

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA  
DO SUS, EM NATAL-RN

Leonardo Dantas Rebouças da Silva  
Nayara Glenda Nóbrega e Silva

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA  
DO SUS, EM NATAL-RN

apresentada como requisito  
obrigatório para obtenção do título de  
Bacharel em Fisioterapia do Centro  
Universitário do Rio Grande do Norte

Orientadora: Profa. Msc. Franciêça Régis  
Oliveira de Araújo

Co-orientador: Prof. Msc. Angelo Augusto  
Paula do Nascimento

NATAL/RN  
2012

LEONARDO DANDAS REBOUÇAS DA SILVA  
NAYARA GLENDA NÓBREGA E SILVA

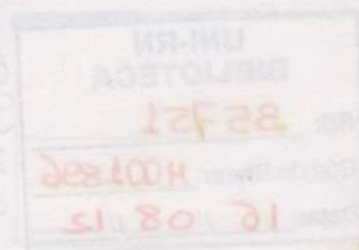
**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA  
DO SUS, EM NATAL-RN**

Monografia apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

**Orientadora:** Profa. Ms Francisca Rêgo Oliveira de Araujo

**Co-orientador:** Prof. Ms Angelo Augusto Paula do Nascimento

NATAL/RN  
2012



Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN  
Setor de Processos Técnicos

Silva, Leonardo Dantas Rebouças da; Silva, Nayara Glenda Nóbrega e.  
Força muscular respiratória e perfil de fragilidade em mulheres idosas /  
Helder Vianna Pinheiro – Natal, 2012.  
45f.

Orientador: Profª (Msc.) Francisca Rêgo de Oliveira Araújo  
Co-orientador: Profº (Msc.) Ângelo Augusto Paula do Nascimento  
Monografia (Bacharelado em Fisioterapia) – Centro Universitário do Rio  
Grande do Norte.

1. Atenção Básica – Monografia. 2. Satisfação – Monografia. 3. SUS –  
Monografia. 4. Saúde Pública. I. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 614.2



LEONARDO DANTAS REBOUÇAS DA SILVA  
NAYARA GLENDA NÓBREGA E SILVA

Monografia apresentada ao curso de  
Fisioterapia do Centro Universitário do Rio  
Grande do Norte - UNI/RN e aprovada  
pela banca composta pelos seguintes  
membros:

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>Ms Francisca Rêgo Oliveira de Araujo  
Orientadora

---

Prof.<sup>o</sup> MsAngelo Augusto de Paula Nascimento  
Co-orientador

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Catharinne Angélica Carvalho De farias  
Membro

## AGRADECIMENTOS

(LEONARDO DANTAS)

Ao grande Jeju por garantir a luz no meu caminho na conclusão de mais uma etapa da minha vida.

Ao meu grande pai, Leonardo Vasconcelos, que sempre representou o alicerce em minha vida.

A minha família e amigos por apoiar no sucesso das minhas atitudes.

A minha dupla companheira Nayara que é sempre uma força propulsora em tudo que se propõe a fazer, não sendo de se surpreender a boa convivência e o grande prazer de sua companhia. Não, prepare-se que vem mais!!

A todos os professores que durante a minha trajetória acadêmica e profissional me ajudaram a crescer e a aprender.

A todos os colegas de trabalho que sempre estiveram ao meu lado, compartilhando experiências e conhecimentos.

Ao professor Angelo, que durante a minha trajetória acadêmica e profissional me ajudou a crescer e a aprender.

Ao professor Angelo, que durante a minha trajetória acadêmica e profissional me ajudou a crescer e a aprender.

Ao professor Angelo, que durante a minha trajetória acadêmica e profissional me ajudou a crescer e a aprender.

Ao professor Angelo, que durante a minha trajetória acadêmica e profissional me ajudou a crescer e a aprender.

Ao professor Angelo, que durante a minha trajetória acadêmica e profissional me ajudou a crescer e a aprender.

Dedico este trabalho aos meus pais  
(Leonardo Vasconcelos e Marise Dantas)  
por todo o amor e dedicação estando  
sempre ao meu lado pelos caminhos da  
vida.

A todas as pessoas que de alguma forma  
contribuem para a qualidade de vida do  
próximo.

(Leonardo Dantas R. da Silva)

Dedico este trabalho a Deus, aos meus Pais  
(Moacir e Silva e Suely Nóbrega) e meu  
irmão (Victor Nóbrega) por acompanharem  
meu crescimento com muito amor carinho e  
dedicação

(Nayara Glenda Nóbrega e Silva)

## AGRADECIMENTOS

(LEONARDO DANTAS)

Ao grande Jah por garantir a luz no meu caminho na conclusão de mais uma etapa da minha vida.

Ao meu grande pai, Leonardo Vasconcelos, que sempre representou o alicerce em minha vida.

À minha família e amigos por apostar no sucesso das minhas atitudes.

À minha dupla companheira Nayara que é sempre uma força propulsora em tudo que se propõe a fazer, não sendo de se surpreender a boa convivência e o imenso prazer de sua companhia. Nêga, prepare-se que vem mais!! ☺

À nossa "tripla" querida Jarlliany por dedicar tanto esforço para a realização deste trabalho. Valeu Jarlyzinha!!

À nossa orientadora que sempre acredita e contribui significativamente para tudo que eu me proponho a fazer.

Ao professor Ângelo, que de "co"orientador não teve nada, foi mesmo um dos grandes responsáveis pela realização deste estudo. Valeu, Ângelo, continue assim!! ☺

Às queridas professoras Catherine, Valeska e Larissa que mostraram uma dedicação ímpar se colocando muitas vezes como autoras deste estudo. E assim serão.

À equipe nota dez das clínicas integradas do UNI-RN, sobretudo o grande Francinildo vulgo Pedrão que sempre nos presentava com seu incentivo e o bom cafezinho nas horas mais cansativas, o mestre Mardônio e a querida Irandir. Valeu gente boa, vocês nunca serão esquecidos!

## AGRADECIMENTOS

(NAYARA NÓBREGA)

Primeiramente quero agradecer a Deus e a Nossa Senhora, que sempre estiveram intercedendo por mim, e foram minha fonte de energia. A minha mãe que por muitas vezes esteve preocupada com meu estado de nervos durante todo o processo de construção. Ao meu Pai que nunca se negou a ajudar, auxiliando bastante na busca de dados para se iniciar a pesquisa. A Diego Hallisson que esteve comigo sempre com muita paciência me dando força e coragem para continuar por toda a caminhada.

Aos colaboradores,

Agradeço imensamente a equipe da clinica integrada da UNI-RN, Carla e Daniele a Irandi e Sr. Mardonio meu muito obrigado vocês foram fundamentais. A minha eterna Dupla Sharlene, obrigada. A Maria Do Rosário, que de uma forma impar me auxiliou durante todo o semestre. A "tripa" Jarllianny Souza, que me ensinou o que nem ela mesma sabia, e esteve ao meu lado em todo momento ate o fim. Gostaria de agradecer a Felipe Gomes, que junto com Jarllys, descontraíram minhas noites com os "autistas" e sempre esteve disposto ajudar no que era de sua competência. Aos professores e amigos, Catharinne Farias, Valeska Souza e Larissa Bastos, obrigada pelo tempo dedicado ao nosso trabalho, foi de suma importância para nós a contribuição de todos vocês, agradeço também a preocupação no decorrer de todo o percurso, vocês fazem parte dessa conquista. Ao mais que co-orientador, Angelo Augusto, que sempre mostrou o melhor caminho a ser seguido. Muitas vezes fazendo mais que a função de professor, agindo como um grande amigo. A nossa Orientadora Francisca Rêgo, que em meio a todas as suas inúmeras ocupações, nos auxiliou a nortear todo o trabalho, dando sempre um toque de requinte a pesquisa. A minha dupla Leonardo Dantas agradeço imensamente por manter a calma por mim e por você, tenho certeza que se não fosse dessa forma eu tinha pirado na batatinha, e se pudesse nos classificar eu diria que eu sou a emoção e você a razão. Não poderia ter escolhido dupla melhor. A todos os amigos e familiares que sempre acreditaram na minha escolha e entenderam minha ausência.

Por fim agradeço a todos aqueles que estiveram comigo em algum momento dessa batalha, e se eu venci todos vocês ganham o mérito, pois tenho certeza que sozinha não seria possível.

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade e direito que se afirma enquanto política. O Sistema Único de Saúde - SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um atendimento maior aos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações em todos os níveis de complexidade, havendo uma redistribuição das responsabilidades e ações e serviços de saúde entre os níveis de governo. A busca constante por melhores políticas no sistema de saúde remete a uma relação com processos de avaliação da qualidade dos serviços prestados à população, uma vez que esta busca em obter informações para a melhoria das intervenções em saúde. Neste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo caracterizar o nível de satisfação dos usuários de Atenção Básica do SUS no Município de Natal/RN. Caracterizou-se como descritiva com significação transversal e analítica. A amostra foi composta por usuários atendidos em 08 (oito) Unidades Básicas de Saúde - UBS e 05 (cinco) Centros de Saúde, totalizando 13 (treze) serviços de saúde pertencentes aos cinco Distritos Sanitários de Saúde do município de Natal/RN, no período de maio a junho de 2012, perfazendo um total de 377 (trezentos e setenta e sete) usuários, considerando um nível de confiança de 95%. Foram incluídos nesta pesquisa usuários do SUS nas qualidades de paciente, acompanhante ou acompanhante que fizeram uso do serviço público de saúde no momento de aplicação do questionário, possuindo idade acima de 18 (dezoito) anos e em total acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e excluídos os sujeitos que se negaram a participar, bem como os usuários atendidos nas unidades de saúde que não se encontram regulamentadas pela SM3 do Natal. Utilizou-se um questionário nominado Índice de Satisfação na Atenção Básica - ISAB que abordou dimensões do serviço relativas às expectativas legítimas dos usuários em relação aos aspectos técnicos do atendimento. As variáveis categóricas foram analisadas através de estatística descritiva com valores em porcentagem. A variável numérica onde foi utilizado o teste de associação foi analisada com valores de teste e nível de significância. Para a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste de associação  $\chi^2$  (Qui-Quadrado) e para a relação entre a variável idade e o nível de escolaridade foi utilizado o teste de associação  $\chi^2$  (Qui-Quadrado). Os resultados revelaram que 53,1% dos usuários apresentaram insatisfação com os serviços, sobretudo em relação à espera pelo atendimento na recepção e nos consultórios, tendo seus escores com 70 pontos ou menos, com suas classificações em regular, ruim, muito ruim e péssimo, demonstrando não haver diferença em opiniões entre homens e mulheres, níveis de escolaridade e distritos sanitários. Há satisfação dos usuários quanto ao estilo das informações em 93,4%. Ao final, pôde-se concluir que a avaliação dos usuários em nível de gestão das unidades de saúde de atenção básica é importante para a melhoria dos serviços e a qualidade e satisfação dos usuários.

**Palavras-Chave:** Atenção Básica, Satisfação, SUS, Saúde Pública

## RESUMO

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política. O Sistema Único de Saúde -SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações em todos os níveis de complexidade, havendo uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A busca constante por melhores políticas no sistema de saúde remete a uma relação com processos de avaliação da qualidade dos serviços prestados a população, uma vez que tais avaliações podem gerar informações para a melhoria das intervenções em saúde. Neste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo caracterizar o nível de satisfação dos usuários da Atenção Básica do SUS no Município de Natal-RN. Caracterizou-se como descritiva com significação transversal e analítica. A amostra foi composta por usuários atendidos em 08 (oito) Unidades Básicas de Saúde – UBS e 05 (cinco) Centros de Saúdes, totalizando 13 (treze) serviços de saúde pertencentes aos cinco Distritos Sanitários de Saúde do município de Natal/RN, no período de maio a junho de 2012, perfazendo um total de 377 (trezentos e setenta e sete usuários), considerando um nível de confiança de 95%. Foram incluídos nesta pesquisa usuários do SUS nas qualidades de paciente e/ou acompanhante que fizeram uso do serviço público de saúde no momento da aplicação do questionário, possuindo idade acima de 18(dezoito) anos e em total acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e excluídos os sujeitos que se negaram a participar, bem como os usuários atendidos nas unidades de saúde que se encontram terceirizadas pela SMS de Natal. Utilizou-se um questionário nominado Índice de Satisfação na Atenção Básica – ISAB que abordou dimensões do serviço relativas às expectativas legítimas dos usuários em relação aos aspectos não técnicos do atendimento. As variáveis categóricas foram analisadas através de distribuição de frequência com valores em percentuais. A variável numérica idade foi analisada através da análise descritiva com valores de média e desvio padrão. Para a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste do qui-quadrado( $\chi^2$ ), e para a relação entre a variável idade e o nível de satisfação foi utilizado ANOVA (one-way). Os resultados revelaram que 83,3% dos usuários apresentaram insatisfação com os serviços, sobretudo em relação à espera pelo atendimento na recepção e nos consultórios, tendo seus escores com 70 pontos ou menos, com suas classificações em regular, ruim, muito ruim e péssimo, demonstrando não haver diferenças de opiniões entre homens e mulheres, níveis de escolaridade e entre distritos sanitários. Há satisfação dos usuários quanto ao sigilo das informações em 99,4%. Ao final, pôde-se concluir que se mostram necessárias intervenções em nível de gestão das unidades de saúde visando melhorar a prestação dos serviços e garantir sua qualidade e a satisfação dos usuários.

**Palavras-Chave:** Atenção Básica. Satisfação. SUS. Saúde Pública.

## Lista de Tabelas e graficos

|           |                                                                                                                             |    |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| grafico 1 | Características da amostra quanto ao gênero.....                                                                            | 27 |
| grafico 2 | Características da amostra quanto ao gênero.....                                                                            | 27 |
| tabela 1  | Características de acesso e assistência dos usuários do SUS, no município de Nata/RN. ....                                  | 29 |
| tabela 2  | Característica do nível de satisfação dos usuários do SUS do município de Natal-RN em relação ao gênero e escolaridade..... | 30 |
| tabela 3  | Característica do nível de satisfação dos usuários do SUS do município de Natal-RN em relação à Idade.....                  | 31 |
| tabela 4  | Análise da relação entre o nível de satisfação e a idade.....                                                               | 31 |
| tabela 5  | Distribuição do nível de satisfação e distritos sanitários.....                                                             | 32 |
| tabela 6  | Análise da associação entre o nível de satisfação entre os distritos, escolaridade e o gênero.....                          | 33 |

## SUMÁRIO

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Dedicatória                                                              |    |
| Agradecimento                                                            |    |
| Resumo                                                                   |    |
| Abstract                                                                 |    |
| Lista de tabelas e gráficos                                              |    |
| 1 Introdução.....                                                        | 13 |
| 1.1 Aspectos históricos e avaliativo do sistema de saúde brasileiro..... | 13 |
| 1.2 Objetivos.....                                                       | 17 |
| 1.2.1 Geral.....                                                         | 17 |
| 1.2.2 Específicos.....                                                   | 17 |
| 1.3 Justificativa.....                                                   | 17 |
| 2 Referencial Teórico.....                                               | 18 |
| 3 Metodologia.....                                                       | 23 |
| 3.1 Caracterização da Pesquisa.....                                      | 23 |
| 3.2 População e Amostra.....                                             | 23 |
| 3.3 Critério de Inclusão e Exclusão.....                                 | 23 |
| 3.4 Instrumentos de Medidas.....                                         | 24 |
| 3.5 Procedimentos.....                                                   | 24 |
| 3.6 Análise Estatística dos Dados.....                                   | 25 |
| 4 Resultados e Discussões.....                                           | 26 |
| 5 Conclusões e Recomendações.....                                        | 34 |
| 6 Referências.....                                                       | 34 |
| Apêndice I                                                               |    |
| Apêndice II                                                              |    |

## 1- INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos Históricos e Avaliativos do Sistema de Saúde Brasileiro.

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 2006).

Até fins do século XIX, o Estado brasileiro não tinha uma estratégia de atuação sistemática na saúde de seus habitantes, apenas atuava, esporadicamente, de forma pontual em situações de epidemia (VARGAS, 2008).

Os assuntos relacionados à saúde como funções públicas, nesse período, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública, onde a assistência à saúde ofertada pelo Estado estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias (PAULUS; CORDONI, 2006).

Esse período foi marcado pelo movimento campanhista que tinha a preocupação de combater doenças epidêmicas e pela ênfase no saneamento rural, a partir da descoberta dos sertões (POLIGNANO, 2011; HOCHMAN, 1999). Sequencialmente, movimentos e lutas marcam a reforma da saúde pública no Brasil e o despertar para reflexões sobre a saúde da população brasileira, que teve sua trajetória delineada entre a falta de clareza e de definição em relação à política de saúde, à política econômica, à política de educação, a história da previdência social no Brasil e o sistema de saúde vigente no país (POLIGNANO, 2011).

O modelo inicial da assistência à saúde pautava-se na assistência médica que não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, tendo direito aos benefícios somente trabalhadores com carteira assinada (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Ampliações da abrangência previdenciária foram acontecendo e na década de setenta, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do

Ministério da Saúde e, a assistência médica individual centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Medidas governamentais foram sendo implementadas com agrupamento de instituições de assistências à saúde que continuava a ser prestada principalmente através de contrato com setor privado com os recursos da previdência. Esse conjunto de políticas públicas da década de 1970 levou a um modelo médico-assistencial privatista, tendo o Estado como o grande financiador e o setor privado nacional como o maior prestador do serviço em saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; MENDES, 1993).

A década de 1980 é marcada por uma reforma gerencial que teve o intuito de promover, entre outros, a modernização e flexibilização da gestão pública, otimização dos recursos públicos e transparência e controle social sobre ações dos agentes públicos, culminando na Constituição Federal de 1988 e construção do Sistema Único de Saúde – SUS (CAVALCANTE, 2011).

Regulamentado pela lei 8080/90 e 8142/90, o SUS além de ser resultado de forte densidade política e social internamente, também sofreu influência externa, em especial do modelo Estado-Providência (*welfaresstates*) que coloca o Estado como o agente promotor e defensor social. A partir de então, o Brasil se torna o único país onde passou a existir acesso universal e igualitário, nos moldes de um serviço nacional de saúde, financiado com recursos fiscais (GOUVEIA, 2009).

O SUS está sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais em situação e resulta de propostas que, ao longo de muitos anos, vêm sendo impulsionadas por um movimento social que se denomina de reforma sanitária brasileira (MENDES, 1993).

Segundo o artigo 198 da Constituição Federal (1988), esse modelo em saúde é definido como um conjunto de "... ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade". Também, neste momento, define-se o financiamento com recursos do orçamento, além de outras fontes, da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Esse sistema unificado prevê um funcionamento com princípios doutrinários e organizativos que ampliam o conceito de direito a saúde, em que a universalidade coloca a saúde como um direito de cidadania (PAIM; SILVA, 2010); a equidade como igualdade de acesso, mais especificamente, a garantia do respeito aos direitos de cada um, segundo as suas diferenças, assegurando a disponibilidade dos serviços de saúde levando em conta as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos (VAGAS, 2008); e a integralidade que considera a pessoa como um todo, partindo do princípio que as ações de saúde procuram atender a todas as suas necessidades (PAIM, 2010).

O SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade, havendo uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto (VAGAS, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Essa organização do sistema de saúde brasileiro está baseada numa rede de estabelecimentos públicos e num conjunto de estabelecimentos privados complementares ao primeiro, dessa forma, uma parcela significativa de serviços é comprada junto a hospitais e clínicas (SILVA, 2004). Essa organização sustenta-se na descentralização das ações e responsabilidades, com participação das três esferas de governo, incluindo o município como protagonista, na medida em que lhe cabe, fundamentalmente, a execução primária das ações e a gestão dos serviços de saúde, sendo determinado por lei a responsabilidade pelo oferecimento da atenção básica de forma individual e coletiva (SILVA, 2004; COSTA, 2001).

A Atenção Básica, também se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a

dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ao longo desses mais de vinte anos de SUS, aconteceram muitos avanços e também desafios permanentes a superar, o que tem exigido, dos seus gestores, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais (GOUVEIA, 2009).

No sentido da necessidade de mudanças visando à viabilização de políticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e seus agravos, bem como o controle de enfermidades e a resolubilidade dos problemas inerentes à necessidade de saúde da população, podem ser implementadas e potencializadas no processo de avaliação, alicerçado na apreciação da assistência ofertada e do processo de trabalho desenvolvido a partir da percepção do usuário. (GOUVEIA, 2009)

Nos últimos anos, o tema da avaliação em saúde tem experimentado um aumento de interesse, como resultado de um maior questionamento da opinião pública pela boa aplicação dos recursos de origem pública e pela demanda por melhoria na qualidade de vida, além da crescente demanda por melhorias na atenção à saúde no país que coloca a necessidade de avaliação sistemática das ações do sistema de saúde (GOUVEIA, 2009; AKERMAN, *et al*, 2002).

Por esse prisma e diante das exposições apresentadas, imprescindível se faz questionar sobre o nível de satisfação dos usuários dos serviços de saúde ofertados nos Distritos Sanitários de Saúde, no município de Natal/RN.

## 2- 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Geral

Caracterizar o nível de satisfação dos usuários da Atenção Básica do SUS no Município de Natal-RN.

### 1.2.2 Específicos

- Associar os níveis de satisfação encontrados segundo fatores demográficos entre os distritos de saúde em Natal/RN;
- Associar os níveis de satisfação encontrados com as variáveis: sexo e nível de escolaridade;
- Relacionar o nível de satisfação com a idade dos usuários;

## 1.3 Justificativa

Considerando que a avaliação pode gerar informações para a melhoria das intervenções em saúde, bem como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito, o processo de avaliação se mostra como uma estratégia para a garantia da qualidade dos serviços oferecidos. Assim, os resultados, além de subsidiar a gestão com ferramentas e instrumental para a consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas de cada região, permitem a promoção de processos de avaliação mais institucionalizados dentro dos serviços de saúde.

A partir disso, justifica-se a realização deste estudo considerando a escassez de estratégias semelhantes, legitimando a necessidade da perspectiva do usuário acerca da qualidade dos serviços a ele prestados na atenção básica.

Estudos dessa natureza apresentam relevâncias que perpassam as esferas acadêmico-científica e social, uma vez que o seu produto servirá para estimular outros estudos e maior conhecimento aos profissionais e a sociedade diretamente envolvida.

## 2- REFERENCIAL TEÓRICO

A reforma da saúde pública no Brasil, no período de 1889 a 1930, constitui-se como um dos elementos mais importantes no processo de construção de uma ideologia da nacionalidade, servindo de ponto de partida para qualquer reflexão sobre a saúde pública no Brasil do período republicano. A falta de clareza e de definição em relação à política de saúde faz com que a história da saúde seja permeada e se confunda com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos (POLIGNANO, 2011)

Esse Brasil republicano foi marcado pela transição da economia basicamente agroexportadora para o início da industrialização com intensa urbanização e início de movimentos operários conquistando maiores direitos sociais. Nesse contexto, surge em 1923 no Brasil com o Decreto Legislativo que ficou conhecido como Lei Elói Chaves, a Previdência Social. Neste momento foram criadas as Caps - Caixas de Aposentadoria e Pensão, que eram organizadas pelas empresas, e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões chegando a um total de 183 Caps no período de 1923 a 1933.

A partir de 1933, surgiram os IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões, entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades, substituindo as então CAPs. Dentre os institutos estão o IAPTEC (trabalhadores em transporte e cargas), IAPC (comerciários), IAPI (industriários), IAPB(bancários), IAPM (marítimos e portuários) e IPASE (servidores públicos). O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, tendo direito aos benefícios somente trabalhadores com carteira assinada (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde que tinha o intuito de concretizar o ideal de reforma administrativa fazendo com que a saúde pública passasse a ser institucionalizada na esfera federal (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

As atenções predominantes dos governos até então, estavam voltadas às ações de caráter coletivo. A partir desta década a ênfase governamental começa a se deslocar para a assistência médica individual (CORDONI JÚNIOR, 1986).

As várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários motivaram o governo a uniformizar os métodos com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em agosto de 1960, onde os direitos e deveres passaram a ser semelhantes, o que facilitaria a fusão dos IAPs, fato que ocorreu em 1966. Tal fusão originou o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que uniformizou e centralizou a previdência social. Nesta década a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde (MÉDICE, 1994; BRASIL, 1960).

Em 1972 iniciou-se a ampliação da abrangência previdenciária quando as empregadas domésticas e os trabalhadores rurais foram beneficiados pela cobertura de assistência médica no sistema de saúde e, em 1973 incorporaram-se os trabalhadores autônomos (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Na década de setenta, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde e, a assistência médica individual centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que foi criado em 1974 (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em 1977, o governo cria através da Lei 6.439/77.12, o SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social que agrupou as seguintes instituições: Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA; Fundação Nacional do Bem Estar do Menor - FUNABEM; Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV; Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS; e a Central de Medicamentos – CEME (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Contudo, nessa nova estrutura proposta pelo SINPAS, a assistência médica continuava a ser prestada principalmente através de contrato com setor privado com os recursos da previdência.

As mudanças econômicas e políticas que se deram, especialmente a partir do início dos anos 80, determinaram o esgotamento desse modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por outro modelo de atenção à saúde. Após a constituição de 1988, a saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como

parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação comunitária (MENDES, 1993).

A busca constante por melhorias no sistema de saúde levou o governo federal, em 1994, a propor aos municípios o Programa Saúde da Família –PSF com o objetivo de implementar a atenção básica. O sucesso e a expansão do PSF, fez com que o Governo Federal o consolidasse como estratégia prioritária com fundamentos a possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (VIANA;POZ, 2005).

A constante busca por melhores políticas no sistema de saúde remete a uma relação com processos de avaliação da qualidade dos serviços prestados a população. Nesse sentido, para Contandriopoulos *et al.* (2000), é necessário levar em conta que a avaliação compreendida como parte do processo de gestão, tem como um de seus objetivos a busca de maior eficiência e efetividade dos serviços, levando em consideração as pessoas que o utilizam, através de suas percepções e necessidades, além de auxiliar na tomada de decisões, uma vez que consiste em um dispositivo de produção de informação que gera poder para os atores que o controlam.

A prática de se avaliar os serviços mediante inquéritos dirigidos aos usuários tornou-se procedimento generalizado a partir dos anos 80 na Europa e Estados Unidos, porém no Brasil essas pesquisas tornaram-se mais comuns a partir da segunda metade da década de 90 e se difundiram com as propostas de novos modelos de gestão para as organizações públicas de saúde com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços e aumentar a satisfação dos cidadãos/usuários/clientes. Para Silva Junior. (2004), o Brasil ainda se encontra bem inferior quando comparado às práticas observadas na Europa e América Central (DINSDALE GB *et al.*2000). Mesmo recentes, estas pesquisas sobre satisfação do usuário no Brasil, têm gerado alguma discussão, especialmente quanto ao seu significado em um contexto de intensas desigualdades sociais. Para Andrade *et al.* (2010) uma das críticas mais frequentes às avaliações da satisfação do usuário diz respeito às conseqüências práticas deste tipo de pesquisa, ou seja, se efetivamente produzem melhoria na qualidade dos serviços. O principal desafio é a construção de

instrumentos de avaliação da satisfação do usuário que contemplem as diferenças educacionais e culturais e as diferentes formas de utilização dos serviços, particularmente no que concerne aos aspectos cognitivos do processo (ANDRADE *et al*, 2010).

Sitzia e Madeira (1997) em artigo de revisão da literatura sugerem que a satisfação do paciente pode ser avaliada pelo conhecimento dos pacientes que o cuidado possui certos atributos e a avaliação desses atributos pelo paciente. Para estes autores as expectativas são fundamentais porque formam a base para a avaliação subjetiva do cuidado. Não pode haver expectativas diferentes para diferentes aspectos do cuidado e pacientes com expectativas mais baixas tendem a estar mais satisfeitos, desta forma a satisfação não pode ser interpretada como uma medida de qualidade dos cuidados devendo ser interpretada no contexto.

Existem diversas metodologias para pesquisa de satisfação do usuário. Uma das mais conhecidas foi desenvolvida por Parasuraman (1988), que avalia serviços privados de diferentes naturezas. Cinco dimensões do atendimento são avaliadas: agilidade, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade, essa metodologia considera a expectativa do usuário em relação ao serviço e a importância que ele confere a cada uma das dimensões. Para Donabedian (1984; 1990), a avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio da categoria *aceitabilidade*, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares, demonstrando similaridade aos pressupostos do autor anterior.

Para Vaitzman e Andrade (2005) as pesquisas de satisfação partem geralmente do pressuposto de que todos os usuários estejam desempenhando um papel crítico e acabam por interpretar os dados de acordo com isso: a possibilidade da aceitação passiva do serviço não costuma ser considerada. Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) liberou um relatório avaliando os serviços de saúde nos 191 países-membros da OMS. O modelo teórico-conceitual incluía a avaliação em três domínios: saúde, responsividade (referente a aspectos não-médicos do atendimento) e justiça na contribuição social. A distribuição do nível de saúde foi avaliada pela desigualdade interna dentro de cada país para a mortalidade a infância (entre os menores de cinco anos de idade). A avaliação dos aspectos não-médicos do atendimento incluía a mensuração do nível e da distribuição da responsividade, com pelo menos sete sub-áreas: rapidez do

atendimento, dignidade, comunicação, autonomia, confidencialidade, liberdade de escolhas e qualidade das instalações.

Em contextos em que não é comum uma cultura de avaliação e, sobretudo entre usuários de menor renda e escolaridade, a aceitação crítica do atendimento é um aspecto que deve ser levado em conta na interpretação dos resultados dos estudos de satisfação porque, para a maioria da população carente, conseguir o atendimento já é usualmente difícil. No entanto o estabelecimento de uma cultura de avaliação pode fazer com que os usuários fiquem mais atentos à qualidade dos serviços, aumentando suas expectativas passando a exigir mais dos serviços oferecidos para um maior grau de satisfação.

**3- Metodologia** questionário, possuindo idade acima de 18(dezoito) anos e em total acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**3.1 caracterização da Pesquisa** pesquisa os usuários que se negaram a participar, bem como os usuários atendidos nas unidades de saúde que se encontram terceirizadas pela SMS de Natal.

A presente pesquisa caracterizou-se como descritiva com significação transversal e analítica, uma vez que pautou-se em descrever associações entre variáveis (GUEDES, 2012).

**3.2 População e Amostra** O instrumento utilizado para coleta dos dados foi um questionário

A população foi composta pelos serviços de saúde pertencentes aos cinco Distritos Sanitários de Saúde do município de Natal/RN. A amostra foi composta por usuários atendidos em 08(oito) Unidades Básicas de Saúde – UBS e 05(cinco) Centros de Saúde, totalizando 13(treze) serviços de saúde pertencentes aos cinco Distritos Sanitários de Saúde do município de Natal/RN, no período de maio a junho de 2012, perfazendo um total de 377(trezentos e setenta e sete usuários), considerando um nível de confiança de 95%.

O cálculo da amostra foi baseado na média de atendimentos realizados pelas unidades sorteadas, tendo como base o mês de Dezembro de 2011 com um total de 18.846 atendimentos, conforme formula abaixo:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)} \text{ onde:}$$

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

**3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídos nesta pesquisa usuários do SUS nas qualidades de paciente e/ou acompanhante que fizeram uso do serviço públicode saúde no

momento da aplicação do questionário, possuindo idade acima de 18(dezoito) anos e em total acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE.).

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que se negaram a participar, bem como os usuários atendidos nas unidades de saúde que se encontram terceirizadas pela SMS de Natal.

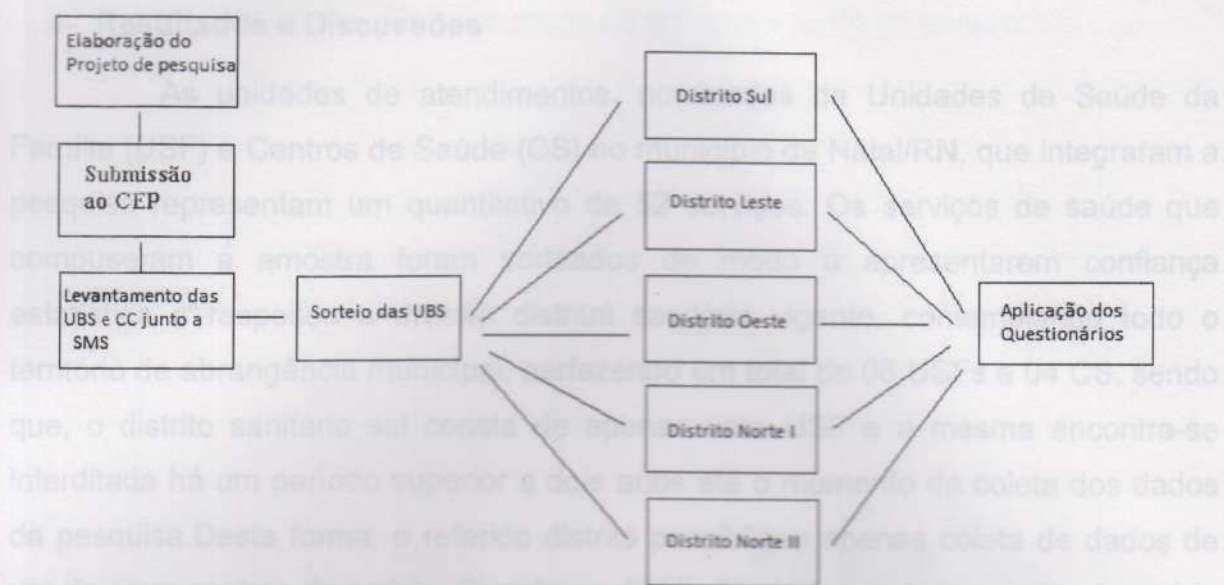
### 3.4 Instrumentos de Medidas

O instrumento utilizado para coleta dos dados foi um questionário construído pelos pesquisadores, tomando como base o Índice de Responsividade do Serviço (IRS), construído com base em pesquisa realizada no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC), unidade da Fiocruz (2005). O questionário nominado Índice de Satisfação na Atenção Básica (ISAB), abordou perguntas com enfoque nas dimensões do atendimento relativas às expectativas legítimas dos usuários em relação aos aspectos não técnicos do atendimento, como: o respeito dos funcionários e profissionais de saúde, o acesso ao local, o atendimento quanto à atenção aos problemas e às explicações claras e suficientes, o tempo de espera na recepção e para o atendimento no consultório, limpeza dos locais de espera e banheiros, facilidade para adquirir informações e o sigilo delas. O escore apresentou informações com variação entre muito bom, bom, ruim e péssimo, com pontuação 10, 7, 3 e 0, respectivamente.

Após a coleta, os dados foram compilados e submetidos à escala de interpretação dos valores do índice, que considera o serviço como: excelente (pontuação entre 91 a 100), muito bom (pontuação entre 81 a 90), bom (pontuação entre 71 a 80), regular (pontuação entre 61 a 70), ruim (pontuação entre 41 a 60), muito ruim (pontuação entre 21 a 40) e péssimo (pontuação entre 00 a 20).

### 3.5 Procedimentos

Os procedimentos desta pesquisa obedeceram à seguinte estrutura: Os resultados obtidos foram inseridos e analisados no SPSS-18. A análise de Desvio Padrão. As variáveis categóricas foram analisadas através de percentuais. Para obtenção da normalidade da amostra foi aplicado o teste de Shapiro-wilks. Como a distribuição foi normal, foi aplicado para a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste do qui-quadrado( $\chi^2$ ), e para a relação entre a variável idade e o nível de satisfação foi utilizado ANOVA (one-way). Para todas as análises, admitiu-se significância estatística de  $p \leq 0.05$ .



Após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, os indivíduos que faziam uso dos serviços das UBS/Centros de Saúde pré-definidos e que se enquadraram nos critérios de inclusão para a aplicação do questionário avaliativo, foram abordados e convidados a participarem da pesquisa, após completa explicação da pesquisa, quanto aos objetivos, riscos, benefícios e demais itens contidos no TCLE. Esclarecida todas as duvida do sujeito o mesmo foi convidado a participar da pesquisa com a assinatura do TCLE, sendo-lhe uma cópia entregue.

Desta forma, logo após a concordância com TCLE, os sujeitos foram submetidos a um instrumento de medida do nível de satisfação do serviço de saúde, o ISAB. O questionário foi aplicado diretamente ao usuário, onde os pesquisadores lançaram as perguntas uma a uma e o paciente/usuário as respondia.

### 3.6 Análise Estatística dos Dados

Os resultados obtidos foram inseridos e analisados no SPSS-18. A análise descritiva das variáveis numéricas foi feita através dos valores de média e Desvio Padrão. As variáveis categóricas foram analisadas através de percentuais. Para obtenção da normalidade da amostra foi aplicado o teste de Shapiro-wilks. Como a distribuição foi normal, foi aplicado para a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste do qui-quadrado( $X^2$ ), e para a relação entre a variável idade e o nível de satisfação foi utilizado ANOVA (one-way). Para todas as análises, admitiu-se significância estatística de  $p \leq 0,05$ .

#### 4- Resultados e Discussões

As unidades de atendimentos, nominadas de Unidades de Saúde da Família (USF) e Centros de Saúde (CS) no município de Natal/RN, que integraram a pesquisa representam um quantitativo de 52 serviços. Os serviços de saúde que compuseram a amostra foram sorteados de modo a apresentarem confiança estatística e respeitou a divisão distrital sanitária vigente, contemplando todo o território de abrangência municipal, perfazendo um total de 08 USFs e 04 CS, sendo que, o distrito sanitário sul consta de apenas uma USF e a mesma encontra-se interditada há um período superior a dois anos até o momento da coleta dos dados da pesquisa. Desta forma, o referido distrito possibilitou apenas coleta de dados de um de seus centros de saúde. Quanto ao distrito Norte I, seu único centro de saúde se caracteriza como um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) sendo de natureza terceirizada o que o exclui do universo amostral, assim sendo os dados foram coletados em 7 USF e 4 CS totalizando 330 usuários pesquisados.

Participaram deste estudo usuários da atenção básica com idades de 44,75 anos( $\pm 17,73$ ), sendo a maior média encontrada no distrito leste e a menor no distrito norte I. Isso mostra uma leve predominância de faixas etárias mais elevadas para usuários adultos, o que corrobora com o estudo de Moimaz *et al.* (2010), e se contrapõe ao dados encontrado por Gouveia *et al.* (2005) que revelou predomínio de usuários jovens.

As características dos usuários com relação às variáveis gênero esta no gráfico 1 e quanto a escolaridade esta no gráfico 2. Dentre os pesquisados, houve uma predominância do sexo feminino com 82,12%, sendo sua maioria encontrada no distrito oeste. A amostra apresentou baixos níveis de escolaridade, com o ensino fundamental sendo o mais presente em 46,1% dos pesquisados com sua maioria nos distritos norte I e norte II, seguido do nível médio com 37,9% sendo nos distritos sul e leste os mais encontrados. Os achados das variáveis gênero e escolaridade corroboram com Gouveia *et al.* (2005), Gouveia *et al.* (2009), Dachs (2002) e Ribeiro *et al.* (2006), que obtiveram resultados semelhantes em seus estudos. Já Moimaz (2010) obteve em sua amostra uma predominância de usuários com ensino médio.

Gráfico 1 – Características da amostra quanto ao gênero.

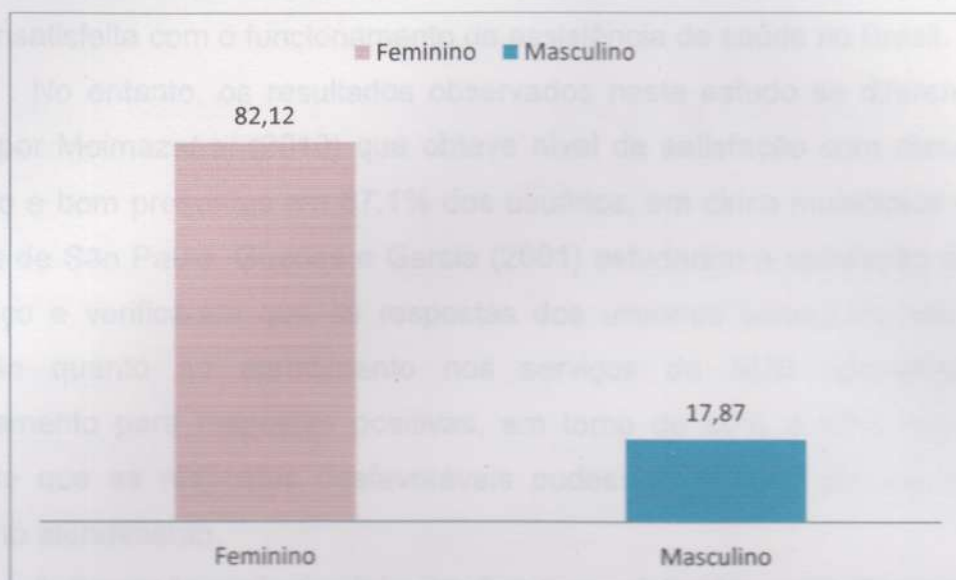
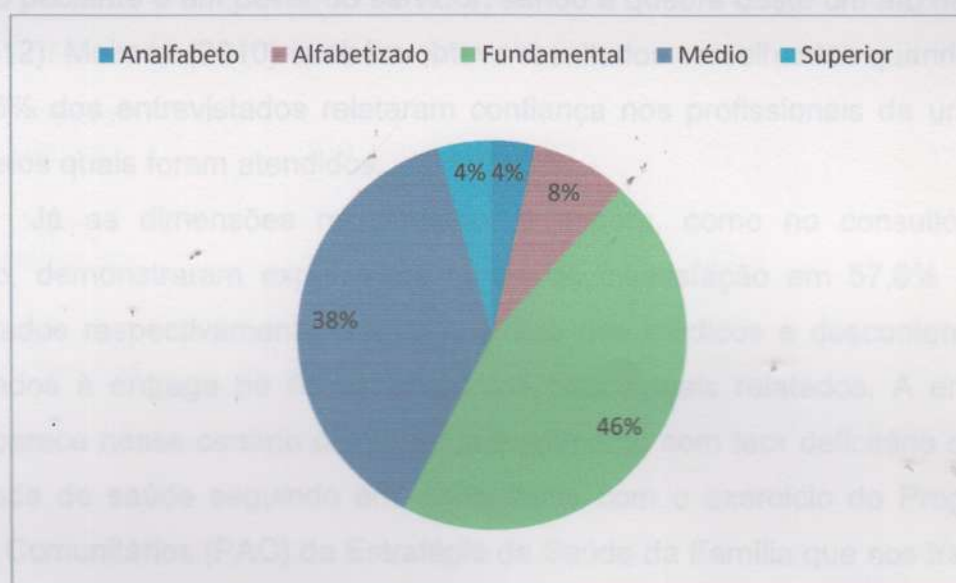


Gráfico 2 – Características da amostra quanto ao gênero.



Dos 330 usuários pesquisados, 16,7% se mostraram satisfeitos com os serviços prestados na atenção básica do SUS em Natal/RN tendo seus escores acima de 70 pontos sendo as classificações: bom, muito bom e excelente, enquanto que a maioria ou 83,3% mostrou insatisfação com os mesmos serviços tendo seus escores com 70 pontos ou menos com suas classificações em regular, ruim, muito

ruim e péssimo. Resultados semelhantes também foram obtidos por Gouveia *et al.* (2009) e por Szwarcwald *et al.* (2003). Para este último autor, 58% da população se mostra insatisfeita com o funcionamento da assistência de saúde no Brasil.

No entanto, os resultados observados neste estudo se diferenciam dos obtidos por Moimaz *et al.* (2010) que obteve nível de satisfação com classificações em ótimo e bom presentes em 67,1% dos usuários, em cinco municípios da região noroeste de São Paulo. Guedes e Garcia (2001) estudaram a satisfação do usuário do serviço e verificaram que as respostas dos usuários acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresentaram um direcionamento para respostas positivas, em torno de 40% a 50%, havendo um receio de que as respostas desfavoráveis pudessem resultar em algum tipo de sanção no atendimento.

A dimensão sigilo das informações do usuário obteve 99,4% de satisfação por parte dos entrevistados neste estudo (tabela 1). Estes resultados são sugestivos de uma relação ética e legal entre servidores e usuários, uma vez que o sigilo é um direito do paciente e um dever do servidor, sendo a quebra deste um ato de infração (CPB, 2012). Moimaz (2010) também obteve resultados semelhantes quando afirmou que 69,5% dos entrevistados relataram confiança nos profissionais da unidade de saúde pelos quais foram atendidos.

Já as dimensões relacionadas à espera, como no consultório e na recepção, demonstraram expressivos níveis de insatisfação em 57,6% e 63% dos entrevistados respectivamente, sendo o atraso dos médicos e descontentamentos relacionados à entrega de fichas os pontos fracos mais relatados. A entrega de fichas aparece nesse cenário como um procedimento com teor deficitário da gestão da unidade de saúde seguindo em dissonância com o exercício do Programa de Agentes Comunitários (PAC) da Estratégia de Saúde da Família que nos traz, dentre outras, a atividade do agente de saúde sendo desenvolvida nos domicílios de sua área de abrangência orientando as famílias e agendando as consultas quando necessário (BRASIL, 2012). Para Ferri *et al.* (2007), num estudo realizado em uma cidade do interior de São Paulo, a demora para o atendimento foi motivo de grande insatisfação por parte de quem usa os serviços de saúde. Segundo essas autoras o tempo de espera deve ser uma preocupação por parte da equipe, pois se mostra distante da qualidade esperada. Moimaz (2010) afirmou que a principal queixa que

se desprende das falas dos pesquisados é a necessidade do usuário por uma melhor organização do serviço, que proporcione atendimento mais rápido e efetivo.

Tabela 1. Características de acesso e assistência dos usuários do SUS, no município de Nata/RN.

| Características          | Muito bom | Bom  | Ruim | Péssimo |
|--------------------------|-----------|------|------|---------|
| Acesso                   | 10,6      | 57   | 24,5 | 7,9     |
| Respeito                 | 20        | 59,1 | 14,2 | 6,7     |
| Atenção                  | 9,7       | 53,6 | 27   | 6,7     |
| Explicações              | 22,1      | 53,9 | 17,3 | 6,7     |
| Espera<br>Recepção       | 2,7       | 34,3 | 32,1 | 30,9    |
| Espera<br>consultório    | 4,2       | 38,2 | 27,3 | 30,3    |
| Limpeza local            | 12,1      | 65,1 | 17,3 | 5,5     |
| Limpeza<br>banheiros     | 7,9       | 5,3  | 27,3 | 11,2    |
| Fácil<br>informação      | 10,9      | 60,2 | 17,2 | 11,9    |
| Sigilo de<br>informações | 30,9      | 68,5 | 0,3  | 0,3     |

Dados retirados do questionário ISAB

Dentre os usuários considerados insatisfeitos, os usuários com médias de idades mais jovens se fazem mais representativos, sendo os que apresentaram escore com nível de classificação bom são, em média, 12,862 anos mais velhos que os entrevistados que apresentaram escore com nível de classificação muito ruim ( $p=0,011$ ). Esses resultados reforçam a hipótese da existência de uma maior exigência por parte da população mais jovem. Este achado nos leva a associar a existência de maiores acessos à informação, sobretudo com os avanços tecnológicos na área da comunicação. (tabelas 3 e 4)

Na variável gênero não foram observadas diferenças com relação aos níveis de satisfação entre homens e mulheres, havendo prevalência da insatisfação (tabela 2). Estes resultados estão em consonância com o estudo realizado por Gouveia *et al.* (2005) reforçando que esta variável não gera diferentes opiniões.

Já com relação à escolaridade, este estudo demonstrou associação significativa com grau moderado de relevância com os níveis de satisfação ( $X^2=0,032$  e  $R=0,324$ ), revelando insatisfação dos entrevistados em todos os níveis de escolaridade sendo os alfabetizados os mais insatisfeitos com 92,2% (tabela 3). Resultados diferentes foram encontrados por Gouveia *et al.* (2009), Ribeiro *et al.* (2006), Dachs (2002) e Marins *et al.* (2007) nos quais foram observado que as chances de uma maior insatisfação com a qualidade dos serviços de saúde recaiu, significativamente, sobre os indivíduos de baixa escolaridade.

Tabela 2. Característica do nível de satisfação dos usuários do SUS do município de Natal-RN em relação ao gênero e escolaridade.

| Características     | Péssimo |      | Muito Ruim |       | Ruim |       | Regular |      | Bom |       | Muito bom |     | Excelente |     |
|---------------------|---------|------|------------|-------|------|-------|---------|------|-----|-------|-----------|-----|-----------|-----|
|                     | n       | %    | N          | %     | N    | %     | n       | %    | n   | %     | n         | %   | N         | %   |
| <b>Gênero</b>       |         |      |            |       |      |       |         |      |     |       |           |     |           |     |
| Masculino           | 0       | 0    | 6          | 10,2  | 35   | 59,3  | 10      | 16,9 | 5   | 8,5   | 3         | 5,1 | 0         | 0   |
| Feminino            | 2       | 0,73 | 43         | 15,9  | 111  | 40,95 | 66      | 24,3 | 35  | 12,91 | 10        | 3,7 | 4         | 1,5 |
| <b>Escolaridade</b> |         |      |            |       |      |       |         |      |     |       |           |     |           |     |
| Analfabeto          | 0       | 0    | 1          | 8,3   | 7    | 58,3  | 0       | 0    | 3   | 25    | 0         | 0   | 1         | 1,8 |
| Alfabetizado        | 1       | 3,9  | 2          | 7,6   | 11   | 42,3  | 10      | 38,4 | 0   | 0     | 1         | 3,9 | 1         | 3,9 |
| Fundamental         | 0       | 0    | 21         | 13,8  | 63   | 41,4  | 41      | 27   | 19  | 12,5  | 8         | 5,3 | 0         | 0   |
| Médio               | 1       | 0,8  | 19         | 15,3  | 58   | 46,4  | 24      | 19,4 | 17  | 13,7  | 2         | 1,6 | 3         | 2,4 |
| Superior            | 0       | 0    | 5          | 31,25 | 7    | 43,75 | 1       | 6,25 | 1   | 6,25  | 2         | 2,5 | 0         | 0   |

Dados obtidos a partir do questionário ISAB.

Tabela 3. Característica do nível de satisfação dos usuários do SUS do município de Natal-RN em relação à Idade.

| Satisfação | Idade        |
|------------|--------------|
|            | Média x DP   |
| Péssimo    | 52,5 ±20,5   |
| Muito Ruim | 36,31 ±15,43 |
| Ruim       | 44,93 ±17,88 |
| Regular    | 46,75 ±17,55 |
| Bom        | 79,18 ±17,36 |
| Muito bom  | 47,42 ±19,67 |
| Excelente  | 35,25 ±9,1   |
| Total      | 44,63 ±17,7  |

Dados obtidos a partir do questionário ISAB; DP=Desvio Padrão;

Tabela 4 - Análise da relação entre o nível de satisfação e a idade

| Satisfação | Idade  |       | F    | p     |
|------------|--------|-------|------|-------|
|            | X      | dp    |      |       |
| Péssimo    | 52,50  | 20,50 | 2,78 | 0,012 |
| Muito Ruim | 36,31  | 15,43 |      |       |
| Ruim       | 44,93* | 17,88 |      |       |
| Regular    | 46,75* | 17,55 |      |       |
| Bom        | 49,18* | 17,36 |      |       |
| Muito Bom  | 47,42  | 19,67 |      |       |
| Excelente  | 35,25  | 9,10  |      |       |

\*  $p < 0,05$

Os níveis de satisfação relacionados à distribuição por distritos sanitários revelaram uma predominância da insatisfação dos entrevistados, de uma forma homogênea em todos os distritos (tabela 5). Este achado demonstra discordância com a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde que afirma que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade acabam gerando uma estratificação socioeconômica dos indivíduos e grupos populacionais, conferindo-lhes posições sociais distintas que acabam provocando diferenciais de saúde e de percepção (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008) Desta forma, a diferença regional existente entre os distritos sanitários não provocou diferenças nas opiniões acerca dos serviços de saúde. Não foi encontrado na literatura algo que se contrapusesse a esta informação, maximizando sua importância.

Tabela 5 – Distribuição do nível de satisfação e distritos sanitários

| Satisfação | Norte I |       | Norte II |       | Sul |       | Leste |       | Oeste |       |
|------------|---------|-------|----------|-------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
|            | n       | %     | n        | %     | n   | %     | n     | %     | n     | %     |
| Péssimo    | 0       | 0     | 1        | 1,11  | 0   | 0     | 0     | 0     | 1     | 1,11  |
| Muito Ruim | 13      | 21,67 | 17       | 18,89 | 3   | 10    | 1     | 1,66  | 16    | 17,78 |
| Ruim       | 15      | 25    | 45       | 50    | 18  | 60    | 19    | 31,67 | 48    | 53,33 |
| Regular    | 17      | 28,33 | 18       | 20    | 7   | 23,33 | 21    | 35    | 15    | 16,67 |
| Bom        | 7       | 11,67 | 7        | 7,78  | 2   | 6,67  | 15    | 25    | 8     | 8,89  |
| Muito bom  | 5       | 8,33  | 2        | 2,22  | 0   | 0     | 3     | 5     | 2     | 2,22  |
| Excelente  | 3       | 5     | 0        | 0     | 0   | 0     | 1     | 1,67  | 0     | 0     |

Dados obtidos a partir do questionário ISAB.

|                           |                   |      |        |
|---------------------------|-------------------|------|--------|
| Satisfação x distrito     | Moderada positiva | 0,39 | 0,001  |
| Satisfação x escolaridade | Fraca positiva    | 0,32 | 0,032* |
| Satisfação x gênero       | Fraca positiva    | 0,15 | 0,24   |

\*p<0,05

Dentre os distritos sanitários, o distrito sul apresentou os maiores níveis de usuários insatisfeitos com 93,33% de insatisfação, sendo a classificação ruim predominante como opinião de 60% dos usuários. Esta insatisfação pode estar em estreita relação com o déficit de UBS o que provoca um aumento na demanda do CS e, conseqüentemente, limitações na qualidade dos seus serviços prestados limitando o exercício das diretrizes operacionais da Estratégia Saúde da Família – ESF onde a prática das UBS é a porta de entrada do serviço de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997)

O distrito oeste revelou que os níveis de insatisfação se faziam presentes em 88,89% das pessoas entrevistadas, demonstrando uma prevalência das classificações ruim e muito ruim que representaram 53,33% e 17,78%, respectivamente, das opiniões da população usuária.

O distrito leste apresentou uma leve diminuição dos níveis de insatisfação, no entanto esta se fazia presente em 68,33% das opiniões. A classificação regular prevaleceu com 35% das opiniões, seguida pela classificação ruim com 31,67%. Os níveis de insatisfação no distrito norte II representaram 90% das opiniões dos usuários. A classificação ruim representou a metade das opiniões com 50%, seguida pela classificação regular com 20% das opiniões. O distrito norte I apresentou 75% das opiniões relacionadas a insatisfação dos usuários. A classificação regular apresentou 28,33% das opiniões, sendo a classificação péssimo ausente de opiniões.

Essa associação observada entre os níveis de satisfação dos usuários entrevistados e os distritos sanitários apresenta associação significativa com grau moderado de relevância ( $X^2=0,01$  e  $R=0,369$ ). (Tabela 6)

Tabela 6 - Análise da associação entre o nível de satisfação entre os distritos, escolaridade e o gênero.

| Variáveis                 | Associação        | $X^2$ | Sig    |
|---------------------------|-------------------|-------|--------|
| Satisfação x distrito     | Moderada positiva | 0,36  | 0,001* |
| Satisfação x escolaridade | Fraca positiva    | 0,32  | 0,032* |
| Satisfação x gênero       | Fraca positiva    | 0,15  | 0,24   |

\* $p \leq 0,05$

## 5- Conclusão e Recomendações

- O presente estudo mostrou, de uma forma geral, uma avaliação negativa dos serviços de saúde municipais pelos usuários da rede pública, embora tenham sido observados níveis de satisfação aumentados quanto aos serviços de natureza relacional.

- As diferenças regionais, em nível de distritos, não mostraram diferenças significativas das opiniões dos usuários entrevistados, onde foi visto uma homogeneidade da insatisfação.

- O grau de escolaridade não representou uma característica relevante para diferenças nos níveis de satisfação dos pesquisados, demonstrando uma prevalência da insatisfação em todos os níveis de escolaridade.

- Apesar da prevalência de usuários do sexo feminino, os níveis de satisfação não mostraram divergências entre os gêneros, revelando uma insatisfação tanto nos homens quanto nas mulheres entrevistadas.

- Os níveis de insatisfação foram mais presentes entre os pesquisados com médias de idades mais baixa, revelando uma maior exigência por parte dos usuários mais jovens.

- Intervenções por parte dos gestores se mostram necessárias, sobretudo em aspectos como a espera no atendimento, tendo em vista que tais ações são acessíveis e possíveis do ponto de vista burocrático do serviço de saúde, contribuindo, a curto prazo, para uma maior satisfação por parte dos usuários.

- Estudos avaliativos se fazem de muita importância uma vez que contribuem, de forma direta e eficaz, para mudanças nas políticas públicas na saúde garantindo maiores padrões de qualidade nos serviços prestados.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. -- Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M. , Mendes, R., Bógus, C.M., Westphal, M.F., Bichir, A., Pedroso, M.L. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-46, out. 2002.

BRASIL. CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. Seção IV dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos. Lei nº 2.848/1940 - Art. 154 - violação do segredo profissional. Disponível em: [www.amperj.org.br](http://www.amperj.org.br). Acesso em: 08 de jun. de 2012.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BRASIL. Íntegra da Constituição da República Federativa do Brasil. [Citado 2012 Maio 21]. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/contendo>. Acesso em: 07 de jun. de 2012.

BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. *Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social*. [citado 2012 Maio 21]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L3807.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm). Acesso em: 08 de jun. de 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agente Comunitário de Saúde*. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23176](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176). Acesso em: 09 jun. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília, 1997. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em: 09 jun. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

GUEDES TA, ET AL. Estatística Descritiva. Projeto de Ensino Aprender a fazer a estatística. Disponível em: <<http://www.des.uem.br>>. Acesso em 01 de Junho 2012

GOUVEIA GC, SOUZA WV, LUNA CF, SOUZA-JÚNIOR PRB, SZWARCOWALD CL. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Estado de Pernambuco - Brasil, 2005. *Ciênc Saúde Coletiva*, aprovado em 16 de fevereiro de 2009. No prelo.

GOUVEIA, GISELLE CAMPOZANA. Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro / Giselle Camposana Gouveia. Recife: G. C. Gouveia, 2009.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de Saúde Pública e Previdência, 1937 – 45. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro:FGV, 1999, p.73-93.

MARINS VMR ET AL....The association between socioeconomic indicators and cardiovascular disease risk factors. In: Rio de Janeiro, Brazil. *J BiosocSci*, 2007; 39: 221-9.

MÉDICE AC. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

MENDES EV. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1993.

VIANA E POZ, A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. *Universalidade, integralidade, equidade e SUS*. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo>>. Acessos em: 21 maio 2012.

PAULUS JÚNIOR, Ayrton; CORDONI JUNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. 2006. *Revista espaço para a saúde*, Londrina, v8, n 1, p 13-19.

POLIGNANO, M. V. *História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão*. Disponível em: . Acesso em: 21 maio 2012.

## Apêndice I

RIBEIRO MCSA ET AL. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD, 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006; 11(4): 1011-22

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 30 de Maio 2012.

SILVA JÚNIOR, J. B. *Epidemiologia em serviço*: Uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2004.

TRAD, L.A.B.; BASTOS A.C.S. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad saúde pública* 1988; 14(2): 429-35.

VARGAS, JEFERSON DUTRA DE. *História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil*: revisão da literatura. Jeferson Dutra de Vargas. Rio de Janeiro, 2008.

WEISS LG. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1998; 26: 383-92

## Apêndice I



### ISAB- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

( ) PACIENTE ( ) RESPONSÁVEL ( ) ACOMPANHANTE IDADE: \_\_\_\_\_  
SEXO: ( ) M ( ) F ESCOLARIDADE: ( ) ANALFABETO  
( ) ALFABETIZADO ( ) 1 GRAU ( ) ENSINO MÉDIO ( ) ENSINO SUPERIOR

COMO VOCÊ CONSIDERA:

#### 1 - O ACESSO AO CENTRO CLÍNICO/USF

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

#### 2 - O RESPEITO DOS FUNCIONÁRIOS E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE:

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

#### 3 - O ATENDIMENTO QUANTO A ATENÇÃO AOS SEUS PROBLEMAS:

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

#### 4 - O ATENDIMENTO QUANTO ÀS EXPLICAÇÕES CLARAS E SUFICIENTES:

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

#### 5 - O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO:

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

#### 6 - O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO:

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

**7-A LIMPEZA DOS LOCAIS DE ESPERA:**

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

**8-A LIMPEZA DOS BANHEIROS:**

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

**9-A FACILIDADE PARA ADQUIRIR INFORMAÇÕES:**

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

**10 -O SIGILO DAS SUAS INFORMAÇÕES:**

( ) MUITO BOM ( ) BOM ( ) RUIM ( ) PÉSSIMO

Como você esperava que fosse?

( ) Melhor que o recebido ( ) Semelhante ao recebido ( ) Pior do que o recebido

**PONTUAÇÃO**

**10 pontos – muito bom**

**7 pontos - bom**

**3 pontos – ruim**

**0 pontos – péssimo**

A escala de interpretação dos valores do índice utilizada foi a seguinte:

**SERVIÇO CONSIDERADO:**

**91 A 100 - EXCELENTE**

**81 A 90 – MUITO BOM**

**71 A 80 - BOM**

**61 A 70 – REGULAR**

**41 A 60 – RUIM**

**21 A 40 – MUITO RUIM**

**00 A 20 – PÉSSIMO**

## Apêndice II

### IDENTIFICAÇÃO DO UNI-RN

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### ESCLARECIMENTOS

Este é um convite para você participar da pesquisa “avaliação do nível de satisfação dos usuários da Atenção Básica do SUS em Natal/RN” que é coordenada pela Profa. Francisca Rêgo Oliveira de Araújo, Prof. Ângelo Augusto de Paula Nascimento, pelos graduandos Leonardo Dantas R. da Silva e Nayara Glenda Nóbrega e Silva. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar o nível de satisfação dos usuários da Atenção Básica do SUS no Município de Natal-RN, associando o nível de satisfação à variáveis como grau de instrução, sexo, idade, território, com o intuito de avaliar o cuidado com a saúde do cidadão a partir da sua ótica, estimulando o aumento de sua expectativa em relação ao serviço oferecido, a melhoria do serviço e a indicação de políticas públicas de saúde voltada para a necessidade de saúde da população.

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, uma vez que não será aplicado nem um método de intervenção terapêutica. O questionário terá em seu escopo informações sobre: identificação, grau de instrução, escolaridade e informações sobre o atendimento que você recebe na instituição de saúde que busca. No entanto, seus dados poderão ser expostos, em decorrência de perda do questionário e ou acesso a pessoas não autorizadas. Por tanto, toda a medida de cuidado, guarda e zelo do material coletado, será tomado pelos responsáveis pela pesquisa.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro, por um período mínimo de 5 (cinco) anos e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: poderá informar sobre o seu nível de satisfação em relação ao atendimento de saúde que você recebe no serviço de saúde e a partir daí poder ser um fator mobilizador de políticas de saúde mais efetivas e propositivas para a população em geral.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma via deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Profa. Francisca Rêgo Oliveira de Araújo (84-9988-6995) e email francisca.rego@uol.com.br, Prof. Angelo Augusto de Paula Nascimento (84-8819-7607) e mail angeloapnascimento@hotmail.com, Graduandas Leonardo Dantas R. da Silva (84-8889-7161) e mail leosurfebio@hotmail.com e Nayara Glenda Nóbrega e Silva (84-9990-3811) e mail nayaranobrega\_@hotmail.com, do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte- UNI-RN na Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 Tirol - CEP 59014-540, pelo turno da manhã e/ ou à tarde.

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa "avaliação do nível de satisfação dos usuários da Atenção Básica do SUS em Natal/RN"

Autorizo também a utilização dos dados obtidos para a realização de trabalhos e apresentação em encontros científicos, bem como, o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre a minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, residente  
\_\_\_\_\_, declaro para fins de participação na  
pesquisa "avaliação do nível de satisfação dos usuários da Atenção Básica do SUS em Natal/RN" na  
condição sujeito objeto da ação, que fui devidamente esclarecido(a) das condições acima citadas e  
consisto voluntariamente em participar das atividades propostas.

Natal, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadores responsáveis:

Francisca Rêgo Oliveira de Araújo

Assinatura: \_\_\_\_\_

Ângelo Augusto de Paula Nascimento

Assinatura: \_\_\_\_\_

Leonardo Dantas Rebouças da Silva

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nayara Glenda Nóbrega e Silva

Assinatura: \_\_\_\_\_