

Implantação de um ciclo de melhoria no acolhimento de uma unidade básica de saúde

Implementation of an improvement cycle in the care of a primary health care
Implantación de un ciclo de mejora en la acogida de una unidad básica de salud

Tainara Barbosa Nunes¹

ORCID: 0000-0002-9097-9376

Éricka Cecília Resende de Souza¹

ORCID: 0000-0003-0711-7773

Zenewton André da Silva Gama¹

ORCID: 0000-0003-0818-9680

Wilton Rodrigues Medeiros¹

ORCID: 0000-0002-9096-8108

Ana Elza Oliveira de Mendonça¹

ORCID: 0000-0001-9015-211X

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal,
Rio Grande do Norte, Brasil.

Como citar este artigo:

Nunes TB, Souza ECR, Gama ZAS, Medeiros WR,
Mendonça AEO. Implementation of an improvement
cycle in the care of a primary health care.
Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20200099.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0099>

Autor Correspondente:

Tainara Barbosa Nunes
E-mail: tainara_barbosa@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 19-04-2020 **Aprovação:** 17-09-2020

RESUMO

Objetivos: avaliar a efetividade de um ciclo de melhoria aplicado ao acolhimento à demanda espontânea em uma unidade básica de saúde. **Métodos:** estudo quase experimental, do tipo antes e depois, sem grupo controle e com abordagem quantitativa. Realizou-se um ciclo de melhoria em uma unidade básica de saúde no município de Guarabira/PB, utilizando cinco critérios de qualidade. Foram realizadas uma avaliação, uma intervenção focada no critério mais problemático e uma reavaliação. As amostras foram aleatórias (n = 60), sendo verificados os percentuais e intervalos de confiança do cumprimento de cada critério, assim como o cálculo da significância estatística, através do teste Z. **Resultados:** após a intervenção realizada, houve melhoria significativa em dois critérios de qualidade do acolhimento à demanda espontânea (o usuário ser ouvido por algum profissional e passar pela classificação de risco). **Conclusões:** a realização do ciclo de melhoria se mostrou efetiva como método de gestão da qualidade.

Descritores: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Centros de Saúde; Melhoria de Qualidade.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the effectiveness of a quality improvement cycle applied to the care of spontaneous demand in a primary care center. **Methods:** quasi-experimental before and after study, with a quantitative approach and no control group. An improvement cycle was carried out in a primary care center in the city of Guarabira/PB using five quality criteria. An evaluation, an intervention focused on the most problematic criterion and a reassessment were carried out. The samples were random (n = 60). The percentages and confidence intervals of compliance with each criterion were verified. Statistical significance was calculated using the Z test. **Results:** after the intervention, there was a significant improvement in two quality criteria of the care of spontaneous demand users (the user must be heard by a professional and go through the risk classification). **Conclusions:** the improvement cycle was an effective quality management method.

Descriptors: User Embrace; Primary Health Care; Health Services Research; Community Participation; Total Quality Management.

RESUMEN

Objetivos: evaluar la eficacia de un ciclo de mejora aplicado a la acogida de demanda espontánea en una unidad básica de salud. **Métodos:** se trata de un estudio casi experimental, del tipo antes y después, sin grupo control y con enfoque cuantitativo. Se llevó a cabo un ciclo de mejoras en una unidad básica de salud de la ciudad de Guarabira, estado de Paraíba, Brasil, en el que se utilizaron cinco criterios de calidad. Se realizó una evaluación, una intervención centrada en los criterios más problemáticos y una reevaluación. Las muestras fueron aleatorias (n = 60) y se comprobaron los porcentajes e intervalos de confianza del cumplimiento de cada criterio, así como el cálculo de la significación estadística, utilizando el test Z. **Resultados:** después de la intervención, se produjo una mejora significativa en dos criterios de calidad de la acogida de demanda espontánea (el usuario es escuchado por algún profesional y pasa por la clasificación de riesgo). **Conclusiones:** la realización del ciclo de mejora se mostró eficaz como método de gestión de la calidad.

Descriptores: Acogida; Atención Primaria de la Salud; Investigación sobre Servicios de Salud; Centros de Salud; Mejora de la Calidad.

INTRODUÇÃO

Melhorar a qualidade dos serviços de saúde é uma necessidade global e o investimento em Atenção Primária à Saúde (APS) é considerado um princípio fundamental para que se tenha sucesso nesse tema⁽¹⁾. No Brasil, a APS ou Atenção Básica (AB) é considerada como o primeiro ponto de atenção à saúde e porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação⁽²⁾. No entanto, apesar da expansão da AB no Brasil nos últimos anos, existem muitos desafios para a prestação de serviços de qualidade nesse nível de atenção à saúde.

Para enfrentar esses desafios, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que norteia mudanças nas condições e nos modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o objetivo de induzir a melhoria da assistência e do cuidado prestado à população na AB⁽³⁾.

Um dos processos-chave valorizados pelo PMAQ para melhorar a qualidade dos serviços da AB é o acolhimento adequado dos usuários e das suas necessidades de saúde, mesmo quando buscam espontaneamente o serviço. O Manual Instrutivo do PMAQ traz a prática do acolhimento à demanda espontânea como um padrão essencial a toda UBS, por estar relacionado às condições mínimas de acesso e qualidade que as equipes devem ofertar⁽⁴⁾. Logo, o acolhimento é uma forma de colaborar com a qualificação dos sistemas de saúde, de maneira que facilite o acesso do usuário a um atendimento justo e integral⁽⁵⁾.

O acolhimento também é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH)⁽⁶⁾, considerado uma tecnologia leve que otimiza a demanda dos usuários e organiza o processo de cuidado nos serviços de saúde, por meio de relações de vínculo e prática de uma escuta atenta e qualificada, tendo o usuário como eixo principal e participante ativo⁽²⁾. A escuta qualificada visa reconhecer as demandas e necessidades de saúde do usuário, promovendo o acesso adequado a partir da avaliação das suas vulnerabilidades e riscos⁽⁷⁾. Estudos revelam que o acolhimento tem sido praticado de forma fragmentada, restrito a atendimentos pontuais, com limitação do acesso e atenção centrada na queixa-conduta⁽⁸⁻⁹⁾, além de haver insatisfação por parte dos usuários, quando estes não se sentem acolhidos e ouvidos pela equipe⁽¹⁰⁾.

Pesquisa realizada com 1.313 usuários e 324 equipes apontou que os profissionais mais envolvidos com o acolhimento foram os agentes comunitários de saúde, seguidos pelos enfermeiros⁽¹¹⁾. Contudo, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) possuem caráter multidisciplinar e a atribuição do acolhimento é comum a todos os profissionais⁽¹²⁾. Nesse sentido, é importante fortalecer o entendimento do papel de cada profissional da UBS em relação ao acolhimento, de forma que seja possível conferir qualidade ao acesso por meio da colaboração das diferentes categorias no cuidado à demanda espontânea.

Portanto, destaca-se a necessidade de novas abordagens e/ou estratégias para a sistematização do acolhimento, visando melhorar a qualidade dos serviços e a satisfação dos usuários. Com esse entendimento, pode-se afirmar que as fragilidades apontadas na literatura denotam a necessidade de estudos sobre a melhoria do acolhimento na AB. O enfrentamento dessas fragilidades é desafiador

e, para tanto, recomenda-se a aplicação de métodos de melhoria contínua da qualidade do acolhimento no contexto das UBS⁽¹⁾.

Diante do exposto, justifica-se a realização do presente estudo por meio da implantação de um ciclo de melhoria, o qual consiste na identificação de um problema de qualidade em um determinado serviço, com objetivo de solucioná-lo ou melhorá-lo, através de passos pré-definidos⁽¹³⁾. Para esse fim, o acolhimento foi considerado em três sentidos: como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; como postura, atitude e tecnologia de cuidado; e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe⁽⁶⁾.

OBJETIVOS

Avaliar a efetividade de um ciclo de melhoria da qualidade aplicado ao acolhimento à demanda espontânea em uma unidade básica de saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os aspectos éticos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁽¹⁴⁾.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo antes e depois, sem grupo controle, com abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de um ciclo de melhoria da qualidade, seguindo as diretrizes do *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0* (SQUIRE). Esse instrumento determina padrões para a publicação de experiências em projetos de ciclo de melhoria⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O estudo foi desenvolvido em uma UBS no município de Guarabira/Paraíba (PB), durante o período de janeiro a julho de 2018. A população adscrita da unidade é composta por 3.060 usuários e uma equipe composta inicialmente por 13 profissionais. A estrutura física da UBS é constituída por recepção, sala de triagem/procedimentos, sala de vacina e consultórios médico, de enfermagem e odontológico, sem dispor de sala para o acolhimento.

Na UBS, são realizados em média 900 atendimentos individuais por mês, dos quais 50% são de consulta médica, 38,9% de enfermagem e 22,2% odontológicos. Desses atendimentos, 41% são de demanda espontânea, 32% de consulta agendada e 27% de cuidado programado/continuado⁽¹⁴⁾.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

No ciclo de melhoria, é aconselhável utilizar um tamanho amostral manejável, sempre procurando garantir a viabilidade do estudo. Recomenda-se utilizar um tamanho amostral de 60 casos, embora também seja possível fazer avaliações com amostras menores, respeitando-se o mínimo de 30 casos⁽¹³⁻¹⁴⁾. Neste estudo, foi utilizada uma amostra de 60 casos em cada avaliação.

A população alvo do estudo foram todos os usuários que buscavam a UBS sem agendamento prévio, denominada demanda espontânea. Participaram da coleta os usuários acima de dezoito anos, sendo excluídos aqueles com quaisquer limitações que dificultassem a compreensão das questões do instrumento de pesquisa.

Protocolo do estudo

As etapas seguidas para a aplicação do ciclo de melhoria foram as seguintes: 1 - identificação e priorização do problema de qualidade; 2 - análise das causas do problema; 3 - desenvolvimento dos critérios de qualidade; 4 - avaliação inicial de cumprimento dos critérios; 5 - intervenção de melhoria; 6 - reavaliação para verificar a efetividade da intervenção realizada⁽¹⁴⁾.

As etapas um, dois, três e cinco foram desenvolvidas de forma participativa, envolvendo a equipe da UBS composta por treze pessoas, representadas por um recepcionista, seis agentes comunitários de saúde, um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista e um auxiliar de saúde bucal.

1. Identificação e priorização do problema de qualidade

O problema de qualidade foi identificado em uma reunião de equipe. Para isso, utilizou-se a matriz de priorização, na qual foram listados os problemas existentes no processo de trabalho da UBS. Dentre eles, o "acolhimento à demanda espontânea" foi considerado prioritário, obtendo a maior pontuação, de acordo com os seguintes critérios utilizados para avaliação: 1. Afeta muitos pacientes?; 2. Representa um risco grave para a saúde?; 3. A possível solução depende de esforços internos?; 4. É uma solução barata?⁽¹³⁻¹⁴⁾.

2. Análise das causas do problema

O método escolhido para a análise do problema foi o fluxograma (Figura 1), por meio do qual foi possível visualizar as etapas e atividades do processo de acolhimento, potencializando identificar falhas e destacar pontos críticos⁽¹⁴⁾.

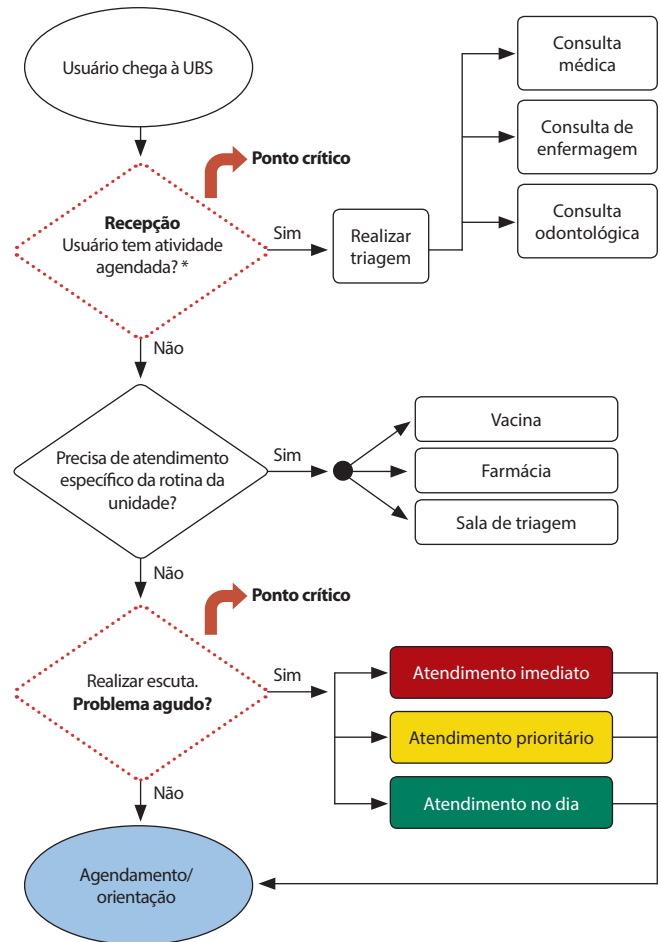
A recepção de todos os usuários por um único funcionário da UBS foi considerada um dos pontos críticos, principalmente nas primeiras horas do expediente, quando o fluxo de pessoas é maior. Outro ponto destacado foi a realização da escuta qualificada aos usuários da demanda espontânea e a oferta de atendimento ou orientação compatível com as necessidades de saúde apresentadas⁽¹⁴⁾.

3. Desenvolvimento dos critérios de qualidade

Após a análise do problema, foram definidos os critérios de qualidade relacionados ao acolhimento à demanda espontânea (Quadro 1), os quais foram estabelecidos com base nas propostas da PNH, dos Cadernos de Atenção Básica de Acolhimento à Demanda Espontânea e do PMAQ, sendo considerados válidos e confiáveis⁽¹⁴⁾.

Os critérios são considerados parâmetros efetivos para medir a qualidade de um serviço e correspondem aos objetivos almejados, ou seja, a meta de excelência que se deseja atingir. Por isso, é vital que seja importante, realista e aceito por todos os profissionais implicados nesse objetivo⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Fluxograma do acolhimento



Nota: UBS – Unidade Básica de Saúde.

Figura 1 - Fluxograma do acolhimento, Guarabira, Paraíba, Brasil, 2018

4. Avaliação inicial e reavaliação do cumprimento dos critérios (etapas 4 e 6)

As avaliações desse ciclo de melhoria foram realizadas por meio da aplicação de um questionário com os usuários da demanda espontânea, o qual continha os critérios de qualidade pré-estabelecidos (Quadro 1) em questões fechadas e dicotômicas, com o objetivo de verificar se os mesmos estavam sendo cumpridos. Assim, no presente estudo, foram avaliados 60 casos para cada critério, por meio da participação de 120 usuários. A coleta foi realizada por dois agentes comunitários de saúde logo após o término do atendimento dos usuários na unidade.

As avaliações ocorreram em dois momentos, antes e depois da intervenção de melhoria, a primeira no mês de janeiro e a segunda em julho de 2018, transcorrendo seis meses entre uma avaliação e outra, período no qual foi implantada a intervenção de melhoria⁽¹⁴⁾.

5. Intervenção de melhoria

Diante dos dados da primeira avaliação, realizou-se a elaboração de um plano de intervenção priorizando ações direcionadas aos critérios que tiveram os menores percentuais de cumprimento. Para tanto, foi aplicado um método de planejamento estruturado e participativo com os profissionais da equipe.

Quadro 1 - Critérios de qualidade para o acolhimento à demanda espontânea, Guarabira, Paraíba, Brasil, 2018

Critérios	Exceção	Esclarecimentos
1. Todo usuário de demanda espontânea deve ser ouvido por algum profissional da unidade.	Nenhuma	Considera-se usuário de demanda espontânea aquele que busca a UBS sem agendamento prévio, independente do motivo.
2. Todo usuário de demanda espontânea com queixa clínica deve ser classificado quanto ao seu risco e vulnerabilidade para atendimento imediato, prioritário ou no dia, e ser informado sobre sua classificação.	Nenhuma	Considera-se: Atendimento imediato aquele que envolve risco de vida e precisa de intervenção imediata; Atendimento prioritário aquele que envolve risco moderado; Atendimento no dia aquele que envolve baixo risco ou ausência de risco, com vulnerabilidade importante e que precisa ser manejada no mesmo dia.
3. Todo usuário de demanda espontânea sem queixa clínica (aguda) que for direcionado para o agendamento de consulta deve aguardar no máximo 15 dias para ser atendido.	Nenhuma	O agendamento da consulta pode ser feito para o profissional médico ou enfermeiro.
4. Todo usuário que precisar de procedimentos realizados na UBS deve ser atendido no mesmo turno.	Quando o procedimento não for realizado por falta de material/ insumo na UBS	Procedimentos realizados na UBS: aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, nebulização, retirada de pontos e aplicação de injetáveis.
5. Todo usuário deve sair da unidade satisfeito com o acolhimento.	Nenhuma	Considera-se satisfeito o usuário que teve suas expectativas em relação ao acolhimento atendidas.

Nota: UBS – Unidade Básica de Saúde.

Quadro 2 - Diagrama de afinidades: O que pode ser feito para melhorar o acolhimento à demanda espontânea?, Guarabira, Paraíba, Brasil, 2018

O QUE DEVEMOS FAZER PARA MELHORAR O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA?	
Organização do processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar colete para identificar o profissional que esteja colaborando no fluxo do acolhimento • Criar escala de profissional para o acolhimento • Sistematizar a classificação de risco • Distribuir fichas de atendimento identificadas por cores, de acordo com a classificação de risco • Adaptar gestão da agenda dos profissionais médico e enfermeiro com disponibilidade de vagas para consultas no dia e urgência
Capacitação da equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar oficinas de estudo sobre o acolhimento • Realizar período de treinamento no acolhimento • Reavaliar a prática nas reuniões mensais
Orientações aos usuários da UBS	<ul style="list-style-type: none"> • Expor fluxograma de atendimento da unidade • Realizar grupo de sala de espera, explicando o processo de trabalho da unidade • Definir horário limite para chegar às consultas agendadas.

Nota: UBS – Unidade Básica de Saúde.

A ferramenta utilizada foi o diagrama de afinidades, que é um processo realizado em grupo-com a geração de ideias para resolver o problema proposto, as quais são ordenadas em linhas estratégicas de atividades que serão realizadas. O diagrama foi aplicado durante uma das reuniões de planejamento da UBS que acontecem mensalmente. As ideias foram agrupadas em três grupos principais de ações a serem executadas (Quadro 2)⁽¹⁴⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados coletados nas duas avaliações foram analisados por meio do cálculo da porcentagem de cumprimentos dos critérios de qualidade, utilizando um intervalo de 95% de confiança. Para estimar a melhoria entre avaliação inicial e reavaliação, calcularam-se as melhorias absoluta e relativa de cada um dos critérios⁽¹³⁻¹⁴⁾. Para comprovar a significância estatística da melhoria detectada, realizou-se um teste de hipótese unilateral por meio do cálculo do valor de Z, considerando como hipótese nula a ausência de melhoria, que se rejeitava quando o p-valor era inferior a 0,05⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, observa-se que na avaliação inicial todos os critérios tiveram uma elevada porcentagem de cumprimento,

exceto o critério 2, que se refere à classificação de risco dos pacientes, sendo, portanto, o critério mais problemático, o qual foi priorizado no planejamento das ações da intervenção de melhoria.

Após a implantação da intervenção, o critério 2 (classificação de risco dos usuários) teve melhoria absoluta de 40% e o critério 1 (todo usuário de demanda espontânea deve ser ouvido por algum profissional da unidade) apresentou melhoria absoluta de 5%. Ambos os critérios apresentaram um p-valor menor que 0,05, caracterizando uma melhoria estatisticamente significativa⁽¹⁴⁾.

Não houve mudança na porcentagem de cumprimento dos critérios 4 (todo usuário que precisar de procedimentos realizados na UBS deve ser atendido no mesmo turno) e 5 (todo usuário deve sair da unidade satisfeito com o acolhimento) em ambas as avaliações, permanecendo com o nível máximo de cumprimento (100%). Porém, houve piora do critério 3 (todo usuário de demanda espontânea sem queixa clínica que for direcionado para o agendamento de consulta deve aguardar no máximo 15 dias para ser atendido), que decresceu de 100% de cumprimento para 18,3%. Vale destacar que na primeira avaliação a equipe da UBS estava completa, porém, na segunda avaliação a unidade estava sem médico há quatro meses, aumentando, assim, a demanda de atendimento para enfermeira, com consequente aumento do tempo entre o agendamento e o atendimento⁽¹⁴⁾.

Tabela 1 - Nível de qualidade inicial, depois da intervenção e significância estatística da melhoria: comparação de resultados 1ª e 2ª avaliação, Guarabira, Paraíba, Brasil, 2018

	1ª avaliação N=60	2ª avaliação N= 60	Melhoria absoluta	Melhoria relativa	Significação Estatística
Critérios	p1 (IC 95%)	p2 (IC 95%)	p2-p1	p2-p1 100-p1	Valor de p
1	95% (± 5%)	100% (± 0%)	5%	1%	0,040
2	30% (± 12%)	70% (± 11%)	40%	57%	<0,001
3	100% (± 0%)	18,3% (± 10%)	-81,7%	-81,7%	NA
4	100% (± 0%)	100% (± 0%)	0%	0%	NA
5	100% (± 0%)	100% (± 0%)	0%	0%	NA

Nota: p1 – porcentagem de cumprimento na primeira avaliação; p2 - porcentagem de cumprimento na segunda avaliação; NA - Não se aplica o teste de hipótese de melhoria, pois não houve melhoria absoluta.

- 1- Todo usuário de demanda espontânea deve ser ouvido por algum profissional da unidade;
- 2- Todo usuário de demanda espontânea com queixa clínica deve ser classificado quanto ao seu risco e vulnerabilidade para atendimento imediato, prioritário ou no dia, e ser informado sobre sua classificação;
- 3- Todo usuário de demanda espontânea sem queixa clínica que for direcionado para o agendamento de consulta deve aguardar no máximo 15 dias para ser atendido;
- 4- Todo usuário que precisar de procedimentos realizados na UBS deve ser atendido no mesmo turno;
- 5- Todo usuário deve sair da unidade satisfeito com o acolhimento.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesse ciclo de melhoria mostram que a intervenção implementada pelos profissionais da UBS foi efetiva para melhorar os critérios que obtiveram menores percentuais de cumprimento na avaliação inicial, além de estimular o processo autoavaliativo na equipe da unidade, promovendo as mudanças positivas no processo de trabalho e o entendimento de responsabilidade compartilhada. As avaliações evidenciam que a escuta aos usuários da demanda espontânea vem se consolidando como uma prática da equipe. Estudos revelam que a escuta das queixas sem precisar marcar um horário contribui para a satisfação do usuário quanto ao atendimento recebido^(13,16-17), apontando que a satisfação está mais associada à assistência humanizada do que às condições estruturais e de funcionamento da unidade de saúde⁽¹⁴⁾.

A implantação da classificação de risco como intervenção de melhoria alinha-se aos esforços da PNH em qualificar a assistência. Trata-se de uma forma de ressignificar o processo de triagem, que comumente se esgota na recepção, sem análise de riscos e vulnerabilidades dos usuários. Essa etapa pode se configurar como oportunidade de viabilizar o encontro humanizado, oferecendo subsídios para a atenção integral, contínua e segura⁽¹⁸⁾. Conduzi-la de forma explícita dá transparência à utilização de recursos envolvidos na oferta do serviço⁽¹⁹⁾.

Contudo, pesquisas⁽²⁰⁻²²⁾ identificaram usuários insatisfeitos por não serem vistos imediatamente pelo médico, considerando a classificação de risco uma barreira ao acesso e uma etapa desnecessária. Portanto, a utilização dessa ferramenta na atenção básica exige análise constante, tendo em vista pontos positivos e negativos que podem influenciar a percepção do usuário sobre o acesso⁽¹⁸⁾.

A piora no critério do tempo de espera entre o agendamento e a consulta esteve relacionada à ausência de médico na equipe, apontada em pesquisa⁽²²⁻²³⁾ como um dos motivos de insatisfação no acolhimento. Tal fato reflete uma realidade brasileira de escassez e má distribuição desses profissionais, além da dificuldade

dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de saúde da família⁽¹⁸⁾. Essa dificuldade foi um dos motivos da iniciativa governamental do Programa Mais Médicos, criado em julho 2013, visando enfrentar problemas quanto ao desenvolvimento da atenção básica no país.

A longa espera pela realização de consultas em uma UBS é relatada com frequência como motivo de insatisfação pelos usuários⁽¹⁰⁾, situação que faz com que se sintam lesados em relação ao direito de acesso à saúde⁽²⁴⁾. De acordo com um estudo⁽²⁵⁾, a percepção sobre a qualidade da atenção básica melhora quando os usuários têm acesso ao atendimento de maneira mais ágil.

Neste estudo, não foi possível identificar uma influência direta na análise do critério da satisfação do usuário com a melhoria apresentada na classificação de risco, bem como com a piora no tempo de espera entre o agendamento e a consulta, já que se manteve sem alteração na segunda avaliação. Um aspecto que pode estar relacionado à satisfação do usuário no presente estudo é o reconhecimento e a valorização da equipe multiprofissional da unidade, como também o reflexo das relações de vínculo e confiança já existentes entre usuários e a equipe, que durante a avaliação realizada já estava inserida nesse local de trabalho há três anos⁽¹⁴⁾. Destaca-se que a rotatividade de profissionais prejudica o estabelecimento do vínculo e enfraquece o acolhimento⁽²⁶⁾.

Contudo, quando se avalia a satisfação do usuário, as pesquisas podem não refletir exatamente a forma como as pessoas estão sendo tratadas pelo sistema de saúde, já que a percepção dos usuários envolve questões subjetivas e de expectativas com relação aos cuidados. Esses fatores podem dificultar a mensuração da satisfação dos usuários⁽²⁰⁾. Além disso, estudos sobre satisfação refletem resultados temporários, sendo imprescindível uma avaliação contínua, que possibilite o monitoramento do desempenho das organizações, considerando os critérios de qualidade⁽²⁷⁾.

Com base nos resultados desse ciclo de melhoria, observou-se que podemos considerar importante incluir a participação dos usuários nas etapas de análise do problema e planejamento da intervenção quando envolver o tema satisfação, pois a visão do usuário é de extrema importância, direcionando o planejamento das ações de maneira que atendam às suas respectivas necessidades. Assim, a avaliação da qualidade do serviço de saúde é de grande valia para o acompanhamento das ações de melhoria ao longo do tempo⁽²⁸⁾.

Limitações do estudo

O fato de o estudo ter sido realizado em uma única UBS se caracterizou em uma limitação, sendo necessário ser replicado em outras unidades para que os achados sirvam de comparação com estes resultados. Contudo, isso não prejudicou a relevância desta pesquisa.

Contribuições para a área da saúde

O estudo foi importante para dimensionar o reflexo das ações relacionadas ao acolhimento na atenção primária, resultantes de planejamento e implementação de intervenção para o aprimoramento do atendimento aos usuários do SUS.

CONCLUSÕES

O ciclo de melhoria se mostrou efetivo enquanto método de gestão da qualidade nesse serviço de saúde, viabilizando a análise das causas do problema, com o objetivo de intervir em busca do aperfeiçoamento. Por meio deste, foi possível alcançar a melhoria significativa nos critérios de escuta e classificação de

risco dos usuários. É essencial prosseguir com o ciclo para avaliar a necessidade de novos planejamentos e intervenções.

Espera-se que o método utilizado no presente estudo seja disseminado para uso em diferentes problemas ou oportunidades de melhoria na AB, de forma que possa contribuir para o seu fortalecimento, impactando positivamente na vida dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2019 Aug 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set, 2017 [cited 2019 Aug 12]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. Diário oficial da União, Brasília, DF, 5 out, 2015 [cited 2019 Aug 12]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
4. Ministério da Saúde (BR). Manual Instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2019 Aug 12]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
5. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Reception in Primary Health Care: an integrative review. *Saúde Debate*. 2015;39(105):514-24. doi: 10.1590/0103-110420151050002018
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: PNH [Internet]. Brasília, DF; 2013 [2017 Aug 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
8. Nilson LG, Maeyama MA, Kaminagakura FG, Souza TC, Dolny LL. User embracement in the perception of medical students. *Rev APS*. 2018;21(1):6-20. doi: 10.34019/1809-8363.2018.v21.15893
9. Costa PCP, Garcia APRF, Toledo VP. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e4550015. doi: 10.1590/0104-07072016004550014
10. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Serrano GMP. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(65):387-398. doi: 10.1590/1807-57622016.0633
11. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Strategies for the consolidation of the coordination of care by primary care. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(2):373-398. doi: 10.1590/1981-7746-sol00064
12. Silva ACS, Soares IRB, Campos KFC, Castro MCS. A Atenção Primária sob a ótica dos usuários do Sistema Único de Saúde: uma revisão bibliográfica. *Rev Sustinere*. 2019;7(1):46-72. doi: 10.12957/sustinere.2019.36184
13. Saturno PJ, Antón JJ, Santiago MC. La construcción de criterios para evaluar la calidad. Manual del Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 3. Universidad de Murcia; 2008.
14. Nunes TB. Avaliação do acolhimento à demanda espontânea em uma unidade básica de saúde e intervenções para melhoria[Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. 50f.
15. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 17];23(4):290-8. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/290>
16. Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP. Manners of producing care and universality of access in primary health care. *Saude Soc*. 2017;26(4):888-903. doi: 10.1590/s0104-12902017170497
17. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. User satisfaction of primary health care by Brazilian regions: 1st cycle of the external evaluation PMAQ-AB. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 22];22(6):1829-44. doi: 10.1590/1413-81232017226.26472015
18. Moreira DA, Tibães HB, Batista RCR, Cardoso CML, Brito MJM. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 10];26(2). doi: 10.1590/0104-07072017005970015
19. Rossato K, Real VR, Oliveira GB, Araujo CDC. Reception with risk rating in the family health strategy: perception of the nursing team. *Rev Enferm UFSM*[Internet]. 2018[cited 2019 Jun 20];8(1):144-156. doi: 10.5902/2179769226655
20. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(61):321-32. doi:10.1590/1807-57622015.0479

21. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *Arq Bras Ciências Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 15];36(1):10-7. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/69>
 22. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Healthcare clients' opinions regarding the embracement including risk classification. *Rev Eletron Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2019 Dec 10];14(3):541-9. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13462/13376>
 23. Oliveira DC, Cecilio HPM, Gomes AMT, Marques SC, Spindola T, Pontes APM. The universalization and access to health: consensus and disagreement between professionals and users. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(4):483-490. doi: 10.1590/1414-462x201700040078
 24. 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* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 28];19(1):47-57. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/168757>
 25. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Scheduling models and primary health care quality: a multilevel and cross-sectional study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 18];53:38. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053000940
 26. Tonelli B, Leal AP, Tonelli W, Veloso DC, Gonçalves D, Tonelli S. Personnel turnover of the Family Health Strategy in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. *RFO UFP* [Internet]. 2018 [cited 18 Apr 2020];23(2):180-5. doi: 10.5335/rfo.v23i2.8314
 27. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. Work Process in Primary Health Care: evaluation of management. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 12];40(110):64-80. doi: 10.1590/0103-1104201611005
 28. Cruz ILC, Parente AS, Mesquita FOS, Jerônimo AS. Satisfação dos usuários com os serviços do Sistema Único de Saúde - SUS em um município do sertão de Pernambuco. *Rev Multid Psic* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 20];12(39):142-63. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/984>
-