

# A organização do serviço de saúde a partir do acolhimento dos usuários - A experiência da Unidade Mista/PSF do Sinhá Sabóia - Sobral-CE

Aldenildo A. de Moraes F. Costeira<sup>1</sup>; Francisca Luena C. Brito<sup>2</sup>;  
Maria das Graças Lobo<sup>3</sup>; Maria Viana A. Costa<sup>4</sup>; Fabiano Oliveira  
de Alexandria<sup>5</sup>; Ana de Lourdes S. de O. de Alexandria<sup>6</sup>; Rogério  
Sophia Marques<sup>7</sup>

---

**Resumo** - A Área Descentralizada de Saúde do Sinhá Sabóia, situada na zona urbana de Sobral, com uma população de 16.938 habitantes distribuída em 3.764 famílias, teve a implantação do Programa Saúde da Família em abril de 1998, com 03 equipes formadas por 03 médicos, 04 enfermeiras e 21 agentes de saúde. Apresenta como unidade de saúde de referência a Unidade Mista Dr. Thomaz Corrêa Aragão. O principal problema identificado pelas equipes do PSF, bem como pela direção da referida unidade, foi a demanda desorganizada submetida a uma forma desumana de acesso ao serviço de saúde, caracterizada pelas filas de madrugada e pelo atendimento tendo como critério a ordem de chegada. Esta realidade dificultava profundamente a organização da demanda, a prática da adscrição de clientela às equipes do PSF e, conseqüentemente a sua resolubilidade. A partir da análise de outras experiências de acolhimento em saúde, foi estruturado um projeto adequado à realidade deste serviço. Esta experiência, em curso desde abril de 1999, passou por uma avaliação, através da pesquisa de opinião junto aos usuários, cujos resultados demonstram que o acolhimento, modificou positivamente, a forma de acessar o serviço para 89,7 % das pessoas entrevistadas.

---

## Introdução

A Área Descentralizada de Saúde (ADS) do Sinhá Sabóia faz parte da zona urbana do município de Sobral-CE, sendo constituída por 04 bairros ; Sinhá Sabóia, COHAB I, COHAB II e Conjunto Santo Antônio e por localidades da zona rural próximas a estes bairros, quais sejam Salgado dos Machados, Varjota, Caioca e Madeira. A referida ADS tem uma população em torno de 16.938

---

<sup>1</sup>Médico do Programa Saúde da Família de Sobral, Especialista em Medicina Preventiva e Social, Coordenador da Preceptoría da Residência em Saúde da Família de Sobral.

<sup>2</sup>Enfermeira do Programa Saúde da Família de Sobral, Especialista em Saúde Pública.

<sup>3</sup>Enfermeira do Programa Saúde da Família de Sobral, Especialista em Saúde Pública.

<sup>4</sup>Enfermeira do Programa Saúde da Família de Sobral, Especialista em Enfermagem Obstétrica.

<sup>5</sup>Médico do Programa Saúde da Família de Sobral, Especialista em Saúde da Família.

<sup>6</sup>Enfermeira do Programa Saúde da Família de Sobral.

<sup>7</sup>Médico do Programa Saúde da Família de Sobral, Especialista em Pediatria.

habitantes, distribuída em 3.764 famílias. Estima-se um índice de analfabetismo de 19,7%, e um percentual de 32% de desempregados em faixa etária economicamente ativa. Em termos habitacionais, 93,2% das moradias são de alvenaria, 89% são eletrificadas, 93,1%, ligadas a rede pública d'água, 84,3% são saneadas e 84,5% tem coleta pública de Lixo.

Em abril de 1998, foi iniciado o processo de implantação das equipes do Programa Saúde da Família na ADS Sinhá Sabóia, tendo sido identificada a necessidade de três equipes para atender a população do território compreendido. A população foi adscrita da seguinte maneira: Bairro Sinhá Sabóia e Bairro Santo Antônio com 1296 famílias; COHAB I, Salgado dos Machados e Varjota com 1300 famílias; e COHAB II, Madeira e Caioca com 1112 famílias.

A porta de entrada do sistema de saúde local da ADS Sinhá Sabóia, onde as equipes do PSF estão instaladas, é a Unidade Mista Dr. Thomaz Corrêa Aragão, que conta com 06 consultórios médicos, 01 consultório odontológico, 01 sala de imunização, 01 sala de nebulização, 01 sala para TRO e preparo dos pacientes, 01 sala de raio X, 01 Sala de dispensação de medicamentos, além de 04 enfermarias (02 de pediatria e 02 de clínica médica) e sala de parto, hoje desativada.

A unidade não dispunha de um processo de organização de demanda, sendo esta, em sua quase totalidade, caracterizada por uma demanda espontânea. Os usuários necessitavam, para ter acesso ao atendimento na unidade, chegar de madrugada, como acontece em tantos outros serviços de saúde no Brasil, para enfrentar uma fila e disputar uma "ficha", na tentativa de ser atendido por um determinado profissional.

Para ilustrar tal situação, observava-se, nos pilares da marquise na parte frontal da unidade, cartazes com o nome dos profissionais que prestam atendimento na unidade, e os usuários faziam filas em cada um destes pilares. No caso de consultas para as crianças, as mães levavam os cartões de vacina e colocavam enfileirados no chão, próximo aos pilares com pedras sobre os mesmos. O mesmo acontecia para os idosos que como não tinham condições de ficar aguardando, nem tinham parentes para ficar por eles, colocavam algum documento na fila.

Com esta forma de acesso dos usuários ao serviço, vários problemas eram identificados, tais como:

- 1º. O processo era desumano pois os usuários eram submetidos a aguardarem uma fila de madrugada ao relento sem o menor conforto, para tentar um determinado atendimento;
- 2º. As pessoas que moravam na zona rural ou em áreas mais distantes da unidade, que tinham dificuldades por ser idosos, ou por outras situações, não dispunham de formas para enfrentar a maratona exigida, e não conseguiam chegar cedo, ficando à margem do processo, e muitas das vezes, sem ter acesso ao atendimento;
- 3º. Como o critério era a ordem de chegada, não se levava em consideração a necessidade do usuário, do ponto de vista clínico. Ou seja, os que estavam nas primeiras posições da fila, poderiam ter um problema simples, que não exigisse um atendimento imediato (no mesmo dia). Esta pessoa garantiria o seu atendimento, em detrimento a uma situação de risco de um indivíduo, que ao chegar no guichê do SAME, recebesse a notícia de que não haveria mais vaga;
- 4º. Como a lógica era a da demanda espontânea versus vagas disponíveis, era difícil vincular o usuário ao profissional do PSF, impossibilitando a prática da adscrição de clientela, ou seja um mesmo usuário era consultado por vários profissionais;
- 5º. Havia possibilidade de que os usuários conhecidos (com vínculo de amizade) dos funcionários do SAME, tivessem um certo privilégio de obter vagas, anteriormente reservadas (até mesmo por telefone), e outras formas de burlar a organização, como o oferecimento de agrados aos funcionários.

*Diante desta realidade, a forma de acesso ao serviço passou a ser a principal preocupação enfrentada pela equipe, que sempre estava em situação de stress, convivendo com a insatisfação dos usuários, os conflitos e confusões nos corredores e a impossibilidade de organizar a demanda.*

*Estes assuntos eram debatidos em reuniões de equipe, e com os usuários na tentativa de encontrar uma saída para resolver este problema, que passou a ser prioridade para o PSF da ADS do Sinhá Sabóia.*

### **Proposta de intervenção**

*Tal insatisfação vivida pela equipe, levou à procura de outras experiências de organizações de serviços. A proposta de acolhimento em serviços de saúde, como o “Grupo de Organização e Resolução da Demanda - GORDS”, desenvolvido em algumas unidades básicas de saúde do município de São Paulo em 1991 e 1992 e a “Operação Porta Aberta” da Secretaria de Saúde de Betim em 1996, nos chamaram atenção.*

*Passamos a estudar essas experiências e observar o que poderia ser aproveitado ou adequado a nossa realidade, para viabilizar uma proposta destinada a unidade mista do bairro. Procuramos nos aprofundar na sua magnitude, entendendo que, como concebe o autor Wanderlei Silva Bueno “o acolhimento na saúde vai além do conceito do Aurélio da recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho, passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito”. O mesmo autor define o acolhimento na saúde como “a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania”.*

*Mediante a busca de possibilidades de execução de uma proposta de reorganização do serviço de saúde, baseada na definição de acolhimento na saúde, iniciamos um processo de ampliação desta discussão, envolvendo a direção clínica e administrativa da unidade e ampliando para o conjunto dos servidores e os usuários, através da representação do Conselho Local de Saúde.*

*Passamos, então, a estabelecer as ações necessárias para execução da proposta. Partindo do consenso de que hora de chegada não era um critério técnico correto, e sobretudo representava um atendimento desumano, elaboramos um folheto explicativo que foi distribuído pelos agentes de saúde a quase todos os domicílios da área. Foi formulado também um novo fluxo de acesso dos pacientes à unidade de saúde, o que permitiu o esboço desta nova organização.*

*Assim, foi definido o mês de abril do corrente ano (99) para iniciarmos a proposta de acolhimento, ficando estabelecido o horário de 7 às 9 e 13 às 15 para os usuários procurarem o atendimento (excetuando-se nas emergências em que não se aplica o limite de horário), e não mais critério de ordem de chegada, sendo os mesmos, acolhidos por uma equipe de auxiliares de enfermagem e uma enfermeira da unidade, supervisionados por um dos membros (médico ou enfermeira) do PSF. No primeiro mês todos os membros da equipe do PSF participavam conjuntamente. O acolhimento é iniciado com a apresentação da proposta e os seus objetivos, depois é disponibilizado o número de vagas por cada profissional, e logo após os profissionais escutam as necessidades trazidas por cada usuário presente. A partir daí, dependendo da demanda referida pelo usuário e da sensibilidade e do olhar clínico do acolhedor, quatro caminhos básicos podem ser tomados:*

*1º. Pronto atendimento, que objetiva acolher os casos agudos que exigem uma intervenção imediata, dentro do pressuposto que a ausência de atendimento possa acarretar o agravamento do qua-*

dro clínico, ou devido a própria gravidade. A partir do pronto atendimento o usuário poderá receber um tratamento sintomático, ter um tratamento ambulatorial, ficar em regime de observação, ser internado para tratamento hospitalar, ou ainda, ser transferido para tratamento em outro serviço de maior complexidade.

2º. *Agendamento de consultas*, buscando-se inverter o perfil da demanda, que era eminentemente espontânea para uma demanda programada, buscando assim um acompanhamento mais sistemático dos usuários acometidos de doenças crônicas ou acompanhamento por programas, visando ações de promoção à saúde. Estas consultas são programadas, obedecendo a agenda de atendimento de cada profissional, envolvendo os programas de puericultura, saúde do adolescente, saúde da mulher, pré-natal e terceira idade.

3º. *Encaminhamento a outro serviço* para os casos em que o serviço não tenha complexidade para resolver, utilizando-se da ficha de referência e do suporte da Central de Marcação de Consulta.

4º. *Atendimento a grupos*, com orientações educativas, para aquela demanda em que não se identifica necessidade de uma consulta individual e sim de uma intervenção coletiva.

Mediante as consultas programadas, passou-se a estabelecer um acompanhamento sistemático dos pacientes crônicos, das ações programáticas, ou dos pacientes com quadro agudo que necessitam de investigação com exames complementares, operacionalizado através do agendamento do retorno, sem necessitar que o paciente retorne ao grupo de acolhimento, a não ser que o mesmo receba alta deste acompanhamento.

Como é esperado quando se propõe mudanças significativas, houve uma certa resistência de alguns usuários a se submeterem as novas regras estabelecidas, e a discrepância de alguns servidores de que a proposta pudesse dar certo.

Convivemos nos dois primeiros meses com um número muito grande de usuários procurando o serviço, até mesmo porque a proposta colaborava para diminuir a demanda reprimida, pois todos os que procuravam o serviço tinham sua demanda acolhida e de uma maneira ou de outra era apresentado uma forma de acompanhar a necessidade do usuário, quer seja com uma consulta, ou com uma simples orientação.

Essa demanda, aumentada no início, exigia uma maior paciência e cuidado do profissional que estava acolhendo, no intuito de evitar conflitos desnecessários, que viesse a prejudicar o apoio dos usuários, que para nós constitui-se no principal aliado no sentido de que a proposta se solidificasse.

Porém, com o amadurecimento a proposta, possibilitado pelo constante processo de avaliação e o desenvolvimento de um *known-how* por parte da equipe acolhedora, foi possível a elaboração de um manual do acolhedor. O processo foi tomando corpo, passando a dar um melhor nível de organização para a demanda, permitindo um fluxo interno organizado e a adscrição de clientela em relação as equipes do PSF.

## **Recursos utilizados**

Do ponto de vista dos recursos utilizados para execução deste trabalho, podemos afirmar que financeiramente tem um custo muito baixo, pois o que se trabalha é a construção de uma nova prática, por parte de todos os atores sociais envolvidos. Porém, dentro de uma nova etapa, a informatização do SAME e do processo de agendamento de consultas pode onerar um pouco mais o sistema de saúde.

## **Resultados**

Após 6 meses de implantação da proposta de acolhimento, percebemos de forma

subjetiva, que havia na maioria das pessoas envolvidas na construção deste processo, e nos usuários, um olhar de crédito na mudança instituída.

Resolvemos, então, aplicar um questionário semi-aberto para aferir o nível de satisfação dos usuários. Foram entrevistados 105 usuários, no período de 20 à 24 de setembro, por acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade do Vale do Acaraú - Sobral - CE. Os entrevistados na sua maioria foram do sexo feminino, 90,5% (95 mulheres) e 9,5% do sexo masculino (10 homens). A idade entre 14 e 69 anos distribuída conforme Tabela I.

**Tabela I - Distribuição por idade dos entrevistados usuários do PSF do bairro Sinhá Sabóia, Sobral, 1999**

IDADE DOS ENTREVISTADOS	Nº DE PESSOAS ENTREVISTADAS
14 -20 anos	22
21 - 30 anos	48
31 - 40 anos	16
41 - 50 anos	10
50 anos e +	09
Total	105

Estes entrevistados tinham passado pela sessão do acolhimento, sendo que 58 destes procuraram o serviço para buscar atendimento a uma demanda pessoal e o restante, 47 pessoas, buscava atender a necessidade de outro, distribuído conforme Tabela II. Na categoria outros, estão os que procuraram o serviço para neto(a), irmão(ã), sobrinho(a), e amigo(a).

**Tabela II - Objetivos alegados para o atendimento pelos entrevistados usuários do PSF do Sinhá Sabóia, Sobral, 1999**

A QUEM SE DESTINA O ATENDIMENTO	NÚMERO DE PESSOAS	%
Ao próprio entrevistado	58	55
Filho (a)	32	30,5
Pai/mãe	03	2,9
Esposo (a)	02	1,9
Outros	10	9,5
Total	105	100

A partir da análise do fator: a quem se destina o atendimento, pudemos também observar um perfil de demanda, quanto ao sexo e faixa etária, que busca algum tipo de atendimento de saúde. Foi verificado que a demanda feminina constitui a maioria com 70,5 % dos casos (74 mulheres) enquanto a demanda masculina perfaz um total de 31, correspondendo a 29,5%. Quanto à faixa etária, os grupos mais representativos foram o dos adultos jovens (19 - 49 anos) com 40% e em segundo lugar, as crianças (0 a 11 anos), ficando distribuídos conforme a Tabela III.

Feita a caracterização da demanda, quanto a idade e sexo, o instrumento buscou explorar a expectativa inicial, observando-se a necessidade que o usuário trazia para o serviço, procurando identificar que tipo de atendimento ele desejava, e se esta expectativa foi correspondida. A maioria dos 105 entrevistados, 43,8%, desejava uma consulta médica de caráter imediato (pronto atendimento). Foi neste grupo de interesse que houve a maior ocorrência de expectativa não

**Tabela III - Distribuição por faixa etária dos atendimentos buscados pelos usuários entrevistados do PSF Sinhá Sabóia, Sobral, 1999**

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE PESSOAS	%
0 - 11 meses	09	8,6
1 - 4 anos	19	18,1
5 - 11 anos	10	9,5
12 - 18 anos	14	13,3
19 - 49 anos	42	40
50 anos e +	11	10,5
Total	105	100

contemplada (dentro deste grupo um percentual de 34,8%), Tabela IV. Tal fato pode ser explicado devido a idéia da comunidade de que ter acesso ao serviço de saúde é garantir uma consulta com o médico.

Em relação a como foi trabalhada a expectativa inicial do usuário não contemplada (total de 32 usuários), destacamos que a maioria dos não contemplados, que desejavam um pronto atendimento médico, tiveram suas consultas agendadas para o médico (13 pessoas). Do restante, 2 tiveram exames solicitados, e 2, pronto atendimento de enfermagem. Entre os que queriam apresentar um resultado de exame no mesmo dia, todos tiveram suas consultas agendadas com o médico, dentro de um programa. Já um usuário que desejava um agendamento para consulta médica, foi encaminhado para o pronto atendimento médico. Dos quatros que desejavam uma solicitação de exames, 02 tiveram consultas médicas agendadas, 01 foi encaminhado a outro serviço e 01, ao pronto atendimento médico. Um usuário que desejava receber exame, teve sua consulta agendada. E, finalmente, um que desejava ser encaminhado para outro serviço, teve uma consulta de pronto atendimento médico garantida.

Os dados apresentados demonstram que, nem sempre a forma pela qual o paciente imagina que seu problema seja resolvido é absorvida pelo acolhimento, podendo ser redirecionada de maneira adequada, levando em consideração a complexidade do problema.

**Tabela IV - Resultado do acolhimento a partir da expectativa inicial dos usuários do PSF Sinhá Sabóia, Sobral, 1999**

EXPECTATIVA INICIAL	Pessoas entrevistadas		Expectativa contemplada		Expectativa não contemplada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pronto atendimento médico	46	43,8	30	65,2	16	34,8
Pronto atendimento de enfermagem	11	10,5	09	81,8	02	18,2
Agendamento para médico	06	5,7	05	83,3	01	16,7
Agendamento para enfermeira	04	3,9	04	100	00	0
Encaminhamento p/ outro serviço	01	0,9	00	0	01	100
Solicitação de exame	13	12,4	08	61,5	05	38,5
Receitação de medicação de uso contínuo	07	6,7	07	100	00	0
Outro	17	16,1	10	58,8	07	41,2
Total	105	100	73	67,6	32	32,4

O instrumento aplicado procurava aferir o nível de satisfação ao final (com o resultado final) do acolhimento, tendo a maioria respondido que sim (ficaram satisfeitos), 76,2 % conforme o observamos na Tabela V.

Observamos que 79 % dos que responderam que ficaram satisfeitos, tiveram sua expectativa inicial contemplada, enquanto que 69,1% dos que responderam que não ficaram satisfeito não tiveram sua expectativa inicial contemplada. Podemos deduzir que a satisfação está diretamente relacionada com a resposta positiva ao interesse inicial.

Para melhor entender as repostas dadas ao quesito de satisfação com o resultado final do acolhimento, perguntamos porque os entrevistados responderam afirmativamente, negativamente ou de forma indiferente. Como a pergunta era aberta, ao analisarmos, categorizamos as repostas com sua freqüência de citação conforme disposto nas Tabelas VI, VII e VIII.

Tabela V - Nível de satisfação de acordo com o atendimento da expectativa dos entrevistados usuários do PSF do Sinhá Sabóia, Sobral, 1999

NÍVEL DE SATISFAÇÃO	Expectativa contemplada		Expectativa não contemplada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfeito	64	79	17	21	80	77,1
Insatisfeito	04	30,7	09	69,3	13	12,4
Indiferentes	05	45,4	06	54,6	11	10,5
TOTAL	73		32		105	100

Os que responderam que ficaram satisfeitos com o resultado final do acolhimento justificaram sua resposta da seguinte forma:

Tabela VI - Distribuição segundo o motivo alegado para satisfação com o acolhimento dos entrevistados usuários do PSF do Sinhá Sabóia, Sobral, 1999

RESPOSTA DADA	No. de pessoas
Houve um bom tratamento por parte dos funcionários para com os usuários (fui bem atendida).	26
Porque vou ser consultado ainda hoje.	10
Porque melhorou em relação a como era antes/ não precisa chegar de madrugada/ não tem fila.	08
Porque teve uma consulta agendada.	05
Teve sua demanda avaliada e foi tomado algum encaminhamento.	03
O atendimento não é demorado.	02
Espera ter sua demanda avaliada.	01
Porque recebeu o medicamento que usa.	01
Porque a consulta é eficiente.	01
Conseguiu internar a pessoa que acompanhava.	01
Não respondeu ou não sabe.	22
Total	80

Já para os que responderam que não ficaram satisfeitos com o resultado final justificaram com as seguintes respostas:

Tabela VII - Distribuição segundo o motivo alegado para insatisfação dos entrevistados usuários do PSF do Sinhá Sabóia, Sobral, 1999

<b>RESPOSTA DADA</b>	<b>No. de pessoas</b>
Pois a consulta não vai ser imediata	03
Para o meu problema necessitava uma consulta imediata	02
Porque a consulta agendada demora ou pode demorar	02
Queria consulta médica e conseguiu de enfermagem	01
A consulta não foi marcada p/ médico que o acompanha	01
Porque precisa da presença da criança para marcar	01
Não houve bom atendimento dos funcionários	01
Demora muito o processo	01
Não respondeu	01
<b>Total</b>	<b>13</b>

Por último, os que demonstraram indiferença justificaram desta forma:

Tabela VIII - Distribuição segundo justificativa alegada para indiferença quanto ao acolhimento dos entrevistados usuários do PSF do Sinhá Sabóia, Sobral, 1999

<b>RESPOSTA DADA</b>	<b>No. de pessoas</b>
Porque a consulta agendada demora muito	02
Consegui o atendimento	01
Não explicam e não dão informações certas	01
Tem poucos médicos para atender a demanda	01
Tem consulta mas não tem remédio	01
Tanto faz, quer ser é atendido	01
Porque é desorganizado	01
Não respondeu	03
<b>Total</b>	<b>11</b>

Com o intuito de identificar se o usuário percebia alguma mudança, e de como ele observava esta mudança, o instrumento continha uma pergunta aberta questionando o que ele achava que modificou no atendimento na unidade mista Dr. Thomaz Corrêa Aragão.

A maioria das respostas categorizadas, foram avaliadas como percepção de mudanças positivas, e a frequência com que manifestaram-se foi bastante representativa, Tabela IX.

Uma das respostas mais freqüentes faz alusão a não haver mais necessidade de comparecer de madrugada ao serviço e a inexistência de fila sendo as mesmas citadas por 32 dos entrevistados.

Tabela IX - Distribuição segundo o tipo de percepção de mudança na unidade dos entrevistados usuários do PSF do Sinhá Sabóia, Sobral, 1999

RESPOSTA DADA	No. de pessoas
Não é preciso mais vir de madrugada/Não tem mais fila	32
Todo mundo é atendido mesmo se for agendada a consulta	09
O atendimento está mais rápido	08
Não mudou/não houve mudanças/mudou pouca coisa/mudou para pior	08
Agora é melhor recebido/tem mais atenção/agora é acolhido	06
Prioriza o atendimento quanto a gravidade e não por ordem de chegada	05
Agora é possível agendar consulta	04
Melhorou o atendimento	02
Melhorou, mas às vezes o médico não vem ou chega tarde	02
Existe uma equipe para receber as pessoas	01
Aumentou o número de exames	01
Os médicos chegam na hora	01
Não melhorou, mesmo com dor tem que agendar uma consulta	01
Agora é preciso agendar consulta	01
Não sabe/Não respondeu	16
Total	97

O último questionamento procurou saber daqueles usuários que já tinham sido atendidos antes da implantação do acolhimento se em relação à forma anterior de ingressar no serviço a mudança foi positiva ou negativa. Dos 87 entrevistados, que já conheciam o serviço antes das alterações instituídas, 52% informaram que melhorou muito. A Tabela X apresenta o resultado fazendo a comparação das respostas com as situações em que o acolhimento contemplou ou não a expectativa inicial.

Tabela X - Opinião sobre as mudanças na unidade de acordo com o grau de atendimento das expectativas dos entrevistados usuários do PSF Sinhá Sabóia, Sobral, 1999

COM A MUDANÇA	Expectativa		Total	
	contemplada (Nº)	não contemplada (Nº)	Nº	%
Piorou muito	03	00	03	3,4
Piorou pouco	02	02	04	4,6
Não modificou	02	00	02	2,3
Melhorou um pouco	18	08	26	29,9
Melhorou muito	36	16	52	55,8
Total	61	26	87	100

## Conclusão

Os resultados obtidos com a aplicação deste instrumento, que procurou avaliar o nível de satisfação dos usuários da unidade mista Dr. Thomaz Corrêa Aragão, com a operacionalização do projeto de acolhimento, que foi desenvolvido a partir da implantação do PSF na ADS Sinhá Sabóia, foram considerados como bastante positivos, pelas equipes do programa, bem como pelo conjunto dos servidores que fazem a referida unidade. Tais resultados estimulam, de forma decisiva, toda a equipe de saúde da área, para cada vez mais, enfrentar os desafios impostos ao maior aperfeiçoamento do projeto de acolhimento.

Alguns ajustes já estão em fase de execução. Tais como, o estabelecimento de horários

alternativos para aqueles usuários que já vão ao serviço com a intenção de agendar uma consulta. Outra preocupação que está sendo trabalhada, é a melhoria do ambiente interno da unidade, para que permita um maior conforto ao usuário, e que, no momento em que se está aguardando a consulta, possamos ter um espaço de discussão sobre os temas relativos à saúde, possibilitando a ampliação do debate sobre acolhimento, utilizando-se, inclusive, das técnicas de teatro de rua.

Acreditamos que o acolhimento, além de está colaborando para uma melhor organização do serviço, se coloca como instrumento importante na mudança do modelo hegemônico centrado na doença. Ao humanizarmos, qualificarmos e organizarmos o atendimento, estamos permitindo que as equipes do PSF possam cada vez mais planejar suas ações, destinando o tempo necessário para as atividades de vigilância e educação em saúde, o que possibilita uma maior aproximação com a comunidade, no intuito de trabalhar outros conceitos importante, tais como, cidadania, qualidade de vida, democratização do saber e auto-cuidado com a saúde.

### Referência bibliográfica

- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. In: Saúde em Debate 961, 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- DUNCAN, B. D.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.10-56.
- SUCUPIRA, A C. S. L. As relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras. Dissertação de Mestrado apresentada no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, São Paulo, 1982.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. Conferência Nacional de Saúde on-line, <http://www.datasus.gov.br>, 1997.

### Nota

Aplicação do Questionário - Estagiários do Curso de Enfermagem: Kélvia Maria de Araújo; José Reginaldo Silvestre Pereira; Jônisson Marinho de Oliveira Xavier; Kellyanne Abreu Silva; Katharine Marques Vieira; Joyce Mazza Nunes; Janne Michelle Costa Dias.