

# A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento

Mariana Figueiredo Souza Gomide<sup>(a)</sup>  
Ione Carvalho Pinto<sup>(b)</sup>  
Alexandre Fávero Bulgarelli<sup>(c)</sup>  
Alba Lúcia Pinheiro dos Santos<sup>(d)</sup>  
Maria del Pilar Serrano Gallardo<sup>(e)</sup>

Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):387-98.

This study aimed to analyze user satisfaction with access and care in Primary Health Care (PHC) based on non-urgent demand for emergency services. 28 non-urgent users of emergency services were intentionally interviewed across five health districts in the city of Ribeirão Preto in São Paulo State. These users had been treated in PHC at least once in the previous six months prior to data collection aimed at evaluating the services. Content analysis was used to analyze the interviews. The results showed there to be satisfaction with care received from health professionals in PHC and dissatisfaction with delays in arranging an appointment and with difficulty to receive care based on spontaneous demand. There was found to be no difference in the levels of satisfaction between the users from different health districts. The article concludes that obstacles to access to PHC services represent a barrier for populations wishing to receive care, with repercussions in terms of user satisfaction and high demand for emergency care.

**Key words:** Primary health care. Patient satisfaction. Health services accessibility.

Objetivou-se compreender a satisfação dos usuários com acesso e acolhimento da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da demanda não urgente do Pronto Atendimento (PA). Entrevistaram-se intencionalmente 28 usuários não urgentes dos PA dos cinco Distritos de Saúde (DS) de Ribeirão Preto-SP que passaram em atendimento na APS ao menos uma vez nos seis meses que antecederam a coleta de dados para avaliar o atendimento. Analisaram-se as entrevistas semidirigidas pela técnica de análise de conteúdo. Identificou-se satisfação com o atendimento recebido pelos profissionais de saúde na APS e insatisfação com a demora no agendamento de consultas e dificuldade de acolhimento por demanda espontânea. Não foram observadas divergências da satisfação do usuário nos diferentes DS. Conclui-se que os obstáculos com o acesso aos serviços de APS constituem entrave para população obter atendimento, repercutindo na satisfação e alta demanda pelo PA.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Satisfação do usuário. Acesso aos serviços de saúde.

<sup>(a)</sup> Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-902. mariana.souza@usp.br

<sup>(b)</sup> Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ionecarv@eerp.usp.br

<sup>(c)</sup> Faculdade de Odontologia, Universidade do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS). Rio Grande do Sul, RS, Brasil. alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

<sup>(d)</sup> Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil. albapinheiro@usp.br

<sup>(e)</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Madrid, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, Espanha. pilar.serrano@uam.es

## Introdução

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal, obteve-se o reconhecimento da saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios organizativos, entre eles, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência<sup>1</sup>.

Para a garantia de acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços a esses diferentes níveis, foram criadas redes de atenção à saúde que se constituem em arranjos organizacionais de conjuntos de serviços de saúde articulados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que possibilita ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>2</sup>. Contudo, essa organização da assistência exige mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado de atenção que não garante a sua continuidade, uma vez que há foco nas condições agudas, por meio das unidades de Pronto Atendimento (PA)<sup>2</sup>.

Essas unidades de atendimento às urgências e emergências também foram definidas como porta de entrada ao atendimento inicial à saúde do usuário no SUS<sup>3</sup>. No entanto, a garantia da legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS, pois, para se concretizar o direito à saúde, é necessária a mudança do modelo social. Sendo assim, na prática, o acesso ainda é seletivo, focalizado e excludente<sup>4</sup>. Nessa perspectiva, mesmo sendo consideradas mais uma porta de entrada para o sistema, as unidades de PA tratam especificamente a queixa principal que leva o usuário ao serviço de saúde<sup>5</sup>.

É pressuposto que as necessidades de saúde desses usuários não estejam sendo ouvidas nos serviços de APS e, por isso, a procura frequente ao PA. Ademais, os usuários buscam nos serviços de saúde algo ou alguma ação dos profissionais de saúde que resolva, ou pelo menos minimize, o problema que o levou a procurar aquele serviço. Assim, compreende-se que, se há falha na porta de entrada, a atenção necessária é adiada<sup>6</sup>.

As necessidades de saúde estão relacionadas à produção e reprodução social e à acessibilidade às ações de saúde. O cuidado em saúde precisa ser planejado, considerando as demandas e os serviços de saúde que devem estar dispostos para tratar tais necessidades, compreendendo seus significados e os sujeitos implicados no processo de produção e consumo à saúde<sup>7</sup>.

Nesta lógica, compreende-se humanização como a corresponsabilização na produção de saúde dos sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários, identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, com enfoque nas necessidades dos usuários, além do compromisso para melhoria das condições de trabalho e prestação do cuidado<sup>8</sup>.

Nesse contexto, a satisfação do usuário representa um potente indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde, considerando ser fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado para repensar as práticas profissionais e sobre a forma de organização dos serviços<sup>9</sup>.

A satisfação do usuário apresenta-se em um cenário de polissemia conceitual e escassa teorização, sendo que estudos têm apontado a diversidade de abordagens teóricas e metodológicas nas investigações de satisfação do usuário em diferentes dimensões<sup>9,10</sup>.

Assim, pressupõe-se a compreensão de que o acesso pode ser avaliado por indicadores de resultado da passagem do usuário pelo sistema de saúde, entre eles a satisfação dos usuários<sup>11</sup>, e o acolhimento como uma tecnologia leve que o profissional despende durante o atendimento e que também está relacionada à satisfação do usuário<sup>5</sup>. O acesso refere-se à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário<sup>9</sup>. O acolhimento é uma prática presente nas relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas e nos modos de construção de vínculos, associado à atenção por meio de escuta qualificada, valorizando as queixas dos usuários e identificando necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, e funcionando como mecanismo de facilitação do acesso<sup>12</sup>. Desse modo, a assistência prestada à população deve satisfazer às necessidades dos usuários na sua singularidade, estabelecendo relações no âmbito emocional, cultural e social.

Apesar do conceito complexo, multidimensional e difícil de ser mensurado, há um consenso para entender a satisfação do usuário a partir das expectativas de quem é cuidado e sobre o que é

importante para eles, sendo definido como o grau de congruência entre a expectativa e a percepção do usuário sobre o cuidado recebido<sup>13</sup>.

Além disso, a diversidade de abordagens sobre acesso demonstra a pluralidade e complexidade do tema, que pode relacionar-se a diferentes dimensões. Nesse sentido, para responder aos objetivos propostos, este estudo está direcionado nas dimensões técnica e simbólica de acesso, uma vez que são discutidas a organização da rede e a acessibilidade dos serviços de saúde<sup>4</sup>.

Estudos que avaliam a satisfação do usuário associados ao acesso e ao acolhimento na APS a partir dos atendimentos de PA ainda são escassos no Brasil, indicando a lacuna do conhecimento. Abordar a satisfação do usuário nessas dimensões implica em trazer a opinião de quem dá características aos serviços. Nesse contexto, não há estudos, na temática da satisfação do usuário, que representem o município estudado em sua totalidade, que possibilitem analisar se há divergências ou convergências entre os Distritos de Saúde (DS) na ótica do usuário.

Entendendo a APS como potência para desenvolver ações de acesso e acolhimento para atender às necessidades do usuário, o presente estudo objetivou compreender a satisfação dos usuários com o acesso e o acolhimento da APS a partir da demanda não urgente dos serviços de PA no município de Ribeirão Preto-SP.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo com aproximação metodológica qualitativa, fundamentado na perspectiva do usuário. Tal aproximação metodológica trabalha com o universo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões<sup>14</sup>.

O estudo foi realizado nos cinco PAs públicos dos cinco DSs do município de Ribeirão Preto-SP com coleta dos dados ocorrida entre os meses de janeiro e abril de 2014. Os sujeitos participantes constituíram-se em usuários que aguardavam atendimento no PA, após passarem pelo acolhimento realizado pela equipe de enfermagem do serviço e identificados como situações de não urgência ou emergência. Todos os participantes do estudo receberam atendimento na APSs ao menos uma vez nos seis meses que antecederam a coleta de dados para poder avaliar esse atendimento. Desse modo, os casos que despendiam cuidado de urgência ou emergência eram encaminhados pela equipe de enfermagem do PA ao atendimento de urgência ou emergência e, portanto, não compuseram o grupo de sujeitos do estudo.

Além desse critério de inclusão, a amostra foi intencional, com o propósito de selecionar os melhores informantes para a temática deste estudo. Assim, elegeram-se os usuários que, durante o período de coleta de dados, apresentaram-se mais disponíveis ao diálogo para falar de suas experiências nos atendimentos recebidos na APS<sup>15</sup>.

Os usuários considerados não urgentes e que são atendidos nos PAs pertencem às áreas adstritas dos cinco DSs do município, que podem procurar o PA por demanda espontânea ou por encaminhamentos provenientes dos serviços de APS. Logo, olhar para as demandas não urgentes do PA significa a possibilidade de compreender o que tem ocorrido na relação do usuário com os serviços prestados nas UBSs e Unidades de Saúde da Família (USFs).

O número de sujeitos entrevistados foi definido por saturação teórica a partir do início da reincidência de informações, sendo considerado suficiente para responder ao objetivo do estudo<sup>14</sup>. A pré-análise dos dados levou à interrupção da captação de novos sujeitos, pois se constatou a escassez de novos enunciados. Logo, a coleta de novos dados por meio de novas entrevistas acrescentaria supostamente poucos elementos para discussão em relação à densidade teórica já obtida<sup>16</sup>.

Atendendo ao exposto, foram entrevistados 28 sujeitos. As entrevistas foram semidirigidas por meio de um roteiro norteador, que serviu de guia para o desenrolar da interlocução, permitindo a flexibilidade das conversas<sup>14</sup>, abordando assuntos relativos ao acesso e acolhimento na APS, à satisfação do usuário em relação aos atendimentos na APS, à resolução do problema apresentado, o motivo da procura pelo PA e à integralidade da atenção à saúde. O roteiro continha perguntas norteadoras como "Como o senhor(a) avalia a facilidade de chegar no posto de saúde e ser

atendido?” e “Como o senhor(a) avalia a forma como os profissionais de saúde te atendem?” Tais entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio de análise de conteúdo, modalidade temática<sup>17</sup>.

Utilizou-se tal método para análise das falas dos usuários entendendo-se que consiste em uma técnica de investigação que permite a descrição e análise da comunicação verbal para obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e acolhimento destas mensagens<sup>17</sup>.

Para esta análise, seguiu-se três etapas: 1- Organização dos dados, considerando os objetivos do estudo por meio de leitura exaustiva e buscando nas falas aspectos de representatividade, homogeneidade e pertinência; 2- Exploração do material empírico, com leitura exaustiva dos registros e separação do *corpus* de análise, identificando convergências e divergências; e 3- Classificação e construção de categorias temáticas<sup>14</sup>.

O conteúdo das falas emergiu em duas categorias temáticas: 1- Atenção à saúde na APS e as fragilidades na obtenção do cuidado” e 2- Satisfação com o cuidado como potencialidades da APS. A identificação dos entrevistados foi feita pela letra “U”, de “usuário”, seguida pelo número da entrevista.

Foram entrevistados seis usuários de três DSs e cinco de dois DSs, totalizando 28 usuários que responderam às entrevistas semidirigidas. Destes usuários, 22 eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. A média de idade dos entrevistados foi de 41 anos e mediana de 39 anos, com idade mínima de 22 anos e idade máxima de 79 anos. No que diz respeito à escolaridade dos entrevistados, tem-se que 11 usuários tinham até o ensino médio completo, oito tinham o ensino fundamental completo, sete tinham o ensino elementar completo e dois usuários tinham o ensino superior.

Seguiram-se as normas do Comitê de Ética da EERP-USP. Após aceitação, por livre vontade, em participar da pesquisa, foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Resolução 466/12.

## Resultados e discussão

Os resultados são apresentados seguindo uma retórica inicial, de contextualização dos sujeitos participantes, para posterior aprofundamento analítico na discussão, com referenciais teóricos sobre acolhimento e acesso aos serviços de saúde em suas diversas dimensões no SUS. Neste processo, as falas são apresentadas em congruência com os referenciais e inferências, expondo-se de maneira discursiva para estruturação do caminho compreensivo da análise.

### Atenção à saúde na APS e as fragilidades na obtenção do cuidado

A fragilidade para obtenção do cuidado é reflexo de um conjunto de percepções relatadas pelos usuários que convergem para integralidade das práticas e dos diferentes serviços. A integralidade faz com que o usuário seja acolhido e possa acessar o serviço em todos os níveis de complexidade de suas instâncias. Desse modo, aponta-se para a importância na gestão da qualidade da porta de entrada para o serviço<sup>18</sup>. Assim, o presente estudo discute que essa qualidade se associa a diversas questões, como morosidade no atendimento e no agendamento de consultas, não atendimento à demanda espontânea e baixa tecnologia no atendimento.

Esperar pelo atendimento é algo cotidiano na caminhada do usuário pelo atendimento em saúde no Brasil. A longa espera pelo atendimento de consultas na APS foi com frequência relatada pelos usuários como motivo de insatisfação. Esperar para ser atendido, além de gerar insatisfação, faz com que o usuário se sinta lesado em relação ao direito de acesso à saúde<sup>19</sup>.

Você marca o médico, por exemplo, o Dr Z, ele é um bom médico, só que você marca três e meia e sai daí seis horas... ele é um ótimo médico, mas precisa agilizar nas consultas [...]. (U14)

Precisa melhorar primeiro a atenção que não está suficiente, a espera é muito grande, a gente fica muito tempo esperando para ser atendido para consulta [...] têm vezes que demora porque tem muita gente para atender também. [...] A gente chega a ficar três, quatro horas ou mais para ser atendido. (U18)

Outro fator percebido pelo usuário foi a demora no agendamento de consultas na APS. O usuário compreende a micropolítica da gestão do agendamento da unidade em que é atendido; porém, reconhecendo a morosidade desse processo, acaba procurando outro serviço. A compreensão do usuário sobre o fluxo da rede pública e tempo de espera para atendimento também é encontrado na literatura<sup>19</sup>. A APS como coordenadora da rede de atenção à saúde deveria superar situações como as apresentada nas falas.

[...] É um posto bom, o que está faltando mais é consulta porque você não consegue marcar. Eles dividiram agora os atendimentos para a UBS, mas se você tentar marcar uma consulta lá demora meses [...] então se você tiver que morrer você morre, porque até você achar um encaixe você já morreu porque é muita gente e não têm condições. (U5)

Lá demora três meses para você conseguir agendar uma consulta com o médico. E às vezes você não consegue. Eles falam: "Olha a consulta vai abrir dia tal", você liga e aí já não tem mais. Aí você tem que esperar mais três meses para conseguir de novo. (U10)

Os usuários relatam, também, em situações do não atendimento à demanda espontânea, que os próprios profissionais da APS orientaram procurar o PA. O não atendimento aos usuários que procuram a APS vai contra os princípios do SUS, que pregam o acolhimento no nível primário como importante estratégia de reorganização do modelo assistencial<sup>20</sup>. Isso gera percepções negativas com a APS e aponta necessidade de melhorias na gestão dos serviços e investimentos no preparo dos profissionais e no acesso às consultas. As orientações para o atendimento baseado em classificação de risco nas unidades de urgência e emergência devem ser esclarecidas aos usuários antes que eles sejam encaminhados para tal serviço. A classificação de riscos é uma forma de gestão municipal de fluxos que deve iniciar na APS<sup>21</sup>.

Quando eu vou lá (APS) tem que esperar encaixe, então eu prefiro vir no PA. Porque aqui eles já fazem sua ficha e na hora já sai, depois passa pela sala você vai falar o que você tem e espera uma hora, o que é uma hora ou duas horas? Eu prefiro mais passar aqui do que no posto. (U6)

Falam que não tem médico e mandam para cá [PA] [...] quando eles [profissionais da APS] atendem, eles atendem bem. Mas eles têm uma regra que não pode passar do número de pacientes por dia para eles atenderem. Mas quando eles atendem, eles atendem bem. (U22)

Porque era um encaixe porque eu estava passando muito mal e ela [profissional da UBS] falou que não dava para encaixar após uma hora da tarde. Ai eu tive que vir para o PA. (U27)

Além das questões mais técnicas da gestão de fluxos e acesso ao serviço que se busca, o presente estudo aponta percepções que destacaram a importância do cuidado humanizado para o atendimento. Em casos em que este não ocorre, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo com o profissional e unidade de saúde ficam prejudicados. Há relatos em que a ausência do exame físico durante o atendimento médico também foi percebida como fragilidade do cuidado na APS.

A primeira médica que me atendeu, ela não me colocou a mão, não me olhou no rosto [...] na recepção parece que são pessoas não humanizadas, robotizadas... (U2)

[...] a médica que tinha lá [APS] quando foi embora o povo até chorou. Era uma excelente médica. [...] Teria que ter outra médica assim, não esses médicos malcriados que você chega lá e ficam xingando a gente. (U5)

O médico que atende na parte da manhã conversa com o paciente, deixa o paciente à vontade. Já o que o vem depois dele entra e sai da sala, atende rápido, você senta e levanta e eles nem sabem direito o que você tem. (U16)

Outra fragilidade na atenção à saúde na APS na opinião dos usuários foi a baixa densidade tecnológica na prestação do cuidado, que, apesar de ser pressuposto da APS<sup>2</sup> em muitos modelos de atendimento ao usuário, neste estudo foi motivo de insatisfação com os atendimentos, o que pode indicar não somente o desconhecimento deste modelo de atenção pelo usuário, mas também o despreparo do profissional frente à práxis do acolhimento.

Os médicos não pedem o exame que você quer, não te encaminham para o lugar certo que você está precisando mesmo. Então ultimamente eu estou pagando particular minhas consultas [...] Eu acho que lá [UBS] deveria ter mais exames, fazer tudo lá mesmo, não encaminhar a gente para fora. (U9)

Eu sei que não é fácil, é muita gente, mas às vezes sei lá, às vezes chega numa situação que muitas vezes a gente é atendido, mas não tem muitas vezes uma resposta, uma solução porque aquele profissional não procura fazer uma análise, examinar direitinho. Só fazem uma pergunta e passam logo a receita. Então o atendimento precisa ser melhorado em muita coisa. (U18)

As fragilidades discutidas mostram que o usuário se sente perdido, na rede assistencial estudada, e sem respostas sobre o cuidado do qual necessita, que poderiam ser dadas pelo próprio profissional ou de maneira resolutiva pela gestão do município.

### Satisfação com o cuidado como potencialidades da APS

Contrapondo as fragilidades na APS, houve exemplos de depoimentos de alguns usuários, demonstrando satisfação com o atendimento recebido, com o acolhimento durante toda a permanência na unidade de saúde, com a abertura para o diálogo e a atenção dispensada pelos profissionais de saúde na APS, sendo estes também achados de outros estudos<sup>22,23</sup>, o que reforça a vinculação do relacionamento profissional e usuário com a qualidade do atendimento.

Eu chego no posto de saúde, as enfermeiras e os médicos dão atenção, são educados [...] só da gente chegar no posto de saúde, o médico e a enfermeira darem atenção e tratar o paciente com cortesia e não ser mal-educado já é uma coisa que... e orientar bem o que tem que fazer. (U3)

Ah, as enfermeiras, elas conversam com as pessoas, os médicos também. Não são aqueles médicos que você entra na sala e só te olham. O diálogo é bom. (U19)

[O atendimento] é ótimo, cada vez mais eu fico surpresa [...] porque eles te dão toda liberdade de você falar o que você tem, o que você sente, se você tiver vontade de chorar perto deles você chora, eles conversam muito com o paciente... (U7)

Na percepção de muitos usuários, verificou-se a consciência de que o PA presta atendimento pontual, e não resolutivo aos problemas de saúde.

Aqui [PA] já não são muito bons não, eles nem colocam a mão na gente e já anota o que você tem que tomar e manda você embora. Lá [APS] eles te examinam, vê certo o que você tem, eu acho melhor ir lá do que aqui [...] Lá [APS] já é marcado, fazem um *check-up* de tudo, examina. Aqui [PA] não, só passam remédio, não pedem exames, você vai embora e continua ruim do mesmo jeito. (U1)

No PA eles não olham para você. É como eu te falei, não examinam, não procuram saber qual é o problema que o paciente tem, né? Eu não procuro vir em situações graves, mas o que eu vejo do atendimento das outras pessoas é muito péssimo [...] É muito rápido e sem muito detalhe no atendimento. (U12)

O médico do pronto atendimento, ele é só pronto atendimento. Ele só resolve o seu problema ali. Agora se precisar além, eu acho que vai ter complicação. (U24)

A figura do médico, bem como sua assiduidade de cumprimento de carga horária na unidade de saúde, esteve relacionada também à satisfação com o atendimento na APS devido à agilidade para conseguir marcar consulta. Assim, também sua ausência é vista como importante barreira para obtenção da referida satisfação, assim como apresentado em outro estudo<sup>18</sup>.

Está faltando atendimento de clínica médica no posto de saúde. Aí eu vim para trocar a receita da Dr<sup>a</sup> X, mas ela não trabalha mais lá [USF] e até hoje eles não mandaram outro clínico para nós, então está em falta. E eu vim para o PA para atendimento de clínico geral, vamos ver se eu consigo. [...] o que poderia melhorar é se tivesse mais médicos lá pra gente, porque é muita gente e a gente necessita de mais médicos. (U5)

Eles chegam tarde e vão embora cedo, sempre estão de férias e tem um número menor de pacientes, eu sei porque eu escuto os comentários, e aí sobrecarrega os outros médicos que estão lá pra atender [...] e aí a gente é obrigado a sair de lá e correr pra cá [PA]. (U16)

Quando perguntado aos usuários o significado de satisfação em um atendimento, muitos relacionaram à resolução de problemas. Desse modo, a resolutividade foi entendida como sinônimo de satisfação com o cuidado na APS.

Eu acho que tem que resolver os meus problemas, achava que teria que ter o atendimento que a pessoa merece, se você está precisando teria que fazer logo o exame de sangue, teria que fazer o toque, teria que resolver nossos problemas. (U8)

[Satisfeito é] saber a resolução da minha dor. [Risos] Tô há quase um mês com essa dor e eu não consigo passar com quem eu tenho para passar e encaixar para me afastar. (U23)

[Satisfeito é] resolver o seu problema. Se é exames, se é encaminhamento. Eu acho que para uma pessoa sair insatisfeita não é a demora, porque em todo lugar todo mundo tem a ordem de chegada. Eu acredito que é resolver aquilo que você está passando. (U24)

Observa-se que a demora no agendamento e atendimento de consultas na APS foi uma constante entre as falas dos usuários. Essa problemática é tema em pesquisas em diferentes países e mostra-se como uma realidade na atualidade dos serviços de atenção primária<sup>5,24</sup>.

O não atendimento da demanda espontânea constitui outro fator que exemplifica a insatisfação dos usuários com a APS. Ademais, os usuários entrevistados pontuaram que perderam os dias em que “abriu-se a agenda” da unidade para marcação de consultas, dificultando mais ainda a garantia do atendimento médico.

As diferenças acentuadas entre a oferta real e demanda por cuidado são identificadas por meio de barreiras na acessibilidade dos usuários na busca de atenção à saúde<sup>22</sup>.

A humanização do cuidado repercutiu para a qualidade da atenção à saúde e teve destaque nas falas. Quando o usuário não se sentiu acolhido e ouvido, conseqüentemente, avaliou mal o cuidado recebido. Isso demonstra a importância de um cuidado solidário refletindo em satisfação com o serviço. Portanto, tal cuidado precisa estar presente nos serviços de APS<sup>8</sup>.

Nesta perspectiva, dispender atenção e valorizar o processo de escuta na prestação do cuidado são questões que provocam satisfação do usuário que é cuidado, resultando em diferenças positivas nas ações de saúde<sup>12</sup>. Além disso, a ausência do exame físico durante o atendimento também influenciou negativamente a relação profissional e usuário.

Tais fragilidades elucidadas podem representar grande relevância para a população de Ribeirão Preto-SP procurar regularmente o PA. Vale ressaltar que o município, mesmo com tal fragilidade percebida pelo usuário, busca efetivar suas cinco regiões de saúde, adequando suas portas de entrada por meio da APS, seguindo a premissa do Decreto 7.508 de 2011<sup>3</sup>. Deste modo, o município segue a compreensão de que a APS, juntamente com as entradas de urgência e emergência, necessita ser potencializada e qualificada para melhorias no processo de acesso e acolhimento do usuário.

Os serviços de PA, apesar de constituírem-se em locais superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, são serviços que reúnem um leque de recursos como consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e regulação para internações hospitalares, que facilitam o acesso do usuário e a resolutividade de suas necessidades<sup>3,5</sup>.

O desenvolvimento da ciência e o avanço das tecnologias que vieram com o propósito de melhorar a assistência trouxeram consigo a instrumentalização e a medicalização à saúde<sup>25</sup>. Logo, os usuários avaliaram melhor o profissional que trabalha na lógica da medicalização da saúde, seja por meio da utilização de equipamentos para exame e diagnóstico ou por prescrição de fármacos, para a prestação do cuidado.

Em décadas anteriores, boa parte das ações em saúde era exercida com maior dificuldade devido ao pouco desenvolvimento técnico e tecnológico da ciência. Entretanto, comparando-se ao período atual, tem-se que o avanço tecnológico e científico resultou no endurecimento das relações entre profissionais e usuários<sup>25</sup>.

Em contrapartida, no que diz respeito às potencialidades da APS, foram identificados nas falas alguns exemplos que apontam satisfação com o atendimento, uma vez que avaliaram positivamente o acolhimento, a atenção e o diálogo que tiveram com os profissionais da APS, apesar de muitas vezes enfrentarem demora no agendamento e no atendimento, bem como outros obstáculos para a atenção à saúde.

Compreende-se que o êxito em um encontro terapêutico está no privilégio da dimensão dialógica, ou seja, no interesse em ouvir<sup>26</sup>. É preciso tornar possível ao profissional de saúde a escuta qualificada. Assim, é na interação entre usuários e serviços de saúde, em todos os encontros em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, de dar acolhimento e potencializar o diálogo. Portanto, estar aberto ao processo de escuta e conversa repercute direta e de forma positiva na satisfação do usuário com o cuidado prestado.

Ademais, a figura do médico, na visão dos usuários, ainda se constitui em um facilitador para conseguir atendimento na APS. Neste sentido, uma das sugestões mais apontadas pelos usuários foi a contratação de mais médicos para atender.

Esses dados ilustram a magnitude que esta categoria profissional tem dentro de um serviço de saúde e que, se o profissional médico não está disponível para atendimento, nenhum outro membro da equipe é identificado pelos usuários para dar a eles respostas que necessitam de cuidado à sua saúde, conforme observado em estudo anterior<sup>9</sup>.

Assim, entende-se que a assistência, procurada pelo usuário, para atender suas necessidades está fortemente centrada no modelo biomédico, o qual até os anos oitenta foi reconhecido pelos serviços de saúde para promover o alívio da dor e tratamento de diversas doenças. No entanto, na atualidade constitui-se em modelo de atenção limitado, considerando a ênfase nas ações curativas, medicalização, atenção hospitalar com alta densidade tecnológica e pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença e distanciamento da vivência dos sujeitos e seus aspectos multidimensionais<sup>27</sup>.

Partindo dessas interpretações, pode-se compreender que os profissionais não médicos, na tentativa de responder às demandas dos usuários quando constatavam a impossibilidade do atendimento médico na APS, davam orientações para procurarem o PA.

A relação da satisfação dos usuários com a APS, quando estes conseguem atendimento médico, aponta que os serviços médicos ainda são os mais importantes preditores para a satisfação com uma dada unidade de saúde, em conformidade com outro estudo<sup>23</sup>.

Nessa lógica, na visão dos usuários, a divisão social do trabalho ainda encontra-se correspondente à divisão técnica de atividades, ocorrendo tanto a divisão de tarefas como de responsabilidades<sup>28</sup>. Logo, o cuidado em saúde não faz-se de forma compartilhada e corresponsabilizada, e isso repercute na fragmentação do cuidado. Desse modo, em um serviço de saúde, aparentemente, somente o profissional médico torna-se responsável por aquele usuário que busca atendimento à sua saúde. O restante da equipe, apesar de pertencer ao grupo de profissionais da saúde, não participa desta responsabilização coletiva no trabalho em saúde.

A satisfação do usuário com a APS foi correlacionada com a resolução dos seus problemas de saúde em concordância com outro estudo<sup>29</sup>. Portanto, quando o usuário percebe que suas necessidades não foram atendidas, avalia mal o atendimento. Por outro lado, os usuários se mostraram conscientes de que o PA presta atendimento pontual e diversas vezes não resolutivo. Nesse sentido, a APS é valorizada, considerando que os usuários reconhecem que, quando os mesmos profissionais atendem, qualifica-se a atenção recebida<sup>30</sup>.

Em oposição a esse resultado, também, observou-se que a existência de barreiras para acessar uma fonte regular de cuidado na APS no presente estudo está diretamente vinculada à alta procura pelo PA, em congruência aos achados de outro estudo<sup>23</sup>.

Apesar das diversas debilidades nas unidades de APS salientadas pelos usuários, ainda assim indicaram estar satisfeitos com o cuidado ofertado nesses serviços. Diante dessas explicações, pode-se identificar a presença de certo conformismo por parte da população, pois, apesar de todas as fragilidades encontradas, os usuários com frequência apresentaram satisfação com os atendimentos na APS.

Nesse sentido, é importante resgatar o entendimento que se tem de satisfação do usuário como a relação das expectativas e percepções de quem é cuidado e sobre o que representa importância para o usuário<sup>5,9-11</sup>. Portanto, quando há baixa expectativa dos usuários sobre as ofertas de um serviço de saúde, dificilmente há frustração. Em contrapartida, quando há alta expectativa de um serviço, é mais provável o não atendimento ao que se espera.

Apesar dos DSs apresentarem coberturas ESF em distintas proporções, não se observou divergências de opiniões dos usuários entre os cinco DSs. A avaliação dos usuários sobre os atendimentos na APS parece ser homogênea para as cinco diferentes regiões do município estudado.

Limitações devem ser consideradas no presente estudo. Os achados indicando alta satisfação poderiam ser expressos pelo receio do próprio usuário de perder o direito ao atendimento na APS caso julgue mal o serviço neste nível de atenção à saúde<sup>10</sup>. Somando a este fato, tem-se que a baixa escolaridade dos usuários participantes pode ter implicado no conteúdo e na clareza das informações de suas falas.

Além do mais, têm-se como limitação metodológica que este estudo considerou a avaliação em profundidade dos usuários dos serviços ofertados na APS de um município, não podendo ser generalizado para todas realidades de municípios brasileiros.

## Considerações finais

A demora no agendamento e atendimento de consultas na APS e o não atendimento da demanda espontânea constituem nos principais fatores para a baixa satisfação dos usuários com a APS. A humanização do cuidado também repercutiu para a qualidade da atenção à saúde. Quando o usuário não se sentiu acolhido e ouvido, e nem ao menos foi submetido ao exame físico, avaliou mal o cuidado recebido.

Em contrapartida, alguns usuários apontaram satisfação com o atendimento, uma vez que avaliaram bem o acolhimento, a atenção e o diálogo que tiveram com os profissionais da APS, apesar dos obstáculos para obtenção da atenção à saúde.

A figura do médico para os usuários ainda constitui em potência para a agilidade em conseguir atendimento na APS. Observou-se, também, uma correlação da satisfação do usuário com a APS e a resolutividade dos problemas de saúde, pois quando o usuário percebeu que suas necessidades não foram atendidas, avaliou mal o atendimento. Além disso, os usuários têm consciência de que o PA não é resolutivo.

Os achados indicam avanços na prestação do cuidado na APS, considerando que os usuários reconhecem a importância desse nível de atenção para a continuidade e integralidade à saúde. Contudo, melhorias são necessárias na organização do agendamento de consultas, além de maior corresponsabilização dos profissionais em facilitar o acesso de forma a acolher todos que procuram atendimento na APS, priorizando aqueles usuários em situações de busca frequente aos serviços de prontidão em situações não urgentes.

### Colaboradores

Mariana Figueiredo Souza Gomide participou da construção do projeto de pesquisa, coleta, interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito. Ione Carvalho Pinto auxiliou na construção do projeto de pesquisa, na interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito. Alexandre Fávero Bulgarelli auxiliou na interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito. Alba Lúcia Pinheiro dos Santos e Maria del Pilar Serrano Gallardo auxiliaram na construção do projeto de pesquisa, na interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito.

### Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
3. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7508, 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. Brasília, DF; 2011.
4. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2865-75.

5. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(n. esp 2):19-25.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
7. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):19-25.
8. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília; 2004. 48 p.
9. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(3):436-43.
10. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(3):1267-76.
11. Sanchez RM, Ciconell RM. Concepts of access to health. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(3):260-8.
12. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Aceptación en una unidad básica de salud: enfoque en la satisfacción del usuario. *Rev Salud Publica.* 2010; 12(3):402-13.
13. Oliveira AML, Guirardello EB. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(1):71-7.
14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(2):388-94.
16. Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores [Internet]. Alberta: Qual Institute Press; 2001 [citado 02 Set 2016]. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica.* 2008; 24 Supl 1: 100-10.
19. Quevedo ALA, Rossoni E, Pilotto LM, Pedroso MRO, Pacheco PM. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. *Rev APS.* 2016; 19(1):47-57.
20. Dias OV, Araujo FF, Oliveira RM, Chagas RB, Costa SM. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016; 11(38):1-13.
21. Souza ROA, Machado CV, Noronha MF. Desafios da gestão municipal da atenção básica em saúde no Brasil: um estudo de caso. *Rev APS.* 2015; 18(2):166-75.
22. Gaioso VP, Mishima SM. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. *Texto-Contexto Enferm.* 2007; 16(4):617-25.
23. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC Fam Pract.* 2010; 11-73.
24. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in Emergency Departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes.* 2012; 5:525.

25. Pereira IB. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 147-64.
26. Ayres JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 127-44.
27. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Cienc Saude Colet. 2015; 20(6):1869-78.
28. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 29-40.
29. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. Rev Gaucha Enferm. 2011; 32(2):345-51.
30. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in finish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. BMC Fam Pract. 2014; 15:98.

Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. La satisfacción del usuario con la atención primaria a la salud: un análisis del proceso y de la acogida. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):387-98.

El objetivo fue entender la satisfacción de los usuarios con el acceso y la acogida de la Atención Primaria a la Salud (APS) a partir de la demanda no urgente de la Atención Rápida (PA, por sus siglas en portugués). Se entrevistaron de forma intencional 28 usuarios no urgentes de los PA de los cinco Distritos de Salud (DS) de Ribeirão Preto (Estado de São Paulo) que fueron atendidos en la APS al menos una vez en los seis meses anteriores a la colecta de datos para evaluar la atención. Se analizaron las entrevistas semi-dirigidas por la técnica de análisis de contenido. Se identificó la satisfacción con la atención recibida por los profesionales de salud en la APS y la insatisfacción con la demora en la marcación de consultas y la dificultad de acogida por demanda espontánea. No se observaron divergencias de la satisfacción del usuario en los diferentes DS. Se concluye que los obstáculos relacionados al acceso a los servicios de APS constituyen un obstáculo para que la población obtenga atención, repercutiendo en la satisfacción y en alta demanda por el PA.

*Palabras clave:* Atención primaria a la salud. Satisfacción del usuario. Accesibilidad a los servicios de salud.

Submetido em 29/09/16. Aprovado em 17/03/17.