

Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais?¹

Silvana Martins Mishima²

Ana Carolina Campos³

Silvia Matumoto⁴

Cinira Magali Fortuna⁴

Objetivo: analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil, sob a perspectiva da responsividade. Método: estudo qualitativo, realizado com 41 usuários das famílias que utilizaram a Unidade de Saúde da Família, pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Utilizou-se entrevista semiestruturada para coleta, realizada entre novembro de 2010 e janeiro de 2011, com foco nas dimensões da responsividade: dignidade, autonomia, instalações e ambiente físico, atenção imediata, escolha, confidencialidade, comunicação. Procedeu-se à análise temática. Resultados: quatro temas emergiram na análise: o ambiente da unidade de saúde, o acesso e seus componentes de acessibilidade – favorecendo a responsividade?, possibilidades da construção da relação usuário/equipe/serviço de saúde e a equipe da Unidade de Saúde da Família – processando a assistência e acolhimento. Conclusão: a responsividade permite acompanhar e monitorar aspectos não médicos do cuidado a partir dos usuários, contribuindo para o alcance da cobertura universal, dando ênfase à qualidade da atenção.

Descritores: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Satisfação do Usuário; Atenção Primária de Saúde; Acesso Universal a Serviços de Saúde.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processos nº 13.0216/2009-7 e 312389/2009-4.

² PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ MSc, Enfermeira, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2674. [Access ____ ____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>.

Introdução

O conceito de responsividade refere-se ao modo como o sistema de saúde consegue reconhecer e responder às expectativas dos indivíduos em relação aos aspectos não médicos do cuidado, levando em consideração como as ações governamentais atendem às expectativas e demandas da população, respeitando os direitos das pessoas, agregando a definição dos princípios de validade universal à avaliação de sistemas de saúde⁽¹⁻⁴⁾. Assim, a responsividade se voltaria a analisar a interação entre o modo como o sistema de saúde atua e a satisfação do usuário⁽³⁾.

O conceito de responsividade abrange dois aspectos principais: o *respeito pelas pessoas* que incorpora questões como: dignidade, autonomia, comunicação e confidencialidade e *orientação para o cliente* que inclui os elementos que influem na satisfação, mas não estão diretamente ligados ao cuidado à saúde: respeito ao atendimento rápido, acesso a redes de apoio social, qualidade das instalações e escolha do prestador de cuidados de saúde^(1,3).

Embora críticas sejam colocadas à análise da responsividade, por se tratar de opinião do usuário e apresentar vieses como, por exemplo, pela gratidão pelo atendimento recebido⁽⁴⁾, considera-se que seus elementos/dimensões podem ampliar as possibilidades de avaliação da satisfação dos usuários, contribuindo com indicativos para ampliação da universalidade da atenção à saúde e da cobertura universal. O conceito pode permitir também que a enfermagem o utilize para ampliar suas ações no atendimento às necessidades e expectativas dos usuários.

A responsividade está indicada como referência de uma entre dez ações que resultaram como lições aprendidas de vários países da América Latina que mostraram que a cobertura universal é alcançável. Tal ação específica refere-se a mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação da qualidade do cuidado, nas dimensões técnica e interpessoal, tendo em vista que a expansão da cobertura requer investimentos na qualidade do cuidado⁽⁵⁾.

Assim, a noção de responsividade, incluindo seus principais aspectos já referidos, o respeito pelas pessoas e a orientação para o cliente, pode guiar os movimentos que buscam a avaliação, monitoramento e incremento da qualidade como um componente da cobertura universal em saúde⁽⁵⁾.

No cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil, em 1994, implementou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sustentada pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de enfrentar o problema da desigualdade de acesso e

expandir a cobertura, buscando efetivar o processo de democratização, de construção da cidadania, envolvendo a população na tomada de decisões⁽⁶⁾.

Estudos sobre avaliação de serviços de saúde⁽⁷⁻⁸⁾ têm apontado a importância de se analisar o impacto das ações da APS sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários, destacando-se a importância de dar-lhes voz e possibilidade de participação nos processos de diagnóstico e planejamento de ações. Assim, já é possível identificar expansão na produção científica acerca da satisfação dos usuários em relação aos serviços de APS, em especial aqueles relacionados à Saúde da Família⁽⁸⁾. Contudo, ainda são raros estudos brasileiros sobre a responsividade.

Destaca-se que a diferença da perspectiva da responsividade e da avaliação da satisfação do usuário está na abordagem a esse, sendo que, nessa última, pergunta-se o quanto ele ficou satisfeito com o atendimento recebido em relação à sua expectativa e, na responsividade, pergunta-se sobre o que acontece quando interage com os serviços de saúde⁽⁴⁾.

Esta investigação utilizou, para análise da satisfação do usuário à assistência prestada por uma Unidade de Saúde da Família (USF), as dimensões da responsividade: *dignidade, autonomia, confidencialidade, atenção imediata, escolha, instalações e ambiente físico e comunicação*.

A questão norteadora desse estudo foi: como está a satisfação dos usuários com as unidades de saúde da família, considerando os elementos constitutivos da responsividade?

Desse modo, o estudo objetivou analisar a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família, na perspectiva da responsividade.

Percurso da pesquisa

Trata-se de estudo descritivo e abordagem qualitativa, realizado em um município de grande porte do Estado de São Paulo, Brasil, que possui rede pública articulada de prestação de serviços de APS e serviços especializados de distintos níveis de atenção. No ano 2011, o município contava com 21 equipes de Saúde da Família distribuídas em 13 unidades de saúde; e, como outros municípios com mais de 100 mil habitantes, vivenciava dificuldades na consolidação da ESF⁽⁹⁾, razão pela qual, apesar da cobertura inferior a 14%, considerou-se relevante analisar os resultados alcançados. Selecionou-se uma equipe, por sorteio, dentre aquelas que manifestaram interesse em participar da pesquisa após apresentação do estudo.

Para coleta de dados, a entrevista semiestruturada permitiu captar a singularidade e especificidades presentes

nas relações que os usuários estabelecem com os serviços de saúde, considerando, inclusive, as dimensões da responsividade que apresentam aspectos subjetivos⁽¹⁰⁾. O instrumento utilizado conteve questões relativas à caracterização dos entrevistados e outras voltadas às dimensões da responsividade, tais como: como você vê a aparência da USF? Você se sente respeitado? Você consegue atendimento sempre que procura?

A seleção dos sujeitos da pesquisa se deu pela identificação das famílias cadastradas pela equipe no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Do total de 773 famílias, selecionou-se amostra inicial de 77 famílias (10%), utilizando-se o método de amostragem casual simples sem reposição, em que cada unidade amostral teve igual possibilidade de pertencer à mesma, contemplando a diversidade das 5 microáreas da USF.

A seguir, buscou-se, nos prontuários das 77 famílias, identificar aquelas em que pelo menos um membro havia utilizado alguma das ações ofertadas pela USF, como consultas, orientações, visitas domiciliares, grupos, entre outros, no período máximo de seis meses anteriores ao corte do dia 2 de setembro de 2010. Foram sujeitos da pesquisa um membro da família selecionada, com idade igual ou superior a 18 anos presente no domicílio, local da realização da entrevista, no dia determinado para a mesma. As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos, conduzidas por entrevistador experiente, no período de novembro de 2010 a janeiro de 2011. Foram audiogravadas em mídia digital e transcritas, posteriormente.

Após a realização de 43 entrevistas, verificou-se a saturação dos dados, mesmo com a perda de duas, por problemas de gravação, quando se inferiu a reiteração das respostas relativas às dimensões da responsividade em seu conjunto⁽¹¹⁾.

Para análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática, cujo conjunto de procedimentos permitiu a análise das convergências, divergências e as respostas inusitadas constantes das respostas abertas⁽¹⁰⁾. A análise do material empírico, orientada pelas dimensões da responsividade, permitiu a identificação de quatro temas: *o ambiente da unidade de saúde, o acesso e seus componentes de acessibilidade – favorecendo a responsividade?, possibilidades da construção da relação usuário/equipe/serviço de saúde e a equipe de saúde da família – processando a assistência e acolhimento.*

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Protocolo nº400 CEP-CSE-FMRP/USP.

Resultados

Os entrevistados apresentam opiniões diversificadas acerca do *ambiente da unidade de saúde*. Há aqueles

que o consideraram adequado:

[...] eu acho que tem espaço sim [ambientes internos], é tudo bem repartidinho, bem organizado lá, eu acho bom (Entrev. 06).

No entanto, alguns apontaram que os ambientes da USF são apertados, pouco iluminados e ventilados, havendo dificuldade de circulação de pessoas nesse ambiente, por causa de corredores pequenos, presença de degraus dificultando a acessibilidade e número reduzido de consultórios para atendimento, ou seja, percebem o espaço físico da unidade como não preparado para promover a atenção à saúde:

[...] dia que eu fui consultar, eu tive que ficar esperando pra ser atendida, porque não tinha sala (Entrev. 18).

Os usuários tendem a considerar a unidade de saúde como um local simples, com mobília antiga, inadequada e abaixo de suas expectativas:

[...] mas, eu acho que é uma casa feia, cheia de mofo, os consultórios mofados, as cadeiras da recepção, umas cadeiras não muito agradáveis... (Entrev. 01)

e sem identificação adequada da fachada da USF. E expressam desejo de uma unidade mais agradável e acolhedora.

Parte dos entrevistados apresenta dificuldade em relatar sobre os equipamentos disponíveis:

Eu não vejo equipamento lá [...] (Entrev. 04).

A USF é vista como um serviço de saúde com poucos equipamentos por ser uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, com foco mais voltado para acompanhamento e ações de promoção e prevenção. Registra-se reclamação, por parte de usuários, da falta de equipamentos na USF:

[...] eu acho que deveria ter mais equipamento por aqui, que poderia [...], por exemplo, um Raio X. Você fica de sete a oito horas para tirar um Raio X com hora marcada [...] (Entrev. 04).

E acreditam que essa deveria ser mais bem equipada, pois gastam muito tempo ao passar pelo atendimento na USF e depois na Unidade de Referência Distrital (URD) para realizar procedimentos e exames não ofertados na USF.

No segundo tema, os usuários consideram que a USF é de acesso rápido em relação às suas residências, percorrendo com média de 7 minutos, a pé, de distância:

[...] Ah, aonde tá é praticamente dentro de casa né. Ah, daqui ali no núcleo? Uns três minutinhos a pé [...] (Entrev. 36).

Contudo, morar perto de uma unidade de saúde não

influencia diretamente o acesso a esse serviço, pois o tempo de espera por agendamento pode ser grande. Nesse sentido, diferentes aspectos da acessibilidade organizacional foram apontados, tais como restrição de vagas para o atendimento em outros níveis de atenção, horário de funcionamento da USF, tempo de espera para agendamento e atendimento, ausência de atividades de promoção à saúde:

Agora sinto falta do PIC [Programa de Integração Comunitária], porque eu participava do PIC, é na praça né, e [...], depois que eu comecei a cair, eu não fui mais [...] (Entrev. 25).

Em relação ao tempo de espera para o atendimento na USF, destaca-se que o mesmo depende do ponto de vista e da necessidade de cada usuário, variando entre 15 e 60 minutos, o tempo considerado adequado; sendo que quase 90% dos entrevistados referiram conseguir atendimento sempre que procuram.

Usuários apontam insatisfação acerca da acessibilidade a recursos e tecnologias não disponíveis na USF, tais como: medicações, vacinação de rotina, atendimento de urgências/emergências, exames e procedimentos específicos, e especialistas:

[...] Eu acho que a USF devia ter os aparelhos pro dentista assim atender as pessoas mais [...] (Entrev. 16).

Na construção da relação usuário/equipe/serviço de saúde, a confidencialidade, ou seja, aspectos envolvendo a confiança na atenção prestada pelo serviço de saúde e aos resultados do atendimento realizado pela equipe, os entrevistados observam que os profissionais realizam avaliações, exames e orientações adequadas. O vínculo com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que os visitam em suas residências, se mostra importante, tanto por se tratar de pessoa próxima e conhecida da comunidade como pela confiança transmitida pelo profissional.

Outro aspecto da construção da confiança da população ao serviço de saúde é o sigilo das informações. Registram-se relatos de que esse sigilo é assegurado pela equipe que escuta, cuida, orienta e trata da saúde das pessoas, sem as expor a situações de risco e desconforto. Quanto à privacidade, o atendimento realizado com ética, respeito e segurança, os usuários assinalam:

[...] eu acho que assim tem coisas que eu falo pra elas assim que elas não comenta com ninguém [...] (Entrev. 17).

No tema a equipe de saúde da família – processando a assistência e acolhimento, usuários reconhecem que seus desejos, problemas e necessidades são escutados pela equipe da USF, enfatizando que os profissionais

são atenciosos, cuidadosos e sensíveis ao que lhes é solicitado. O tempo médio das consultas teve avaliação positiva, variando entre 30 e 60 minutos, pois a equipe não apressa o usuário, deixando-o à vontade para questionar e esclarecer dúvidas.

Com relação à dimensão da escolha, mais de 90% dos entrevistados negou o desejo de escolher outra unidade de saúde ou outro profissional para atendimento na USF e acompanhamento de saúde de suas famílias, em virtude da qualidade da assistência recebida, relacionamento próximo e modo como são acolhidos e respeitados:

[...] é uma relação muito próxima, mesmo. Bem essa coisa de Saúde da Família porque eu entro lá e as pessoas me chamam pelo nome, é uma relação muito legal [...] (Entrev. 21).

O desejo de procurar segunda opinião também foi negado por causa da confiança no atendimento prestado por essa mesma equipe.

Os entrevistados apontaram ter liberdade de recusar tratamento ou orientações, e relataram que nunca tiveram a necessidade de fazê-lo, pois os profissionais esclarecem suas dúvidas; relataram que podem participar e opinar nas decisões sobre saúde e tratamento seus e dos familiares. E referem que a equipe realiza atendimento adequado e sentem-se amparadas, assistidas e confiantes nas condutas prescritas e orientações ofertadas, favorecendo o vínculo usuários/serviço de saúde:

Ah! Eu acho que os profissionais fazem o melhor que eles podem [...] acho que eles gostam do que fazem, estão bem motivados [...] (Entrev. 31).

Os participantes do estudo explicitaram que os profissionais que os atendem sempre perguntam o que os incomoda e que nunca ficaram sem esclarecimento, afirmando que a equipe de saúde fica disponível para orientações e esclarecimentos. Consideram que a assistência adequada vai além do comprometimento da equipe com o próprio serviço, mas é resultado do vínculo construído na tríade usuário/profissionais/unidade de saúde.

Discussão

A APS no Brasil priorizou a estratégia Saúde da Família para concretizar as mudanças necessárias com vistas a consolidar os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde^(7,9), efetivando, assim, esforços no sentido de melhorar a cobertura e responder às necessidades de saúde da população⁽⁶⁾.

Para tanto, as USFs devem ser estruturadas

de forma a abrigar equipes que possam contar em seu processo de trabalho com recursos estruturais e equipamentos compatíveis às ações de saúde⁽¹²⁾, para enfrentar os desafios postos para os sistemas de saúde⁽⁶⁾ que, no caso aqui abordado, refere-se à organização dos serviços de saúde de modo a contemplar a expansão da cobertura, com atendimento de qualidade⁽⁵⁾.

Esse movimento também inclui a perspectiva de os sistemas ofertarem cuidados integrais e integrados envolvendo todos os níveis de atenção. Tais cuidados precisam ser acompanhados e avaliados institucionalmente e também pelos próprios usuários, que passam a ter papel fundamental na avaliação da capacidade de os serviços satisfazerem suas necessidades e expectativas⁽¹³⁾.

A responsividade e seus principais aspectos possibilitaram apresentar a avaliação da USF pelos participantes do estudo.

Com relação ao *respeito às pessoas*, os usuários valorizam o "trato", que se constitui como tecnologia leve, ou seja, tecnologia de relação, que opera a intersubjetividade no ato da produção das ações de saúde, em processos de interação, vínculo, escuta, também apontados em outros estudos como fundamentais^(12,14).

A dimensão *dignidade* no atendimento foi analisada e relacionada como um atendimento respeitoso com o modo de acolher da equipe sem ofensas e não lesar os direitos de cidadão e usuário de saúde. Em termos de direitos humanos, a dignidade implica em um conjunto de direitos e garantia que todos os indivíduos serão tratados com respeito e livres para alcançar seus próprios sonhos e esperanças. A forma mais importante de assegurar a dignidade humana é a luta contra a injusta discriminação de raça, sexo, religião, étnica, opiniões políticas, à propriedade, deficiência ou qualquer outra situação. O direito à saúde está intimamente ligado e dependente da realização de outros direitos humanos, como direitos à alimentação, moradia, trabalho, educação, à dignidade humana, à vida, à não discriminação, à igualdade, à proibição contra a tortura, à privacidade, acesso à informação e liberdade de escolhas e expressão⁽⁶⁾. Os princípios dos direitos humanos são reconhecidos e aceitos internacionalmente e compostos por direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais. Nessa direção, a busca pela meta da cobertura universal levou alguns países da América Latina a adotarem a saúde como direito social e de cidadania⁽⁵⁾.

Cada um dos aspectos da responsividade é suportado por um ou mais princípios dos direitos humanos e esses aspectos estão interligados entre si. O cuidado, oferecido com respeito, atenção e dignidade, passa pela *autonomia* do usuário em participar e decidir sobre sua

saúde e de seus familiares, bem como pela liberdade de aceitar ou recusar tratamentos e orientações de saúde. Em relação à privacidade e confidencialidade⁽¹²⁾, os usuários sentem-se protegidos no serviço avaliado, diferentemente daqueles de serviços do Estado do Rio de Janeiro, cujos usuários avaliaram a primeira como o aspecto mais falho, ainda que a confidencialidade das informações estivessem asseguradas⁽⁴⁾.

Já a *comunicação* é percebida na construção da responsividade⁽¹⁾ como o ponto comum a todos os outros aspectos dessa temática e fundamental para a continuidade da assistência. A qualidade dos cuidados de saúde depende da combinação de técnicas e medidas interpessoais, ou seja, a comunicação adequada e eficaz com linguagem que favorece a compreensão dos usuários, como referido pelos entrevistados, reiterando satisfação com os esclarecimentos recebidos. Nesse sentido, o serviço direciona-se para fortalecer as funções do sistema de saúde para ampliar a possibilidade de escolha do usuário, aumentar a eficácia e eficiência, bem como melhorar a qualidade da atenção, visando a cobertura universal⁽⁵⁾. Além disso, há que se considerar também que para os usuários dos serviços de saúde, as expectativas são construídas a partir das experiências presentes e passadas pelos meios de comunicação, envolvendo valores, crenças e atitudes em relação aos direitos e deveres de cidadania^(1,8).

O outro conjunto de aspectos da responsividade refere-se à *orientação para o cliente*. Nesse, um dos elementos engloba as *instalações e ambiente físico*. Assim, verifica-se que essa dimensão foi mal avaliada pelos usuários da USF, por apresentar-se inadequada e pouco resolutiva aos desejos e expectativas da população, contudo, esse aspecto torna-se minimizado, quando se coloca a questão da qualidade da assistência prestada na unidade.

Estudos^(8,12,15-17) apontam que grande parte das unidades de ESF apresentam estrutura física inadequadas e/ou improvisadas, ou dificuldade em manter fluxo para serviços de referência, ou mesmo insuficiência nos serviços de apoio (equipamentos, medicamentos etc.). Esses fatos podem sugerir falta de valorização pelas instâncias locais a esses serviços, indicada pela ausência de investimentos que permitam a estruturação de serviços voltados à mudança do modelo de atenção. Adicionalmente, parece haver uma avaliação desses serviços como de baixo custo e voltados à assistência de populações pobres ou para locais onde não existem equipamentos de saúde instalados. A acessibilidade na saúde está vinculada à qualidade da assistência prestada à população e "permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção desta assistência"⁽¹⁶⁾.

A importância na adequação do espaço apropriado ao cuidado, como boa iluminação, ventilação e ausência de ruídos, bem como outros aspectos que ajudam a proporcionar condições necessárias que asseguram o conforto e a confidencialidade do atendimento, e a garantia da privacidade dos usuários, mostra-se fundamental. Nos serviços em que não se consideram as necessidades dos usuários internados ou em unidades de APS, ou onde há precariedade de recursos materiais, ambientes que não ofereçam espaço para acolher a rede social dos usuários e outros cuidados que auxiliam na preservação de suas identidades, verifica-se que há o agravamento e aumento da vulnerabilidade dos usuários, provocando desconfortos, preocupações, insegurança e constrangimento com a assistência prestada⁽¹⁴⁾. Assim, o ambiente de uma unidade de saúde não pode ferir a integridade do usuário, mas, sim, propiciar espaços mais acolhedores aos males e sofrimentos que o usuário expressar^(14-15,17).

A dimensão *atenção imediata* foi explorada em duas perspectivas. Como tempo de espera pelo atendimento, foi considerado satisfatório às expectativas dos usuários. Outra pesquisa em serviços do Rio de Janeiro, mostrou que 40% dos entrevistados ficaram insatisfeitos com espera por mais de uma hora⁽⁴⁾. A outra perspectiva da atenção imediata diz respeito à acessibilidade geográfica, definida como a "dimensão que reflete a distância média entre a população e os recursos e deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde. Não é possível fixar uma única medida ideal de acessibilidade geográfica, pois o tempo adequado para sua análise depende do tipo de necessidade. [...] Existem, portanto, distintos níveis de acessibilidade para diferentes necessidades, as quais, por sua vez, devem estar cobertas por distintas características do recurso"⁽¹⁶⁾.

Como referido, a proximidade da unidade (acessibilidade geográfica) nem sempre significa a acessibilidade à unidade. Outras dimensões, como, por exemplo, a acessibilidade organizacional, participam da resposta do serviço às necessidades dos usuários. Nesse sentido, o funcionamento da USF em horário comercial foi considerado inadequado, ruim para o atendimento de trabalhadores. Outros aspectos como aqueles ligados aos obstáculos para a continuidade da atenção em outros níveis, vinculados ao grau de hierarquização da rede de atenção⁽¹⁶⁾, ou seja, aqueles relacionados à referência e contrarreferência também dificultam a concretização do acesso universal.

Acrescenta-se, ainda, que a relação usuário/trabalhador é "preparada" bem antes do encontro entre esses, desde a finalidade do serviço, operacionalização

do trabalho, estruturação do ambiente, dentre outros. Quanto ao ambiente, espera-se que esse seja preparado como espaço de relações, onde as pessoas tentam solucionar problemas, de modo adequado e resolutivo⁽¹⁴⁾. A preparação do espaço físico está além do planejamento arquitetônico, mas, também, se volta à garantia que o usuário se sinta seguro e respeitado para expressar seus problemas e necessidades⁽¹⁴⁾. Para os usuários, aspectos ligados à infraestrutura da USF comprometem a forma como a população percebe a unidade de saúde e o modo como conseguem expor suas necessidades de saúde com maior ou menor constrangimento, segurança, confiança, conforto^(12,14,17). A relação ambiente bem cuidado e saúde parece estar diretamente ligada à busca ao serviço de saúde e às expectativas da população por uma assistência digna, cuidadosa e eficaz.

A discussão da responsividade traz elementos presentes na relação do usuário com os serviços de saúde, mediada por uma equipe que necessita ter instrumentos para ler as necessidades de saúde do usuário e programar ações que permitam a expressão de: liberdade do usuário para aderir ao projeto terapêutico que o médico e/ou a equipe lhe propõe e a participação do usuário nas decisões sobre a sua saúde.

Considerações finais

A construção de instrumentos de avaliação da satisfação do usuário que analisem as diferenças sociais e culturais e as distintas formas de utilização dos serviços são práticas recentes e desafiadoras, pois precisam captar a visão dos usuários quanto à qualidade dos serviços de saúde e, ainda, dependem de recursos e comprometimento para que o monitoramento possa ser realizado constantemente e possibilite melhorias efetivas nos serviços, assim como possa ampliar o acesso universal.

A responsividade organiza elementos já explorados como componentes da satisfação dos usuários, destacando os aspectos não médicos do cuidado que revelam outra face da qualidade da atenção. Seus propósitos de monitorar e acompanhar as ações governamentais, para atender as necessidades e expectativas da população, convergem para ações reconhecidas como positivas para o alcance da cobertura universal à saúde.

Os resultados encontrados permitem afirmar avanços na avaliação da estratégia de Saúde da Família como um serviço de saúde próximo e acessível à população, serviço que acolhe, cuida e acompanha a saúde dos usuários, de sua família e cria vínculos com a população, por meio de assistência atenciosa e

cuidadosa às suas necessidades e desejos, assegurando a participação e liberdade nas decisões e escolhas de tratamento, garantindo a confidencialidade e privacidade.

O estudo tem o limite de ter sido realizado com apenas uma USF, em contexto de baixa cobertura da estratégia saúde da família, podendo, assim, ter algum viés decorrente desse contexto mais geral do município. Mesmo assim, contribui com uma ferramenta de avaliação da satisfação do usuário, que auxilia a ampliação da cobertura universal à saúde.

Referências

- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):599-613.
- Gromulska L, Supranowicz P, Wysocki MJ. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2014;65(2):155-64.
- Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs*. 2001;20(3):10-20.
- Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3343-52.
- Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet*. 2015;385(9975):1352-8.
- Atun R, Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230-47.
- Campos CEA, Brandão AL, Paiva MBP. Avaliação da estratégia de saúde da família pela perspectiva dos usuários. *Rev APS*. 2014;17(1):13-23.
- Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):122-7.
- Nunes AA, Flausino JM, Silva AS, Mello LM. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. *Saúde Debate*. 2014;38(102):452-67.
- Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-6.
- Thiry-Cherques HR. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Rev PMKT*. 2009;3:20-7.
- Garcia ACP, Andrade MAC, Contarato PC, Tristão FI, Rocha EMS, Rabello AE, et al. Ambiência na estratégia saúde da família. *Vig Sanit Debate*. [Internet]. 2015 [Acesso 20 maio 2105];3(2):36-41. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/484/226>
- Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. 2009;374(9684):170-3.
- Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(6):1001-8.
- Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino RMMG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;10(1):69-81.
- Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF, et al., organizadores. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema único de Saúde (SUS)*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 114-20.
- Soares NV, Dall'Agnol CM. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(5):683-8.

Recebido: 10.6.2015

Aceito: 11.11.2015

Correspondência:
Silvana Martins Mishima
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: smishima@eerp.usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.