health
Patient satisfaction

RESUMEN

Investigación que objetiva evaluar la satisfacción de usuarios portadores de sufrimiento psíquico seguidos por la Estrategia Salud de la Familia, apuntando a la integralidad. Estudio de caso desarrollado a partir de investigación de evaluación cualitativa, en unidad de salud de la familia del municipio de Chapecó-SC. Los sujetos del estudio fueron 13 usuarios con algún tipo de trastorno mental. Se utilizaron siete dominios para evaluar la satisfacción: autonomía, confidencialidad, comunicación, tratamiento respetuoso, rápida atención, condiciones de instalaciones básicas y acceso a redes de apoyo social. Al final del estudio se identificó que los usuarios perciben los puntos fuertes y débiles en la organización del servicio y del cuidado brindado. El vínculo; la relación entre equipo y comunidad; el cuidado a la familia; las visitas domiciliarias; la visión integral del profesional de salud en el examen físico, fueron resaltados como motivos de satisfacción de los usuarios.

DESCRIPTORES

Trastornos mentales
Programa de Salud Familiar
Atención Integral de Salud
Salud mental
Satisfacción del paciente

* Extraído da tese "Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007. ¹ Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. valeria.coimbra@ufpel.br ² Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. kantoski@uol.com.br ³ Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. micheleoliveira@ufba.br ⁴ Enfermeira Mestre pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. de.bp@terra.com.br ⁵ Graduanda de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Pelotas, RS, Brasil. cris_kenes@hotmail.com ⁶ Graduanda de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. adrianeeslabao@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como proposta de cuidado que valoriza os seguintes princípios: a formação de vínculo com a população; a integralidade na atenção; o trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar; a ênfase na indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde; o fortalecimento das ações intersectoriais; a territorialização e o estímulo à participação da comunidade; entre outros, consolidando, assim, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta estratégia propõe a reversão do modelo de atenção em saúde, tradicionalmente centrado na cura para assumir como foco a família no seu território. Sendo assim, a necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da ESF se evidencia diariamente nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde da família (USF) é frequente e as queixas são as mais variadas. Para isso seria importante a equipe estar preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários.

Neste sentido, avaliar o cuidado de saúde mental na ESF pelo usuário se torna imprescindível para ajudar na construção de uma assistência mais integral. Avaliar é um processo de julgamento de vários atores (profissionais, gestores e principalmente usuários) sobre as características do serviço e assistência dispensada⁽¹⁻³⁾.

Na década de 1970, surgiram as primeiras pesquisas de avaliação da qualidade em saúde, trazendo a satisfação do usuário como objeto de investigação⁽⁴⁾. O usuário é quem melhor está apto a julgar seu próprio bem-estar e o cuidado a ele prestado⁽⁵⁾; desta forma, é apropriado escutar o que ele pensa sobre o serviço de saúde. O usuário entende como qualidade do serviço a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas e necessidades de saúde, e a qualidade é um objetivo que está sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil. No campo da qualidade em saúde, trabalha-se com a premissa de que bons processos de trabalho podem levar a bons resultados⁽⁶⁾.

Os saberes e a lógica de avaliação pertencem a diferentes domínios do conhecimento, de modo que a experiência acumulada pelos usuários os credencia a estabelecer seus indicadores de avaliação⁽⁴⁾.

O usuário pode ser um grande colaborador da organização do serviço se a este for dada voz, ou seja, através da avaliação da satisfação do usuário podem-se adotar novas estratégias ou melhorar as existentes para qualificar o resultado do cuidado. Como se sabe, no Brasil os usuários também tiveram um papel importante na Reforma

Psiquiátrica, sendo assim, não se poderia deixar de fora a percepção dos usuários, com algum transtorno mental, em relação ao cuidado prestado. Colocar os usuários que precisam de cuidados de saúde mental na cena da avaliação é um processo que se consiste num desafio, pois isto produz e reforça o espaço do exercício da cidadania⁽⁷⁾.

Nesta pesquisa, o conceito de satisfação do usuário refere-se à percepção subjetiva do indivíduo sobre o cuidado que este recebe. A satisfação, enquanto dimensão da qualidade da assistência, está ligada às expectativas do usuário. Em outras palavras, a satisfação se dá na relação entre a atenção à saúde (oferta da assistência à saúde) e o seu próprio estado de saúde, se ambos convergirem, haverá maior possibilidade das expectativas serem contempladas⁽⁸⁾.

Através da percepção, pode-se obter uma avaliação do cuidado prestado e como o usuário se beneficia da organização do serviço para resolver suas necessidades.

OBJETIVO

...avaliar o cuidado de saúde mental na Estratégia Saúde da Família pelo usuário se torna imprescindível para ajudar na construção de uma assistência mais integral.

Avaliar a satisfação de usuários portadores de sofrimento psíquico acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, com vistas à integralidade.

MÉTODO

Esta pesquisa é um estudo de caso, sendo este desenvolvido a partir de uma pesquisa de avaliação com abordagem qualitativa. A avaliação qualitativa realizada pelo usuário nesta pesquisa refere-se à dimensão de Resultado do método de avaliação de Donabedian⁽⁵⁾. O Resultado é o produto da interação entre os indivíduos e os serviços de saúde nas condições do contexto apresentado e é o produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e de expectativa⁽⁵⁾. Por isso, é avaliado através da satisfação, pesquisado por meio das entrevistas com usuários.

Este trabalho foi parte integrante da pesquisa qualitativa do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PRO-ESF) patrocinada pelo Ministério da Saúde e o Banco Mundial, desenvolvida pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina e pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Este estudo foi realizado em municípios das regiões Sul e Nordeste, com coleta de dados primários e secundários através de um estudo quantitativo epidemiológico e um qualitativo⁽⁹⁾.

O Estudo qualitativo foi desenvolvido em dois municípios, um na região Nordeste (Recife/PE) e um na região Sul (Chapecó/SC). Estes municípios foram definidos com

base nos critérios e dados obtidos durante o estudo epidemiológico, que apontou como experiência bem sucedida em relação à integralidade na ESF. Nesta pesquisa, serão apresentados apenas os dados relativos ao município de Chapecó, SC e o foco será a integralidade do cuidado em saúde mental a partir da USF.

A USF escolhida apresentava alguns indicativos em relação à integralidade, que sugeriam ser uma experiência consolidada. Eram estes: tempo de implantação da ESF no município (desde 1995); dentre as USF selecionadas para o estudo epidemiológico PROESF era a mais antiga (funcionava desde 2000); tempo de gestão plena do sistema – desde 1998; iniciativas de educação permanente; indicação dos supervisores de campo como experiência bem sucedida; e o desenvolvido Projeto Acolher Chapecó, contemplado pelo Ministério da Saúde em 2004 com o prêmio David Capistrano.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, conforme o protocolo 083-05.

Os sujeitos do estudo foram 13 usuários com algum tipo de transtorno mental. Para a seleção dos usuários, foram adotados dois critérios: no primeiro, foi solicitado que os profissionais da USF indicassem para entrevista alguns usuários que a equipe identificasse como pessoas com algum transtorno mental ou problemas relacionados à saúde mental. No segundo critério, foram selecionados usuários que, durante a observação (consultas e visitas domiciliares), foram identificados como pessoas com transtorno mental. Sendo assim, três dos usuários entrevistados foram selecionados na observação e 10 por indicação da equipe.

Todos os entrevistados já haviam consultado na USF, aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados no domicílio. A fim de garantir os princípios éticos de sigilo e anonimato dos sujeitos que participantes do estudo, estes foram identificados como U.1, U.2 e U.3, sucessivamente. Notou-se que os usuários indicados pela equipe foram, em sua maioria, usuários de álcool e portadores de depressão. Destaca-se que não houve indicação de pessoas com transtornos graves, o que nos leva a pensar que essas pessoas talvez não sejam reconhecidas como usuários da ESF.

Os usuários entrevistados variaram de 29 a 89 anos; a escolaridade variou de analfabeto até a oitava série do Ensino Fundamental; o tempo de moradia no bairro variou de cinco meses a 33 anos (desde que nasceu); os sujeitos entrevistados foram oito mulheres e cinco homens. A coleta de dados deu-se através de entrevistas. O trabalho de campo em Chapecó foi realizado no período do mês de outubro de 2005.

Os critérios de avaliação, que foram selecionados a partir da fala dos usuários, confluíram com alguns domínios selecionados por especialistas da OMS que foram utilizados em pesquisa realizada no México⁽¹⁰⁾. Os sete domínios, para facilitar sua medição da satisfação, são: autonomia, confi-

dencialidade, comunicação, tratamento respeitoso, pronto-atendimento, condições das instalações básicas e acesso a redes de apoio social⁽¹⁰⁾. Alguns desses domínios surgiram como resultado da análise dos dados coletados.

RESULTADOS

A satisfação (percepção individual) do usuário é complexa, pois existem vários fatores que afetam a percepção do usuário. Entre eles se destacam: as experiências anteriores de cuidado médico recebido, em que condições elas se deram e o seu estado atual de saúde. Esses fatores devem ser levados em conta quando se utiliza o estudo de avaliação dos serviços de saúde. Seria, então, a percepção subjetiva que o usuário tem da assistência prestada a ele, como nota-se nas falas a seguir:

Eu acho que eles têm me ajudado [...] o que poderia ser feito, eles estão fazendo. Tem sido a minha casa de *saúde*. [...] porque eu sinto que tenho apoio, quando eu preciso, sei que ali eu tenho com quem conversar, tenho alguém que me ajude [...], sou sozinha no mundo. Então, ali eu sinto como se eu tivesse alguém da família. Eu sou muito bem atendida ali, não posso reclamar (U.11).

Essa médica examina. É meia hora lá dentro [...] ela vê tudo diariamente, tudo o que ela passou, para anotar. Ela é ótima. E eu fiz exame de tudo. [...] Do coração eu fiz e não tenho nada [...] eu fiz o exame e deu infecção intestinal e agora está me atacando os nervos (U.3).

Nas falas é possível perceber que os usuários constroem seus próprios critérios de avaliação, ou seja, associando ao cuidado um juízo de valor positivo. O vínculo, a relação entre a equipe e comunidade, a dinâmica para a realização do exame laboratorial, o cuidado à família, o fornecimento de medicação, as visitas domiciliares, o olhar integral do profissional de saúde no exame físico e, até mesmo, o número de usuários a espera da consulta foram relatados como motivos de satisfação dos usuários.

A gente é bem atendida lá. Se, por acaso, a gente não pode ir no horário marcado, a gente vai lá igual [...]. O remédio da gente está lá, seguro (U.4).

[...] não tem reclamação nenhuma. Sempre eles me trataram bem. Qualquer exame que eu preciso sempre é bem rapidinho, não sei se é por causa da doença que eu tenho [...] não tenho queixa (U.12).

[...] a médica e a enfermeira vêm aqui e são bem recebidas, vou ao posto, sou bem atendida [...] (U.7).

Pelo que eu vejo, acho que está sempre cheio de gente. Agora, se atendesse mal, acho que essa gente não ia (U.13).

Toda essa construção é muito importante para a análise, especialmente se for considerado que, ainda hoje, muitos usuários dos serviços de saúde no Brasil desconhecem seus direitos de cidadão.

A insatisfação esteve ligada à dificuldade de acesso ao serviço daqueles usuários que não fazem parte dos programas (puericultura, gestante, HAS e DIA), pois consideram que existem poucas fichas, filas e desorganização da demanda. Relatam que, além de terem de chegar cedo e aguardar um longo tempo à espera da consulta, o número de médicos é insuficiente e o espaço físico da unidade é inadequado.

Precisa de mais espaço naquele posto, ele está muito apertado. Precisava de uma sala maior. [...] tinha que ser diferente. O que é para exame vai para um bloco e o que é para consulta vai para outro [...]. Eu acho que não era para ser tudo misturado (U.6).

Acho que tem coisas que precisam melhorar, ele precisava ter um lugar para ele, sem estar pagando aluguel. Ali é um aperto, ali chega gente com chuva e não tem nem como ficar, quase. Melhorar para os funcionários também, não só para a gente. Eles também necessitam de melhora (U.10).

A insatisfação dos usuários esteve ligada às dificuldades para a obtenção da ficha para consulta e o tempo de espera o atendimento. As pessoas esperam na USF até quatro horas para serem atendidas, mesmo após terem obtido a ficha.

Dos usuários entrevistados nenhum participava do Conselho Local de Saúde (CLS), dos 13 usuários entrevistados, oito participavam do grupo de hipertensão oferecido pela equipe de saúde da família, dois participavam de grupos oferecidos pela comunidade e três frequentavam outro serviço de saúde (Centro de Atenção Psicossocial). Sendo assim, este domínio está sendo parcialmente contemplado, pois existem usuários que gostariam de participar e realizar outras atividades que não são oferecidas pela USF e nem pela comunidade.

[...] eu gostaria de participar do grupo de idosos se tivesse um curso pra gente aprender um crochê, um tricô [...].E depois eu deixei do grupo [...] porque uma participante vivia alegando que tinha que conversar, o pessoal ia lá só para comer, eu não ia lá só para comer, eu ia para me fazer companhia [...] (U.2).

Nota-se que o domínio da autonomia ainda tem que superar a cultura do clientelismo, ou seja, que os profissionais têm que fazer tudo pelo usuário, retirando toda a responsabilização sobre sua saúde.

Os usuários devem utilizar os CLS para sugerirem e opinarem sobre as atividades desenvolvidas na USF e nas extra-muros.

O segundo domínio é a confidencialidade, que pressupõe que o usuário tenha para si o controle de quem tem acesso à informação sobre sua saúde. Como já foi apresentado, o usuário tem pleno poder sobre seu prontuário, podendo levá-lo a qualquer serviço de referência quando for consultar.

Identificou-se que há problemas quanto ao acesso ao prontuário, pois da equipe da USF apenas a médica e a

enfermeira podem anotar no prontuário dos usuários. Os agentes comunitários (ACS) não têm permissão para manusear os prontuários dos usuários, o que acredita-se ser desnecessário, uma vez que os ACS fazem parte da equipe de saúde e apresentam atributos éticos/profissionais para terem acesso aos prontuários dos usuários, sem que informações sejam disseminadas.

O terceiro domínio é a comunicação e refere-se ao fato do usuário receber toda a informação que requer sobre o seu estado de saúde e tratamento. O quarto domínio é o tratamento respeitoso, que implica que o usuário receba um tratamento humano, gozando plenamente de seus direitos, não recebendo agravos sobre sua dignidade. Nessa pesquisa, o terceiro e quarto domínio estão interligados, sendo assim, foram analisados juntos.

Esses dois domínios se referem à relação entre usuário e profissional, ou seja, o atendimento cuidadoso, o interesse pelo seu estado de saúde, as explicações sobre dúvidas (sinais, sintomas, agravos, exames) dentre outros, são algumas das informações pertinentes para o usuário demonstrar a satisfação com o serviço e daí pode se construir o vínculo e o cuidado integral.

[...] a médica já me orientou, sim. Elas explicam como é que pra tomar. A gente já sabe né. Elas explicam conforme pegam a medicação no posto. Se tem médico ou não tem [...] e ela fala tudo. O dia que tem médico, o dia que não tem, o dia que tem, que tá marcando. Explica tudo, tudo (U.3).

A ACS sempre me visita [...] o pessoal todo que trabalha no posto teve me visitando, varias vez, sempre se preocupando como que eu tava [...] eu sinto que eu tenho apoio, quando eu preciso sei que ali eu tenho com quem conversar, eu tenho alguém que me ajude [...]. (U.11).

O quinto domínio é o pronto-atendimento, que pressupõe que o tempo transcorrido entre a busca de atenção e a provisão de serviço não gere riscos ou moléstias que mais tarde ocasionem a busca da atenção. O sexto domínio trata das condições das instalações básicas, exigindo que as características físicas do serviço, como limpeza, amplitude e iluminação, sejam apropriadas.

O quinto e o sexto domínio já foram abordados anteriormente em relação às filas, à demora no atendimento e ao espaço físico ser inadequado, sendo domínios que geram insatisfações ao usuário da USF. Sendo assim, esses domínios não foram contemplados pelos usuários, que avaliaram como ponto negativo no processo de trabalho da equipe.

O sétimo domínio e último é o acesso a redes de apoio social, requerendo que o usuário receba atenção hospitalar e não perca o contato com o seu meio social. Os usuários relataram estar satisfeitos com alguns pontos da rede de cuidados, pois a maioria dos encaminhamentos foi rápida, em contraponto com outros que demoram até dois anos.

Relataram, também, estarem satisfeitos com o acompanhamento da equipe da USF em todo o processo de encaminhamento (os usuários que precisam são encaminhados, a unidade marca o especialista e depois é avisado pelas ACS o dia que foi marcado), como já foi visto anteriormente na avaliação do Processo.

[...] Tudo aconteceu dentro de oito dias [...] quando eu saí do hospital, no dia seguinte, eu fui, procurei o posto já fui atendida, fui encaminhada para o NAPS marcaram a consulta lá, aí não levou oito dias para mim tá consultando [...] dentro de oito dias eu consegui fazer tudo (U.11).

O tratamento respeitoso pode remeter à reflexão de que os resultados são dialéticos, porque se tem um grupo satisfeito com os relacionamentos, mas insatisfeito com a área física e organizacional. Isso faz com que se leve a entender que o usuário avalia positivamente algumas ações, entretanto, avalia negativamente outras, que também dependem de relações entre equipe e gestão ou entre equipe e usuários.

Assim, surge um grande questionamento, no momento em que o serviço se organiza a partir destas características de se ter de chegar cedo para conseguir ficha, depois ainda ter de esperar em um ambiente pequeno algumas horas para ser atendido ou ser agendado para outro dia ou mês. Sendo assim, que características adquire a atenção à saúde recebida?

Em relação ao projeto *Acolher Chapecó* alguns dos usuários entrevistados demonstraram gostar do projeto, pois a qualquer hora do dia durante o funcionamento da USF eram atendidos, consultados pelo enfermeiro, ou médico, ou auxiliar de enfermagem e saíam da USF com exames ou medicamentos como nota-se na fala a seguir:

Eu acho que devia voltar o Acolher que tinha antes, né. Porque, antes a enfermeira, se o problema fosse tão grave, a enfermeira mesmo te olhava. Agora é só com a médica. Então, por isso que se tornou mais difícil agora. E tu vais lá sempre está cheio, sempre está cheio, e às vezes tu tá bem doente, vai lá, não tem consulta. Ou tu vais no pronto-socorro (U.12).

No entanto, o Projeto Acolher foi extinto das USF sem qualquer consulta aos usuários e, perante o término do projeto, os usuários se depararam com a consulta (prescrições de medicamentos e exames) somente realizada pelo médico, o que tornou o acesso difícil, pois já havia sido criada uma demanda de consultas com o Projeto que se tornou reprimida, a espera da consulta médica.

DISCUSSÃO

Neste estudo, é possível perceber que os usuários estão realizando permanente diagnóstico e avaliação do serviço, mesmo que decorrente de opinião e vivências pessoais. Fazendo isso, discutem sobre as condições da oferta da atenção à saúde, avaliando e emitindo juízo de

valor sobre o bom e o ruim. É o que se pode observar em algumas falas, quando o usuário faz a sua avaliação do serviço, apontando potencialidades e possíveis soluções para o problema.

Os serviços devem ouvir, também, o usuário no momento da tomada de decisão, pois sua opinião pode ter papel importante nos destinos das organizações, além de fortalecer o envolvimento do usuário com a participação social.

As necessidades em saúde mental são complexas em várias situações, por isso precisam de complementaridade de outros serviços de saúde. Todo este conjunto de ações deve trazer benefícios e satisfação ao usuário. Este deve sair do serviço, levando a certeza que foi feito tudo para resolver seu problema e que a equipe de saúde está interessada na sua melhora⁽¹¹⁾.

Muchas de las personas e instituciones encargadas de prestar atención de salud desperdician posibilidades de recoger a partir de las personas a las que sirven informaciones valiosas para la retroalimentación de esos servicios⁽¹²⁾.

Foram pontos de satisfação: o vínculo com a equipe; atendimento humanizado; a dinâmica para a realização do exame laboratorial; o cuidado à família; as visitas domiciliares; o olhar integral do profissional de saúde no exame físico e o fornecimento de medicação.

Os pontos de insatisfação foram: o número elevado de usuários a espera da consulta; o número de fichas insuficientes; a existência de filas; a desorganização da demanda dentro da USF; o chegar cedo para conseguir ficha; o tempo de espera para consulta; a necessidade da presença de mais um médico ou de especialistas e o espaço físico inadequado.

Nos serviços de saúde do Brasil, tem-se observado inúmeros problemas com relação a acesso e acolhimento. No caso da USF, a área física, que não dispõe de condições necessárias para a espera, e as filas foram algumas das limitações.

Com isso, os usuários constroem critérios de avaliação, associados aos juízos de valor que emitem como positivos ou negativos. A partir destes dados, foram identificados esses critérios de satisfação ou insatisfação definidos a partir dos usuários.

A dificuldade de conseguir fichas (ter que ir cedo para a fila) poderia ser resolvida se fosse abolido o sistema de distribuição de fichas, mas, para isso, seria necessário maior disponibilização de consultas, que não precisariam ser exclusivamente médicas, poderia ser de enfermagem, solução esta destacada pelos usuários com a solicitação da volta do *Projeto Acolher Chapecó*⁽¹³⁾.

Apesar da USF adotar dois tipos de organização (agendamento e fichas), há facilidade de acesso apenas para os grupos específicos, permitindo uma pseudoalteração

do modelo exclusivo de pronto-atendimento e, também, não se conseguiu eliminar as filas. Assim muitos usuários ainda deixam a unidade sem ter seu problema resolvido. Sendo assim, a unidade ainda trabalha nos moldes tradicionais de organização, centrada na consulta médica, através da distribuição de fichas⁽¹⁴⁾. Entretanto, o tratamento na recepção e no momento da consulta foram motivos de satisfação dos usuários.

A ESF estudada esteve organizada através do Projeto Acolher Chapecó até 2004. Nesse projeto, as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem das unidades realizavam uma escuta qualificada, garantindo o acesso. O Projeto Acolher ganhou, em 2004, o Prêmio David Capistrano. Em 2005, com a troca da gestão do município, o Projeto Acolher Chapecó foi instinto.

O Projeto Acolher Chapecó fez parte desse contexto de mudanças representando uma proposta de reorganização do processo de trabalho a partir do trabalho em equipe e da discussão do projeto terapêutico de cada usuário, da priorização da necessidade do usuário como eixo da organização do modelo assistencial.

A implantação do Acolher Chapecó privilegiou a garantia da escuta individual, sigilosa e qualificada do usuário, realizada por enfermeira, auxiliar de enfermagem e médico. Na USF, conforme os relatos no trabalho de campo, o acolhimento ficava a cargo da enfermeira e das auxiliares de enfermagem, situação que se repetia em outras USF.

O problema de escassez de tempo está, somente em parte, relacionado com a forma como é organizada a atenção em saúde. Pelos dados coletados, pôde-se constatar que, atualmente, o trabalho com grupos e educação em saúde não foi intensificado, não no sentido que este fosse um eixo para organização do serviço.

Segundo informações dos usuários, o Projeto Acolher era bom, pois não havia filas e a qualquer momento poderia se realizar consulta (especificamente com remédio ou exames). No entanto, entendemos que o objetivo era a melhoria do acesso a saúde, ou seja, não deveria ser um instrumento de acesso apenas a medicamentos e exames, mas sim um instrumento de organização da demanda.

O Projeto tornou o acolhimento em uma consulta basicamente clínica do modelo mais tradicional, reforçando um modelo centrado na doença e na consulta, indo contra as diretrizes da ESF, que visa o modelo centrado no usuário, tendo seu forte a promoção da saúde, proporcionando um cuidado integral. Entretanto, o Projeto Acolher se apresentava mais resolutivo em relação à demanda clínica especificamente, ou seja, poderia ainda não ser a clínica ampliada (a que queremos construir), mas era mais acolhedora e resolutiva (imediata) para o usuário.

O término do Acolher, sem discussão com a comunidade e com o Conselho Municipal de Saúde, revela diferentes interesses implicados em um processo de mudança repleto de contradições. Sendo assim, o maior critério

de autonomia do usuário seria a participação deste nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde e a reivindicação de seus direitos, ainda acrescentaria a participação na organização da USF na construção de um cuidado integral. A autonomia não deve ser confundida como um sujeito independente, mas sim com um sujeito que estabeleceu vínculos ao serviço e que ajuda a construir, através da troca de informações, o seu cuidado.

Os serviços deveriam trabalhar para aumentar a capacidade dos usuários de lidarem com as suas dificuldades através do trabalho em equipe, estimulando o autocuidado, o entendimento sobre o próprio corpo, doença e suas relações com o meio social, instituindo em cada usuário a possibilidade de sobreviverem tendo qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

O acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Além disso, também são elementos que podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada⁽¹³⁾.

A promoção da saúde também se dá pelo autocuidado, pela responsabilização do usuário com sua saúde, pela ajuda mútua e pelas condições sociais, econômicas e culturais⁽¹⁶⁾.

O usuário não pode ser mais considerado como mero expectador de um sistema que oferece serviços que considera necessário: ele precisa ser reconhecido enquanto indivíduo que possui direito e autonomia, sendo capaz de tomar para si as rédeas de suas escolhas e decisões⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Considera-se que os usuários percebem e identificam os pontos fortes e fracos na organização do serviço e do cuidado prestado. O vínculo, a relação entre a equipe e comunidade, a dinâmica para a realização do exame laboratorial, o cuidado à família, o fornecimento de medicação, as visitas domiciliares, o olhar integral do profissional de saúde no exame físico e o número de usuários a espera da consulta foram relatados como motivos de satisfação dos usuários.

Os usuários deveriam ser ouvidos e, em vista disso, também serem convidados a participar das decisões, mas para isso ainda há um longo caminho na área da saúde a trilhar em busca da integralidade do cuidado. Por isso, é importante que o usuário/família conheça seus direitos, reconheça seus deveres e se insira de forma decisiva e participativa na construção de práticas através dos Conselhos Locais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, pois a sua satisfação ou insatisfação deve ser valorizada e entendida como um processo de movimento rumo à qualificação da atenção à saúde.

Neste estudo, a partir da avaliação da satisfação do usuário, é possível perceber que existem fragilidades em três dos domínios: o pronto-atendimento, as condições das instalações básicas e a autonomia.

Foi possível perceber que os usuários estão realizando permanente avaliação do serviço. Fazendo isso, discutem sobre as condições da oferta da atenção à saúde, avaliando, emitindo juízo de valor sobre o bom e o ruim, apontando potencialidades e limites. Além disso, os usuários apontam também as possíveis *soluções* para os problemas. Por outro lado, ainda precisamos aprimorar a capaci-

dade dos serviços em ouvir o usuário e considerar sua fala na tomada de decisões e ver tal fato como ponto de soma para um modelo que possa futuramente oferecer melhor serviço abrangendo da melhor forma possível o leque de necessidades dos usuários que precisam ser supridas, tendo-se assim um atendimento de melhor eficácia.

REFERÊNCIAS

1. André-Pierre C. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):705-11.
2. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(3):581-9.
3. Shimizu HE, Rosales C. A Atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(5):883-8.
4. Gomes AMA, Moura ERF, Nations MK, Alves MSCF. Ethnic evaluation of hospital humanization by the users of the brazilian unified health system and their mediators. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2008 [cited 2009 Jan 15];42(4):635-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a03.pdf
5. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evolución. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
6. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade da atenção primária à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5 Supl 1:536-69.
7. Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Supl 1:29-35.
8. Otero PA, Saturno HJP, Marquet PR. Mejora de la calidad en atención primaria. In: Martin ZA, Cano PJ, organizadores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica*. Madrid: Harcourt; 1999. p. 399-420.
9. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira D. Monitoramento e avaliação do Projeto Expansão e Consolidação da Saúde da Família: relatório final do estudo de linha de base do lote sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.
10. Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud em México. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):394-402.
11. Coimbra VCC. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
12. Sommers PA. Participacion activa de los consumidores en el sistema de prestacion de servicios de salud: una evaluación de la satisfacción de los pacientes. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1983;94(1):54-75.
13. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.
14. Fidelis P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. In: Amarante P, organizadora. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 89-119.
15. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-87.
16. Oliveira MM. A Prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
17. Zaicaner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.