

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ  
FACENE-RN

RENATA NAYANE DE SOUSA OLIVEIRA

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS FRENTE A RESOLUBILIDADE OFERECIDA  
PELA ESF NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CE.**

MOSSORÓ  
2015

RENATA NAYANE DE SOUSA OLIVEIRA

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS FRENTE A RESOLUBILIDADE OFERECIDA  
PELA ESF NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CE.**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró  
como exigência parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Esp. Ana Cristina Arrais

MOSSORÓ-RN

2015

O51p

Oliveira, Renata Nayane de Sousa.

A percepção dos usuários frente a resolubilidade oferecida pela ESF no município de Russas/CE/  
Renata Nayane de Sousa Oliveira. – Mossoró, 2015.  
60f.

Orientador: Prof. Esp. Ana Cristina Arrais

Monografia (Graduação em Enfermagem) –  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de  
Mossoró.

1. Atendimento de enfermagem. 2. Estratégia  
Saúde da família. 3. Satisfação dos usuários. I. Título.  
II. Arrais, Ana Cristina.

CDU 614

RENATA NAYANE DE SOUSA OLIVEIRA

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS FRENTE A RESOLUBILIDADE OFERECIDA  
PELA ESF NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CE.**

Monografia apresentada pela aluna Renata Nayane de Sousa Oliveira do curso Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituídas pelos professores.

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)

Orientadora

---

Profa. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

Membro

---

Profa. Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)

Membro

Aos meus pais

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, pelo dom da vida, por estar sempre à frente dos meus planos, concedendo-me, sabedoria, discernimento, animo, paciência e por não permitir em momento algum que eu fraquejasse nessa caminhada, por sua fidelidade para comigo, que nos momentos de angústia, ansiedade e medo sempre esteve presente renovando minha fé, dando-me força e coragem. Te agradeço, Senhor, por todos os momentos bons que me fizeram celebrar a vida e os momentos difíceis, que me fizeram crescer pois cada um deles, ao seu modo, me fizeram chegar onde eu cheguei, e me fizeram ser quem eu sou. Vejo que as minhas orações foram sempre ouvidas, uma a uma, e ao seu tempo são respondidas. E é por isso, que posso confiar que a porta que o Senhor vier abrir para mim, ninguém poderá fechar.

Agradeço a te SENHOR pelas pessoas que colocou em meu caminho. Algumas delas me inspiram, me ajudam, me desafiam e me encorajam a ser melhor a cada dia. Em especial a minha mãe **CLAUDIA**, razão da minha vida, por seu amor incondicional para comigo, por sua paciência, incentivo, por acreditar em mim, por suas orações para que meus objetivos pudessem ser alcançados, por suas preocupações, quando eu tinha que diariamente me deslocar de Russas a Mossoró para ir a faculdade. Sei que um muito obrigado não é o bastante. Te Amo Mãe.

Ao meu pai **VALDECI**, pelo apoio, incentivo, dedicação, que não mediu esforços para que eu pudesse chegar aqui.

A minha irmã **CAROLAINE** por torcer pelas minhas conquistas.

Ao meu esposo **IZARLAN** por ter compreendido minhas ausências, pelas vezes que eu tinha que ir mesmo querendo ficar, pela confiança, força, pelas renúncias abdicadas em meu favor para que nossos planos pudessem dá certo, enfim por seu amor para comigo.

A minha vó **AUXILIADORA** (in memória) pois sei que se aqui estivesse, estaria contente por essa conquista. Te amo vó! Você estará para sempre em meu coração, seu exemplo de mãe, mulher, batalhadora ficarão eternizados em minha vida.

Ao meu primo **VINICIUS KAUAN** criança que eu tenho um amor imensurável. A minha tia **CLAUDIANA**, por seu incentivo e ajuda.

A minha vó **SANTA** e minha tia **NEOMISA** que sempre me ajudaram quando eu precisei.

As **IRMÃS** que a vida me deu **INGRID, ANNE MARY E ANA PAULA**, desculpa as ausências, mas estava correndo atrás dos meus ideais, para que no futuro vocês pudesse se orgulhar da irmã que tem.

As minhas colegas de sala Bárbara, Débora, Carol, Natália, Marina, Fábriçia, Wagna, Talita, Jessica Larissa, Newton, Itaécio, Ravana, pelos momentos de descontração e aprendizado.

Em especial a minha amiga **(MIRMÃ) PATRICIA OLIVEIRA** e seu noivo **TIAGO SOLANO** por terem sido tão prestativos comigo, que Jesus abençoe grandemente a vida de vocês.

A minha amiga **(MIRMÃ) LENICE LIMA**, companheira de todos os momentos, foram grandes as experiências partilhadas durante esses anos, experiências estas que nos engrandeceram como seres humanos e hoje estamos aqui firmes e fortes para o começo de uma nova etapa em nossas vidas. Valeu “mirmã”!

A minha amiga e comadre **GABRIELA COSTA**, pela amizade e por ter confiado a mim a responsabilidade de apadrinhar sua filha (o) quero que você saiba o quanto feliz me sinto. E que LARA venha logo, para nossa felicidade. Sei que Deus nos colocou no mesmo caminho não por um acaso.

A minha perseguidora favorita **JESSICA KATIANE**, que vivia com fome, pelas risadas, pelos conhecimentos partilhados, pelas dúvidas tiradas na biblioteca, no zap zap, você me conquistou, te levarei para sempre em minha vida.

A minha orientadora, **ANA CRISTINA ARRAIS** que mesmo sem me conhecer, aceitou me orientar, obrigado pela confiança e pela contribuição para realização deste trabalho.

Aos membros da banca **GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA** e **PATRÍCIA HELENA DE MORAIS CRUZ MARTINS**, por aceitar o convite de participação e pelas sugestões que engrandeceram minha pesquisa.

A bibliotecária da FACENE/RN **VANESSA CAMILO (AMIZADE)** pela receptividade, paciência, sempre que lhe solicitava algo para construção deste trabalho.

A todos os professores desta instituição **FACENE/RN** pelos ensinamentos repassados, pelas contribuições para minha vida acadêmica e profissional.

A todos que direta ou indiretamente estiveram comigo torcendo por minha vitória.

Muito obrigado!

“E você aprende que realmente pode suportar...que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais.” (William Shakespeare)



## RESUMO

Garantia de acesso e resolubilidade são fundamentais nos serviços de atenção primária em saúde, uma vez que esta é responsável em sanar 85% das necessidades de saúde da população, contemplando os princípios doutrinários que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Torna-se necessário que os serviços sejam acessíveis e que os usuários tenham conhecimento da importância deste para redução das iniquidades de saúde, vale salientar que quando se caracteriza a atenção primária como porta de entrada aos serviços de saúde, significa dizer que a atenção se dará para todas as novas necessidades que surgirem, uma atenção de maneira longitudinal. Esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar a percepção dos usuários acerca da resolubilidade oferecida pela ESF no Município de Russas-Ce e objetivos específicos: caracterizar o perfil dos usuários da ESF; conhecer a relação dos usuários com os membros da equipe da ESF; conhecer a opinião do usuário frente a resolubilidade oferecida pela ESF para tornar seu atendimento efetivo; identificar em quais programas os entrevistados estão inseridos na ESF. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter exploratória e descritiva. O local do estudo se deu em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas no referido município. A amostra foi composta por 20 pessoas, sendo 5 pessoas de cada UBS. Como instrumento para coleta de dados utilizamos questionário. A técnica para análise dos dados qualitativos foi Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da FACENE/RN com o número de protocolo CEP: 104/2015 e CAAE: 47913515.0.0000.5179. Para a pergunta sobre a relação com os membros da ESF, obteve-se como ideias centrais: boa, por que sempre é atendida; não possui boa relação; pouco contato e/ou primeira vez que vai ao posto. E quando perguntado sobre a opinião do usuário em relação a resolubilidade oferecida pela ESF, frente as suas necessidades, obtivemos as seguintes ideias centrais: precisa melhorar; boa. A maioria dos participantes da pesquisa apresenta idade entre 26-36 anos, predominantemente do sexo feminino, da cor parda, agricultores, com ensino médio completo e casados. Avaliam o atendimento dos componentes da equipe como bom, quanto ao atendimento pela equipe, estrutura física da unidade, acesso a unidade e compatibilidade de horários avaliam também como bom e quanto a disponibilidade de materiais e agendamento de exames classificam como regular. Vale salientar que a hipótese desta pesquisa foi refutada, visto que os participantes consideram que a ESF atende suas necessidades. Pode-se perceber que a ESF se consolida como porta de entrada aos serviços de saúde e que a população por ela assistida considera que suas necessidades são atendidas, mostrando-se resoluta quando lhe é consultada, também foi possível verificar que existem lacunas no serviço, mas que podem ser melhoradas.

**Palavras-chave:** Atendimento de enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Satisfação dos Usuários.

## ABSTRACT

Ensuring access and resolution are key in primary health care services, which is responsible for remedy of 85 health needs of the population, stated into the doctrinal principles governing the unified health system (SUS). It is necessary that the services are accessible and that users are aware of the importance of this to the reduction of health inequities, it's worth pointing out that when he characterized the primary as a gateway to health services, means that attention will be for all the new needs that arise in longitudinal way attention. This research aims to analyze the perception of general users about the resolution offered by the ESF in the municipality of Russas-CE, and specific goals: characterize the profile of users of the ESF; meet the users' relationship with team members of the ESF; user opinions front the resolution offered by the ESF to make its effective customer service; identify in which respondents are programs inserted into the ESF. It is a quantitative and qualitative approach to research, exploratory and descriptive character. The location of the study in four basic health units (UBS) located in that municipality. The sample was composed by 20 people, 5 people at UBS. For data collection used questionnaire. The technique for analysis of qualitative data was the collective subject discourse (DSC). The research was approved by Ethics Research Committee of the FACENE/RN with the protocol number CEP: 104/2015 and CAAE: 47913515.0.0000.5179. To the question on the relationship with the members of the ESF as central ideas: good, why is it always met; does not have a good relationship; little contact and/or first time to post. And when asked about the view of the user against the resolution offered by the ESF, in front of their needs, we obtained the following central ideas: need to improve; good. Most participants of the research presents have ages between 26-36 years old, predominantly female, brown color, farmers, with full high school and married. Evaluate the components of the team as well, as for the attendance by the team, the physical structure of the unit, the unit access and compatibility of timetables also assess how well and how the availability of materials and exam scheduling are classified as regular. It's worth pointing out that the hypothesis of this research was to be rejected, since the participants consider that the ESF meets your needs. One can notice that the ESF is consolidated as a gateway to health services and that the population assisted by it considers that their needs are met, showing resolute when it is queried, there are gaps in service, but that can be improved.

**Keywords:** Nursing Care. The family health strategy. Users satisfaction.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Caracterização da amostra segundo a idade dos participantes.....	28
Gráfico 2- Caracterização da amostra segundo o sexo dos participantes.....	29
Gráfico 3- Caracterização da amostra segundo a escolaridade dos participantes.....	30
Gráfico 4- Caracterização da amostra segundo o estado civil dos participantes.....	31
Gráfico 5- Caracterização da amostra segundo a raça dos participantes.....	32
Gráfico 6- Caracterização da amostra segundo a profissão dos participantes.....	32
Gráfico 7- Caracterização da amostra segundo a avaliação do atendimento dos componentes da equipe da ESF.....	33
Gráfico 8- Caracterização da amostra segundo a avaliação do participante sobre os itens em questão.....	36
Gráfico 9- Caracterização da amostra segundo o programa no qual o participante se insere na ESF.....	39

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 JUSTIFICATIVA .....	12
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO .....	12
1.3 HIPÓTESE .....	13
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 OBJETIVO GERAL .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	15
3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ...	15
3.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS .....	18
3.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RESOLUBILIDADE NA ATENÇÃO A SAÚDE .....	20
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	25
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	25
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS .....	25
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	26
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	26
4.9 FINANCIAMENTO DO ESTUDO .....	27
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	28
5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS .....	28
5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS .....	41
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	49
<b>APÊNDICES</b> .....	54
<b>ANEXO</b> .....	60

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é um marco na política de saúde pública brasileira, surgiu em 1994 onde sua cobertura estava centralizada em áreas de maior vulnerabilidade social, conseqüentemente focalizado nos grupos predispostos a adoecer e morrer. A atenção primária é a principal porta de entrada dos usuários que buscam os serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Sendo, um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, voltados para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, cabendo a atenção primária produzir atenção integral aos usuários. (BRASIL,2006)

Um novo olhar a saúde pública brasileira surgiu com a criação do PSF, atualmente denominado ESF, quebrando o privilégio que era dado a atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária que estava preocupada em curar as doenças existentes da época, uma vez que a saúde brasileira só ganhava destaque quando era acometida por endemias e epidemias o que caracterizava o retrocesso da economia do país. A atenção primária à saúde influenciou a elaboração das Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS) e a Norma Operacional Básica (NOB), que se caracteriza por um conjunto de normas elaboradas pelo MS para nortear a transferência de recursos financeiros e definir papéis nas três esferas governamentais. (AGUIAR,2011)

A ESF incorpora os princípios do SUS sendo eles, a universalidade que garante o acesso da população aos serviços de saúde por parte do sistema, cabendo ao estado assegurar esse direito como cita a lei 8.080/90, visando a melhoria das condições de vida da população. Equidade que assegura ações e serviços para todos os níveis de acordo com a complexidade que o caso requeira, onde o cidadão que busque o serviço de saúde sejam tratados com igualdade no acesso aos serviços, de modo a priorizar aqueles que se encontram com maior vulnerabilidade social. E por fim a integralidade que é compreendida como um conjunto de ações que visa a prevenção, promoção e a recuperação do cidadão para alcance de melhores resultados sejam individuais ou coletivos. (BRASIL,2012)

Garantia de acesso e resolubilidade são fundamentais no serviço de atenção primária à saúde, sendo este responsável em sanar 85% das necessidades de saúde da população, a ESF deve saber ouvir e acolher todos os usuários que procuram os serviços, contemplando os princípios doutrinários que regem o SUS, cabendo-lhe

realizar um acolhimento humanizado, oferecendo uma resposta positiva diante do problema que lhe foi consultado, objetivando minimizar danos e sofrimentos aos usuários e conseqüentemente trazendo a sociedade e gestão bons indicadores de saúde.

Para que a ESF possa se concretizar como porta de entrada para os serviços oferecidos pelo SUS, é necessário que seus serviços sejam acessíveis e que os usuários tenham conhecimento suficiente da importância deste para redução das iniquidades de saúde. Vale salientar que quando se caracteriza a atenção primária como porta de entrada aos serviços de saúde, significa dizer que a atenção se dará para todas as novas necessidades que surgirem, uma atenção de maneira longitudinal. Quando se fala em acessibilidade, significa dizer torna algo acessível, de fácil acesso, portanto, a ESF foi criada com a intenção de assistir o indivíduo em sua totalidade, observando os fatores predisponentes ao adoecimento, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

O desejo do tema emergiu durante as práticas integradoras, pois pode-se observar na sala de espera das UBS que, os usuários reclamavam da demora por atendimento, como também nas marcações e remarcações de exames e consultas, tornando-o pouco resoluta no atendimento de suas necessidades. A proposta deste projeto é verificar qual a percepção dos usuários frente a resolubilidade oferecida pela ESF no Município de Russas-Ce, e se está mostra-se resoluta quando lhe é consultada pela população no sentido de equacionar as necessidades de saúde, este terá uma relevância para os futuros leitores, pois dentre os trechos será focado qual a resolubilidade que o usuário encontra na ESF. Para os profissionais de enfermagem esse servirá como embasamento de conhecimento científico que vai além da relevância da temática. A importância desse projeto é mostrar que a ESF tem papel fundamental na redução e prevenção de agravos à saúde.

### 1.2 PROBLEMA

Diante do exposto pergunta-se: qual a percepção dos usuários frente a resolubilidade oferecida pela ESF no Município de Russas-CE?

### 1.3 HIPÓTESE

Acredita-se que os usuários não encontram resolubilidade na ESF, visto que nas práticas vivenciadas a insatisfação pode ser decorrente da complexidade do gerenciamento da unidade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a percepção dos usuários acerca da resolubilidade oferecida pela Estratégia Saúde da Família no município de Russas-Ce.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil dos usuários da ESF;
- Conhecer a relação dos usuários com os membros da equipe da ESF;
- Conhecer a opinião do usuário frente a resolubilidade oferecida pela ESF para tornar seu atendimento efetivo;
- Identificar em quais programas os entrevistados estão inseridos na ESF.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Ao longo dos séculos, o Brasil vem buscando uma organização do sistema de saúde, uma vez que a saúde pública brasileira não era tratada com prioridade pelas políticas de estado existentes, só recebiam ênfase nos momentos de epidemias e endemias onde afetavam diretamente a economia do país, estas dizimavam enormes contingentes populacionais, atingindo o modelo capitalista adotado. Desse modo, as medidas de saúde eram tomadas visando minimizar os danos que afetam a economia do país. As medidas tomadas, logo eram abandonadas quando se obtinha melhora no quadro de endemias e epidemias. A assistência médica era limitada as classes dominantes como fazendeiros de café, e aos demais, índios, negros e brancos pobres restavam a medicina popular e as casas de misericórdia, as doenças pestilenciais como cólera, febre amarela, malária, tuberculose, peste, varíola, gripe entre outras, dominavam a população no século XVIII e XIX, como essas doenças pestilenciais estavam afetando a economia do país, afastando a mão de obra que era essencial para o desenvolvimento do país, o governo achou necessário adotar medidas que melhorasse o cenário local. (AGUIAR,2011)

Fontinele Junior (2008) cita que assim iniciaram-se as ações de saneamento básico e infraestrutura, visando controle das doenças, em 1902 o então presidente da república Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz médico e pesquisador, para Diretoria Geral da Saúde Pública, o qual elegeu as campanhas sanitárias como modelo de intervenção e combate as epidemias, este adotou um modelo repressivo de intervenção médica impondo que a população fosse vacinada contra varíola, esta intervenção culminou na Revolta da Vacina em 1904, onde as brigadas sanitárias acompanhadas por policiais vacinavam a população a força, um campo de guerra instalou-se na cidade do Rio de Janeiro resultando em muitas prisões, feridos e mortos. Logo a vacina tornou-se opcional e a varíola foi controlada. Em 1920, Carlos Chagas assumiu o comando do Departamento Nacional de Saúde, inovando o modelo imposto por Oswaldo Cruz, a partir desse momento a saúde pública brasileira passa a existir, pois cria-se um modelo onde a ênfase é voltada para propaganda e educação sanitária da população, como forma de prevenir a ocorrência de novas doenças.

Surge a Previdência Social onde a assistência à saúde só foi possível de ser concretizada a partir das contribuições de patrões e empregados com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foi criada em 1923 por meio da lei Eloy Chaves, que visava a organização de um sistema de saúde e previdência social no país, onde contratavam serviços privados para atender as necessidades de saúde dos contribuintes e de seus familiares, a assistência prestada estava voltada para medicina curativa e lucrativa, os contribuintes contavam também com benefícios previdenciários.(OHARA; SAITO; 2010)

Escorel e Teixeira (2012) vem afirmar que a saúde pública brasileira vive um novo momento sob o comando do presidente Getúlio Vargas (1930-1945), com a instituição do salário mínimo, da carteira profissional de trabalho, regulamentação do trabalho feminino, jornada de trabalho de 8 horas, e aprovação à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), possibilitando acúmulo de capital necessário para os investimentos em infraestrutura, uma vez que o crescimento acelerado da indústria estava submetido a condições precárias, o que levou a população a viver em condições insalubres, favorecendo o surgimento de endemias e epidemias. Neste período ocorreu a criação do Ministério da Saúde que era associado com o da educação, estando responsável em coordenar as ações em saúde e criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sendo este responsável pelo combate à febre amarela e à malária.

Em 1933 a CAPs transformou-se em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde seu financiamento era de forma tripartite com participação dos empregados, empregadores e estado, sendo o último centralizador dos recursos financeiros. Visava a assistência médica curativa aos seus segurados na perspectiva de manutenção do trabalhador saudável para produção, aquele cuja categoria profissional era maior que os demais contribuintes, construíram hospitais próprios vindo caracterizar o modelo médico hegemônico. Mais tarde ocorre a junção do IAPs e criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS) subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, sendo responsável pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares. A gestão tripartite deixa de existir, transformando-se em uma gestão centralizada e com fins lucrativos, a assistência era prestada através da rede de serviços próprios do INPs. O sistema previdenciário foi desvinculado do Ministério do Trabalho, passando a ser vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o que não trouxe

mudanças, pois haviam privilégios no atendimento da clientela, fazendo com que houvesse um ambiente propício para que as manifestações sociais acontecessem. (AGUIAR, 2011)

Com a criação do MPAS, também foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), cujos recursos eram destinados ao financiamento de construção de hospitais. Esse ministério elabora o Plano de Pronta Ação (PPA) que amplia a contratação de hospitais e clínicas particulares para atendimento de urgência de qualquer indivíduo segurado ou não, essas medidas fizeram com que os gastos previdenciários se elevassem ocasionando uma crise no setor, devido aos elevados custos assistenciais, a pouca resolubilidade das ações em saúde, desvios de recursos, consequência da corrupção no orçamento previdenciário, e menor arrecadação financeira. Com a insatisfação da clientela e pela resolução insuficiente do Ministério da Saúde, cria-se um clima propício para o surgimento de movimentos sociais, a saúde encontrava-se sucateada. (ESCOREL, 2012)

O Ministério da Saúde separa-se da educação no ano de 1953, sendo que os poucos recursos alocados para esta pasta limitavam sua atuação, tornando-o ineficiente na resolução dos problemas de saúde dos brasileiros. É criado o ministério da saúde pela Lei de nº 1.920, de 25 de julho de 1953: “Art. 1º É criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana” (BRASIL, 1953)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A constituição federal de 1988, consagrou a saúde como direito de todos e dever do estado, possibilitando assim acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação a saúde. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do SUS, ao garantir o acesso à saúde como direito social universal e dever do estado. Foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, reuniram-se acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de saúde e sindicatos. (SOUZA; COSTA 2010)

Se faz necessário destacar a importância de leis que consolidam a saúde como direito fundamental de todo ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e sua contribuição para o avanço do SUS como a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara, os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1990a). Outra situação relevante que contribui para o avanço do SUS está assegurada pela Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e participação dos conselhos de saúde sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b)

### 3.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

O SUS pode ser compreendido como uma política de estado, afirmado pela constituição em considerar a saúde como um direito de cidadania e um dever do estado. Quando se afirma que a saúde é um dever do Estado, incube a ele elaborar e operacionalizar políticas econômicas e sociais que tenha por finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos populacionais, uma vez que estes estão expostos a riscos diferenciados a adoecer e morrer. Os princípios doutrinários que regem o SUS são Universalidade, Equidade e Integralidade, da atenção à saúde, com acesso universal a bens e serviços que garantam a saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral (TEIXEIRA, 2011)

Pontes, Oliveira e Gomes (2014) caracteriza a **universalidade** como direito de acesso ao sistema de saúde brasileiro, sem diferenciação de qualquer natureza. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outros. Já a **equidade** é definida onde todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. E a **integralidade** é conceituada quando o indivíduo deve ser visto como um todo, atendendo todas as suas necessidades.

Cabe defender a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que expressa na forma como os profissionais responderão aos pacientes que os procuram (COSTA, 2004).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso político, da construção de um Pacto Pela Saúde em 2006, anualmente revisado, que tenha como base os princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicara o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (FONTINELE JUNIOR,2008)

Segundo Schneider et al (2007 p.10), o pacto pela vida tem como principal objetivo o estabelecimento de prioridades sanitárias e são apresentadas em forma de metas nacionais, estaduais e municipais sendo observado as realidades de cada gestão. Após definida as prioridades nacionais, os estados e municípios observam e avaliam suas realidades e necessidades para construir suas prioridades. Em 2006, foram pactuados nacionalmente seis prioridades sendo elas:

- ✓ Saúde do idoso
- ✓ Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- ✓ Redução da mortalidade infantil e materna;
- ✓ Fortalecimento das capacidades de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue;
- ✓ Hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- ✓ Promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica

Para Fontinele Junior, (2008, p.73) O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governo; e de defender, vigorosamente, os principais aspectos dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como pontos centrais. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

- ✓ Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:
- ✓ Mostrar a saúde com direito de cidadania e o SUS com sistema público universal garantidor desses direitos;
- ✓ Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional n.29, pelo Congresso Nacional;

- ✓ Garantir a longo prazo, incremento dos recursos orçamentários e financeiro para a saúde;
- ✓ Aprovar o orçamento do SUS composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas;
- ✓ Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários.

Segundo Aguiar (2011, p.103) O Pacto de Gestão do SUS descreve nove eixos de ação, baseados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a partir dos quais, o documento propõe-se a definir as responsabilidades sanitárias de cada instância governamental. Essencialmente, trata-se de um direcionamento para efetivação de um sistema de saúde que garanta o respeito às diversidades regionais desde o planejamento até a execução e avaliação das ações, seguindo uma pauta de eficiência em saúde e maior transparência e garantindo a participação social. São eles:

- ✓ Descentralização
- ✓ Regionalização
- ✓ Financiamento do SUS
- ✓ Planejamento do SUS
- ✓ Programação Pactuada Integrada (PPI)
- ✓ Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial
- ✓ Participação Controle Social
- ✓ Gestão do Trabalho
- ✓ Educação na Saúde

O Sistema Único de Saúde, como responsável por ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, apresenta propostas legislativas completas para um sistema de saúde nacional. Porém, num país com dimensões territoriais como o Brasil, que enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades, sua efetivação torna-se de difícil realização. São diversos os problemas a enfrentar, a começar pela situação de vida dos cidadãos.

### 3.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RESOLUBILIDADE NA ATENÇÃO A SAÚDE

Em 1991 com a implementação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se deu início ao PSF, que tinha como objetivo atender as necessidades de saúde da população, diminuindo as filas nos prontos-socorros e hospitais, consumo abusivo de medicamentos , uso indiscriminado de equipamentos

de alta tecnologia e conseqüentemente diminuição dos custos ao governo, fazendo valer o objetivo central do PSF, pois grande parte da população faz uso das emergências para problemas que poderiam ter resolubilidade nos postos de saúde. (SAITO,2008)

Em 1994 o Ministério da Saúde, a fim de consolidar o SUS, propôs aos municípios o Programa de Saúde da Família, atual ESF, com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, que estava voltada a medicina curativa, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde, os objetivos da ESF são a melhoria dos indicadores de saúde, diminuição do número de exames complementares, de encaminhamentos de emergência e de internações hospitalares. É que a comunidade tenha participação ativa, na tomada de decisões, a fim de contribuir para melhoria dos serviços de saúde ofertados. A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e está estruturada a partir de UBS. Fazendo com que todos os cidadãos tenham suas necessidades atendidas para que se possa assegurar a efetivação do acesso dentro do sistema público de saúde. As unidades de saúde da família, destinam-se a funcionar como porta de entrada do sistema e sua atuação está voltada as ações de prevenção, promoção e assistência. (PONTES, 2010)

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção de saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL,2012 p.19)

A atenção básica preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, fazendo com que os usuários tenham acessibilidade a outros serviços, como por exemplo os de alta complexidade, filtrando assim o acesso a outros níveis de atenção à saúde. O acesso aos serviços e ações

de saúde proporcionado pelo SUS à população, contribui de forma significativa para satisfação da clientela. (ESCOREL, et al; 2007)

Para que a ESF possa se concretizar como porta de entrada para os serviços de saúde é necessário que os serviços sejam acessíveis, e que os mesmos se apresentem satisfatórios. A ESF como porta de entrada do SUS faz-se necessário, tanto para a consolidação das ações implementadas, quanto sobre a melhor proposta para organizar a atenção primária, desde sua origem foi concebida para a reorganização e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das suas práticas, é um modelo de atenção focado na família, na comunidade, na vigilância em saúde, assumindo o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua, resolutiva, buscando a satisfação do usuário. (ALENCAR, et al,2014)

Rosa, Pelegrini e Lima (2011) afirma que a satisfação do usuário é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços prestados de atenção à saúde, contribuindo desta forma para a reorganização dos serviços, o que constitui um importante instrumento para a organização da assistência tornando-as mais adequada e eficaz às demandas.

O acolhimento é considerado um resultado das práticas de saúde e da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, devendo os trabalhadores mante-se ativos para atender as necessidades da clientela. A inserção do acolhimento nas práticas de saúde tem proporcionado a adoção de uma postura de acolher, favorecendo uma maior intimidade entre esses dois sujeitos. O vínculo requer a confiança do usuário em relação aos trabalhadores, no sentido de os últimos serem capazes de equacionar os problemas de saúde, a parti de uma escuta qualificada e interessada, onde ocorra a valorização do usuário. A capacidade de diálogo entre trabalhadores da saúde e destes com os usuários permite que o serviço se torne resolutivo. (LOPES, et al,2014)

O acolhimento não se limita apenas a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, aspectos como vínculo, resolutividade e desempenho profissional estão relacionados com o acolhimento. Também, o atendimento humanizado do paciente proporciona segurança a este e fortifica a relação profissional-paciente, contribuindo inclusive na melhoria da saúde do cliente, a humanização do atendimento é uma necessidade gritante nos serviços de saúde. O acolhimento deve garantir a



resolubilidade como objetivo final do trabalho em saúde, resolvendo efetivamente o problema do usuário. (KEMPFER et al ,2011)

Todos os seres humanos, independentemente de sua classe social, têm direito ao respeito e a dignidade. Direito a ser tratado como gente que tem nome e não como número (de ficha, de prontuário etc.), visto que as palavras, os nomes, ficaram para as pessoas e os números para os objetos. (MEDEIROS, 2010 p.404)

Medeiros (2010) afirma que, o acolhimento pode não trazer a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários. Mas que este tem se mostrado, na ESF, uma importante ferramenta para a organização do serviço, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter exploratória e descritiva.

Marconi e Lakatos (2007) cita que a pesquisa tem por finalidade descobrir respostas através de hipóteses levantadas pelo pesquisador, que podem ser negadas ou confirmadas no decorrer da pesquisa.

A abordagem quantitativa caracterizada por Figueiredo (2004) centra-se na objetividade, e que uma realidade só pode ser compreendida a partir de uma análise de dados, onde serão colhidas através de um instrumento padronizado, ou seja, algo que possa ser mensurável através de instrumentos formais para coleta de dados.

Já a abordagem qualitativa, surge diante da impossibilidade de compreender um fenômeno a partir de dados numéricos, o pesquisador é o instrumento chave para que a pesquisa ocorra, esse tipo de pesquisa a grande produção de dados narrativos. (MINAYO, GOMES, 2010)

Quanto ao tipo de pesquisa trata-se de uma pesquisa descritiva que objetiva caracterizar, analisar e interpretar um fenômeno ou experiência, sem que o pesquisador interfira ou manipule os resultados encontrados. Esse tipo de pesquisa, tem como objetivo estudar as características de uma população por exemplo e utiliza-se de técnicas padronizadas de coleta de dados. Gil (2009)

Enquadra-se nesse estudo também a pesquisa exploratória que é caracterizada por Gil (2002) como aquelas que proporcionam uma visão geral, acerca do fato pesquisado, está envolve levantamento bibliográfico e entrevista com pessoas que vivenciaram o problema em questão, buscando uma familiaridade com o assunto.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu em quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas no Município de Russas, Ceará sendo elas UBS do Bairro de Fátima, Várzea Alegre, Mutirão e Vila Gonçalves. Onde coletamos os dados em UBS que retratarão realidades diferentes umas das outras, ou sejam em unidades em pontos distintos da

cidade, objetivando mensurar se as realidades na qual estas estão inseridas interfere nos resultados da pesquisa.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população que participou do estudo foram usuários das Unidades Básicas de Saúde do município citado. População é caracterizada por Vieira (2008) com um conjunto de pessoas que apresentam características comuns. A amostra que compôs o estudo foi um total de 20 pessoas. Para Marconi e Lakatos (2001) amostra é uma parte da população do estudo.

Os critérios de inclusão utilizados foram: os entrevistados serem maiores de 18 anos, estarem cadastrado na UBS participante da pesquisa, aceitar participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão, menores de idade ou incapazes, idosos acima de 90 anos e aqueles que utilizam planos de saúde privado.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para obtenção dos dados do estudo utilizou-se a entrevista, e como instrumento para coleta de dados utilizamos um roteiro de entrevista, composto por perguntas abertas onde o entrevistado expressou livremente sua opinião e perguntas fechadas onde o entrevistado escolheu a opção que mais se adequa a sua opinião

Segundo Gil (2009), este instrumento de coleta de dados é constituído por um roteiro de entrevista onde a presença do investigador é fundamental para a obtenção de informações sobre um determinado assunto ou problema.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE, levamos um encaminhamento para a diretoria administrativa da Secretaria Municipal de Saúde do Município Russas Ceará, informando a realização da pesquisa e após isso, se iniciou a fase de coleta de dados.

Os entrevistados foram abordados nas Unidades Básicas de Saúde, onde foi explicado os objetivos da pesquisa, solicitando sua participação e pedindo que o

mesmo assine o TCLE, a entrevista foi realizada de forma individual na sala de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde de Russas, onde cada usuário respondeu a perguntas, em um ambiente tranquilo e livre de interrupções, onde a pesquisadora fez o registro por escrito em tempo real das perguntas fechadas e para as questões abertas utilizou um gravador, onde foi transcritas na íntegra posteriormente. Após a coleta de dados foi feita a tabulação para posterior análise dos dados.

#### 4.6 ANALISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados com base no método estatístico, sendo apresentado em forma de gráfico. A técnica utilizada para análise dos dados qualitativos foi Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) onde há uma síntese do material verbal coletado na pesquisa, que visa expressar pensamentos de uma coletividade, extraindo de cada relato a ideia principal. O DSC consiste na organização de dados que foram posteriormente tabulados, dados estes provenientes de depoimentos dos participantes sobre um determinado tema. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005)

O desenvolvimento desta técnica constitui-se de etapas como: leituras sucessivas dos discursos; análise previa de decomposição das respostas; seleção de ideias centrais e das expressões chaves. (LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000)

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa baseia-se na resolução de nº 466/12 que dispõe sobre as diretrizes da pesquisa com seres humanos, onde o participante assinou um (TCLE), onde foi informado quanto os objetivos da pesquisa e que sua participação seria voluntária, como também teve a garantia de que sua identidade seria preservada, respeitando os aspectos éticos desta resolução. (BRASIL, 2012)

A pesquisa foi aprovada conforme protocolo CEP nº: 104/2015 e CAAE: nº47913515.0.0000.5179

Os aspectos éticos provenientes do código de ética dos profissionais de enfermagem foram garantidos, mediante cumprimento dos princípios éticos e legais da profissão, em cujo, art. 98 da resolução 311/07 COFEN, que dispõe sobre o código de ética para o profissional da especificidade e enfermagem, ressalta a importância

de acatar as leis vigentes para a pesquisa abrangendo seres humanos, conforme a especificidade da investigação. (COFEN, 2007)

Vale salientar que a referida pesquisa apresenta como riscos mínimos, gerar um possível constrangimento ao participante. Os benefícios superam os riscos, acerca da temática abordada, como também serviu de instrumento para mudança da realidade encontrada.

#### 4.8 FINANCIAMENTO DO ESTUDO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada, conforme a previsão do orçamento. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, disponibilizou seu acervo bibliográfico, computadores, orientações recebidas pela bibliotecária bem como orientadora e banca examinadora.

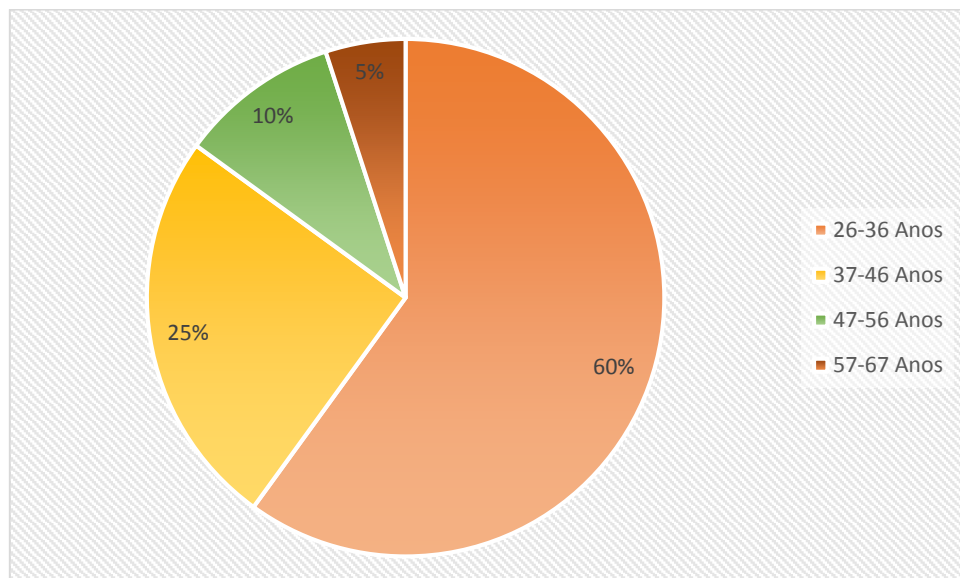
## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para obtenção dos resultados da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE B), objetivando caracterizar o perfil do usuário participante, sendo este constituído pelos seguintes aspectos: idade, sexo, escolaridade, estado civil, raça e profissão. Os dados quantitativos serão expressos em gráficos, sendo analisados de acordo com a literatura pertinente, posteriormente serão apresentados os dados qualitativos referentes a relação do usuário com os membros da ESF e sua opinião em relação a resolubilidade oferecida pela ESF frente as suas necessidades, onde estes serão analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

### 5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra conforme a idade dos participantes.

**Gráfico 1-** Caracterização da amostra segundo a idade dos participantes.



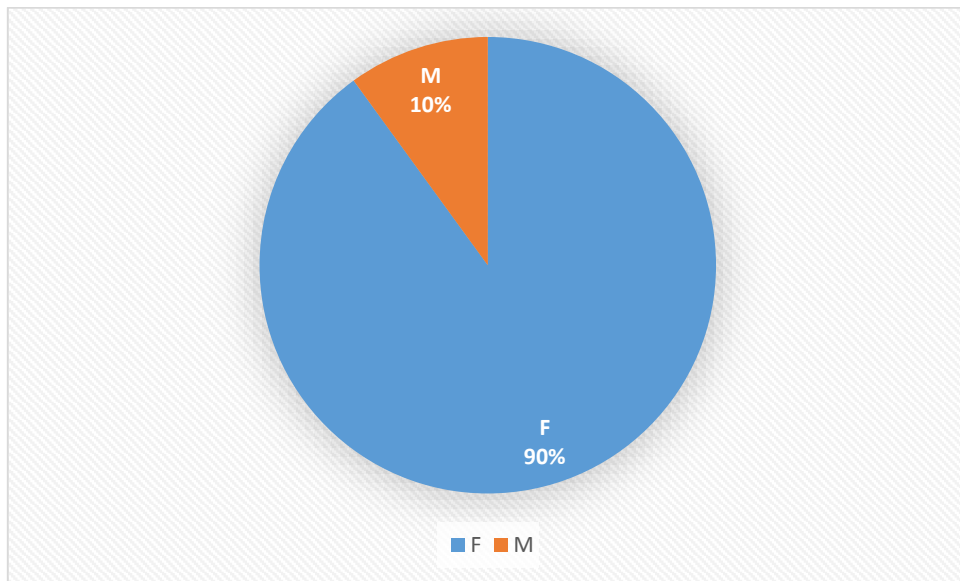
**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

Conforme descreve o gráfico 1, observou-se que 60% (12) dos entrevistados, apresenta idade entre 26-36 anos, que 25% (5) dos participantes tem entre 37-46 anos, 10% (2) estão entre 47-56 anos, 5% (1) apresenta faixa etária entre 57-67. Os intervalos de tempo relacionados à faixa etária foram de 10 anos. A maioria dos

entrevistados apresentam idade jovem, levando a crer que as pessoas procuram por atendimento cada vez mais cedo e mostra que a faixa etária de 47-67 está pouco presente na unidade mesmo essa faixa sendo prevalente o aparecimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, DPOC e o aparecimento de cânceres.

O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra conforme o sexo dos participantes.

**Gráfico 2-** Caracterização da amostra segundo o sexo dos participantes.



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

Os resultados apresentados no gráfico 2, mostram que há uma maioria absoluta de participantes do sexo feminino o que corresponde a 90% (18) da amostra. A maior presença feminina observada, muito provavelmente, está associada a fatores culturais ou sociais, pois é comum à mulher acompanhar crianças, adolescentes e idosos a esses serviços de saúde, além de em determinado período de sua vida, frequentar o pré-natal, fazendo com que sua presença seja frequente na busca por serviços de saúde. (LAURENTI et al, 2005)

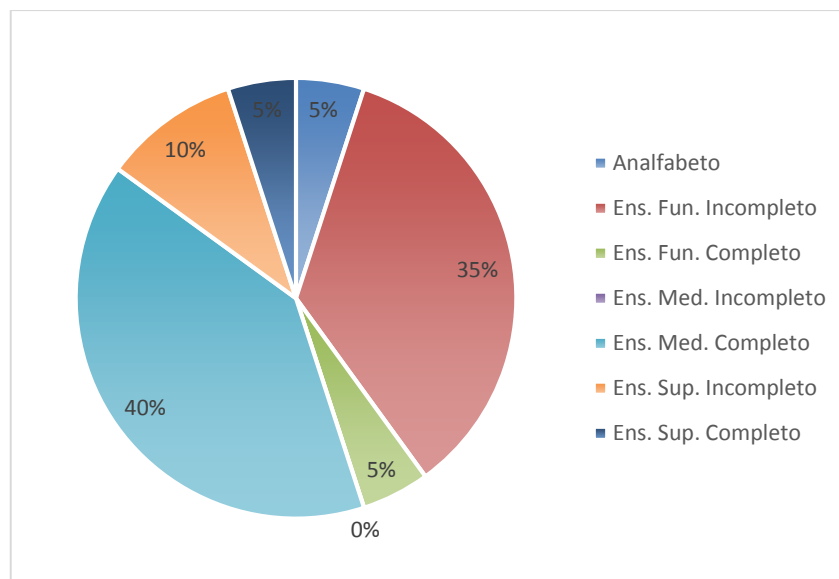
Pode-se observar que 10% (2) são do sexo masculino, portanto a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres e que o cuidado não é visto como uma prática masculina, pois as políticas de saúde no Brasil, sempre privilegiaram a saúde da criança, mulheres e idosos. Outra possibilidade da baixa procura do homem por atendimento em saúde pode estar

relacionada aos horários de funcionamento das unidades que coincidem com o horário de trabalho, e para muitos negligenciar o trabalho para cuidar da saúde tiraria dele o papel de chefe da família, uma vez que historicamente o homem foi criado para ser viril, forte, invulnerável e provedor.

Vieira et al, (2013) cita que a inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, por que os próprios não reconhecem a importância do cuidado e a valorização do seu corpo. O homem julga-se invulnerável, tornando mais exposto às situações de risco. Tal realidade evidencia o papel fundamental da ESF, que é o principal acesso dessa população aos serviços de saúde, requerendo mecanismos de fortalecimento da atenção visando suprir as carências de saúde masculina em sua integralidade.

O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra conforme a escolaridade dos participantes.

**Gráfico 3:** Caracterização da amostra segundo a escolaridades dos participantes.



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

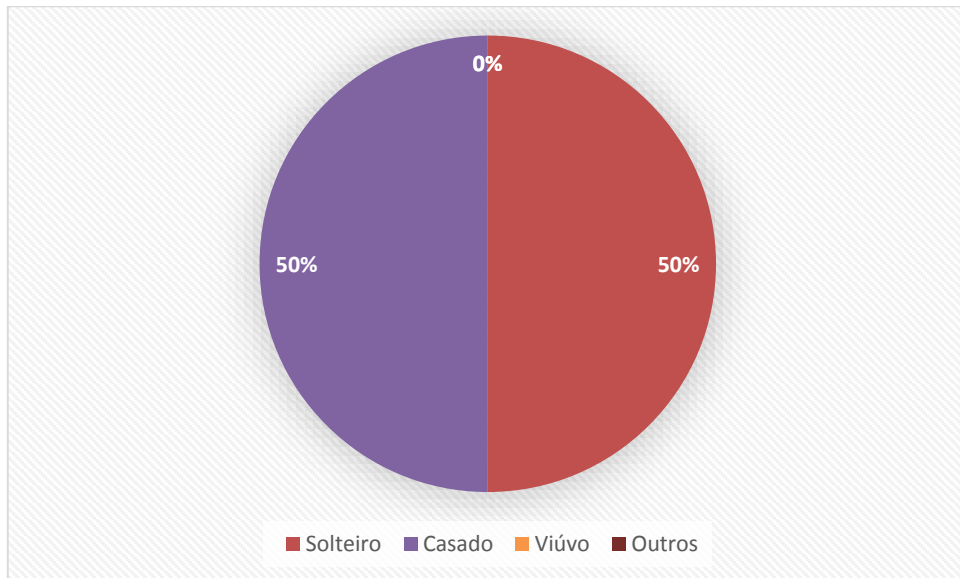
Mostra-se no gráfico 3 a escolaridade dos envolvidos na pesquisa, onde 5% (1) da amostra é analfabeto, 35% (7) possui ensino fundamental incompleto, 5% (1) ensino fundamental completo, 0% (0) ensino médio incompleto, 40% (8) ensino médio completo, 10% (2) ensino superior incompleto, 5% (1) ensino superior completo. A maioria dos participantes possui ensino médio completo o que possibilita conhecer



melhor sobre seus direitos em relação aos serviços de saúde prestados, levando a melhora da qualidade de vida e possivelmente diminuição dos indicadores de saúde.

O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra conforme estado civil dos participantes.

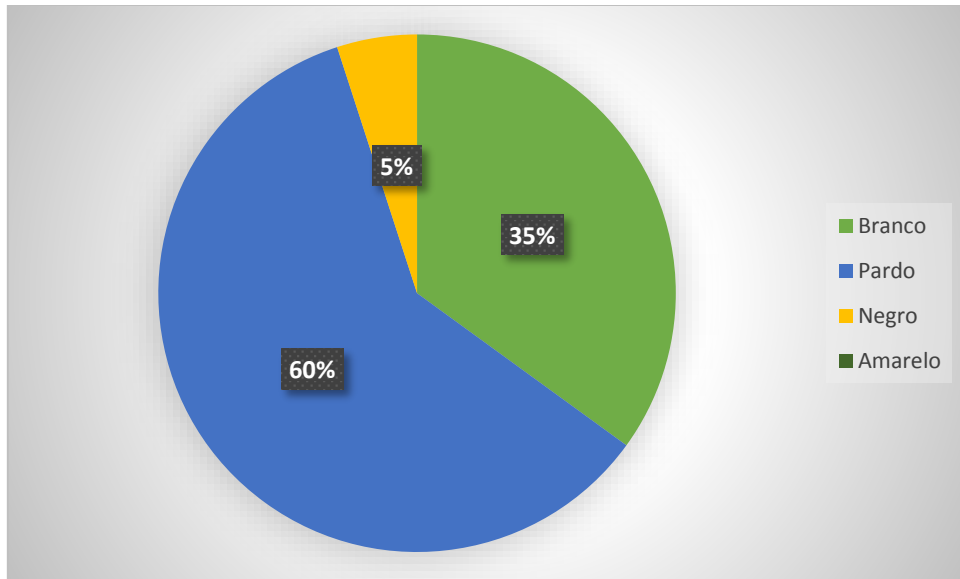
**Gráfico 4:** Caracterização da amostra segundo o estado civil dos participantes.



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

Por meio do gráfico 4 foi possível caracterizar a amostra segundo o estado civil dos participantes onde 50% (10) são casados. Fica compreendido dessa forma que esse número não retrata a subjetividade do que é ser casado, tendo em vista que o participante pode estar em uma união estável não oficializada por meios legais e se considerar casado. E 50% (10) solteiro o que também não retrata a subjetividade pois o participante pode estar em uma união estável não oficializada por meios legais e se considerar solteiro.

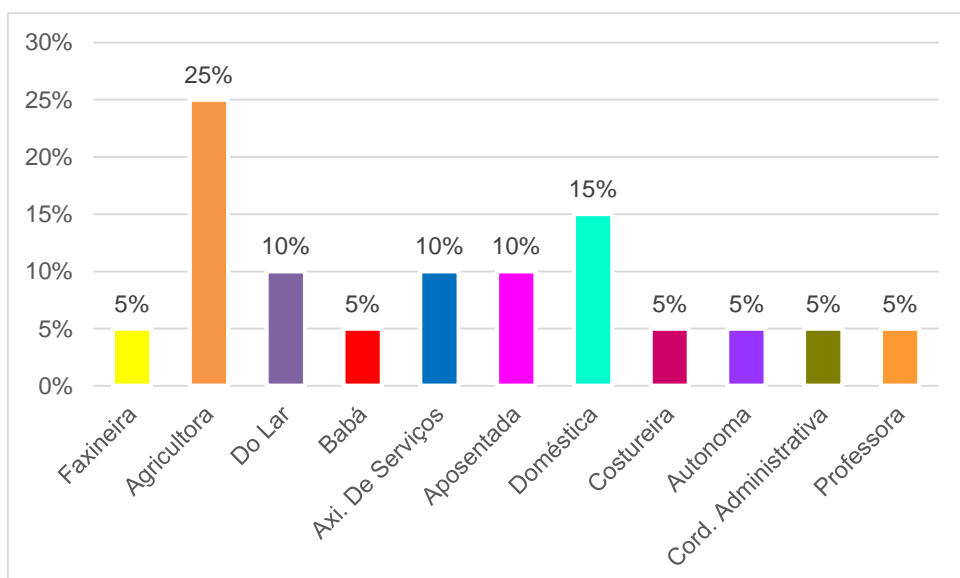
O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra conforme a raça dos participantes.

**Gráfico 5:** Caracterização da amostra segundo a raça dos participantes.

Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

O gráfico 5 descreve a raça dos usuários participantes da pesquisa sendo que 60% (12) se consideram pardos, 35% (7) branco e 5% (1) negro, nenhum participante se considerou amarelo. O indivíduo pode se auto denominar como sendo de uma cor, o que impossibilita a fidedignidade desse dado ficando dessa forma algo subjetivo por ser de acordo com que o indivíduo se considera.

O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra conforme a profissão dos participantes.

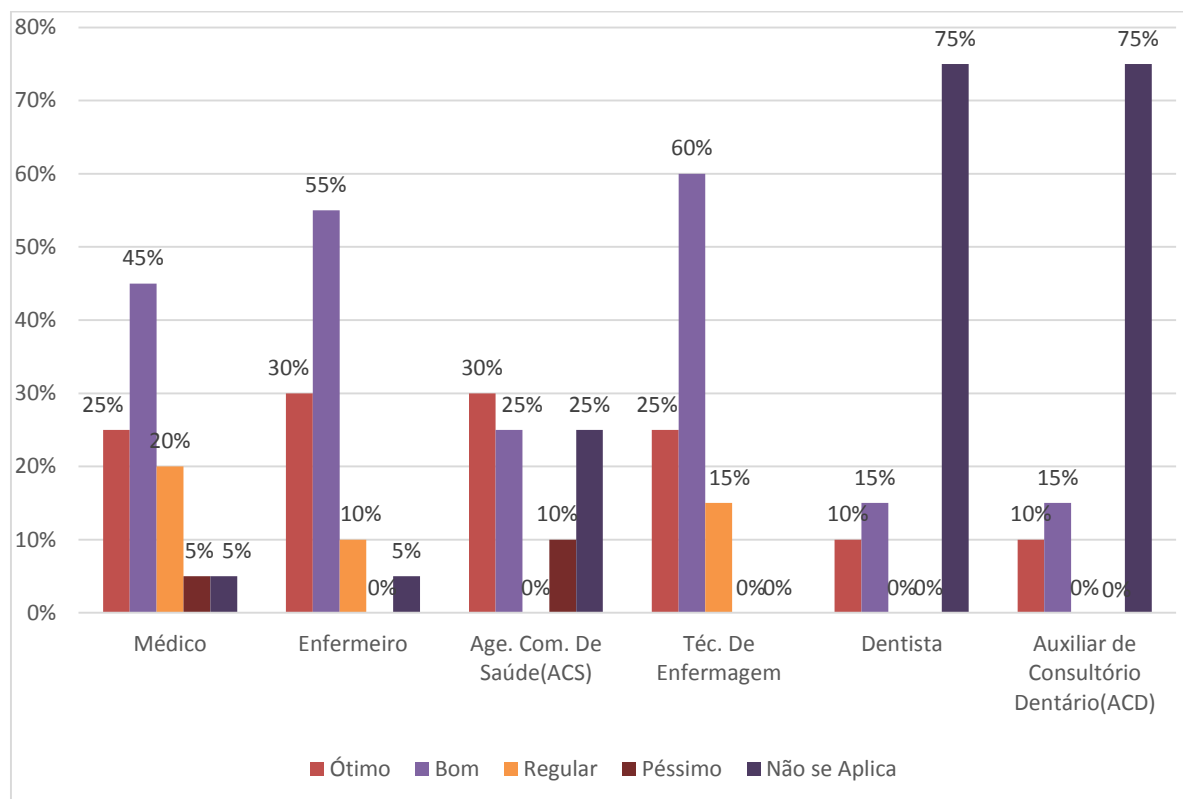
**Gráfico 6:** Caracterização da amostra segundo a profissão dos participantes.

Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

O gráfico 6 mostra que 25% (5) dos envolvidos na pesquisa afirma ser agricultor. Portanto, é importante destacar que as UBS participantes da pesquisa ficam localizadas nos bairros próximos do centro da cidade, o que nos leva a pensar que a migração de pessoas da zona rural para zona urbana é crescente e que as pessoas mesmo morando na zona urbana da cidade não deixaram a agricultura de lado, acreditando que esta atividade seja fonte de renda para a sobrevivência desses indivíduos. Além disso, a profissão de doméstica aparece com 15% (3) sendo a segunda profissão mais prevalente nesta pesquisa. Camargo (2013) caracteriza a atividade doméstica como um trabalho não remunerado, especialmente o realizado no âmbito familiar.

O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra conforme a avaliação do atendimento dos componentes da equipe da ESF.

**Gráfico 7-** Caracterização da amostra segundo a avaliação do atendimento dos componentes da equipe da ESF.



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

Levando em consideração as informações colhidas, o gráfico 7 vem nos mostrar que quando perguntado aos participantes sobre o atendimento médico, 25%(5) consideram ótimo, 45%(9) bom, 20% (4) regular e 5% (1) péssimo e 5% (1) relata nunca ter sido atendido pelo médico enquadrando-se na modalidade não se aplica de acordo com o roteiro de entrevista. Destaca-se que 70% (14) consideram o atendimento entre ótimo a bom.

No que diz respeito ao atendimento pelo enfermeiro, 30% (6) avaliam como ótimo, 55% (11) bom, 10% (2) regular, 0% (0) péssimo e 5% (1) diz que até o presente momento não foi atendido por este profissional, enquadrando-se na modalidade não se aplica. Observa-se que 85% (17) avaliam de ótimo a bom o atendimento pelo enfermeiro, mostrando a satisfação do usuário por seu atendimento.

Quanto ao agente Comunitário de Saúde (ACS), 30% (6) acham ótimo, 25% (5) bom, 10% (2) péssimo, nenhum participante acha regular, 25% (5) enquadra-se na modalidade não se aplica por relatarem que não possuem ACS na sua área ou se tem não os conhece. A satisfação do usuário com o atendimento pelo ACS ficou em 55% (11) de ótimo a bom.

Em relação com o técnico de enfermagem, 25% (5) afirmam ser ótimo, 60% (12) bom, 15% (3) regular, nenhum usuário opinou por péssimo. O que evidencia que 85% (17) consideram entre ótimo e bom.

Em referência ao Dentista, 10% (2) consideram ótimo, 15% (3) bom, regular e péssimo nenhum participante escolheu esta opção e 75% (15) disseram que não se aplica por não ter a presença deste profissional na unidade, auxiliar de consultório dentário (ACD), 10% (2) relatam ser ótimo, 15% (3) bom, regular e péssimo nenhum participante referiu essa opção e 75% (15) relatam não ter este profissional na unidade.

Pode-se avaliar que a amostra que compôs a pesquisa avalia como ótimo e bom o atendimento pela equipe da ESF, portanto podemos perceber que o profissional médico e o enfermeiro concretizam as atribuições nas quais lhe são conferidas. Brasil (2012) relata que é preciso prestar uma assistência integral, criando vínculo com a população, realizando visita domiciliar aos pacientes que se encontram impossibilitado por algum motivo de não poder ir à unidade, planejam estratégias e metas para o trabalho, efetuam ações de assistência à mulher, gestante, criança, hipertenso, diabético, idoso, entre outros.

Que o atendimento pelo técnico de enfermagem também é considerado bom o que equivale a 60% das opiniões, o que nos faz perceber que suas atribuições também são cumpridas dentre elas podemos citar, realização de visitas domiciliares, discussão de casos com a equipe, criação de vínculo com a população, realizar atividades específicas da função como curativos, administração de medicamentos, vacinas, inalação, etc. (FONTINELE JUNIOR, 2008)

Cabe aqui algumas ressalvas, de que 25% cita a opção não se aplica quando perguntado sobre o atendimento pelo ACS, o que nos faz pensar se realmente não tem esse profissional na área, possibilitando dessa forma a presença de área descoberta, dificultando o acompanhamento das famílias, possivelmente elevam-se os indicadores de saúde, por não existir a presença desse ACS na área, pois segundo Aguiar (2011) suas atribuições estão condicionadas a realizar mapeamento da área de atuação, cadastrar famílias de sua micro área, identificar áreas e famílias de riscos, incentivar a participação comunitária, comunicar a equipe sobre os casos de doenças que necessitam de notificação entre outros.

Pode-se também perceber que apesar da inserção do Plano de Inclusão das Equipes de Saúde Bucal no PSF terem sido iniciadas e estimuladas pelo MS em outubro de 2000, ainda existem poucas equipes atuando em conjunto com a ESF. (SILVA,2010). Tendo em vista que apenas 25% das unidades participantes ofertam atendimento odontológico e que 75% não ofertam esse serviço.

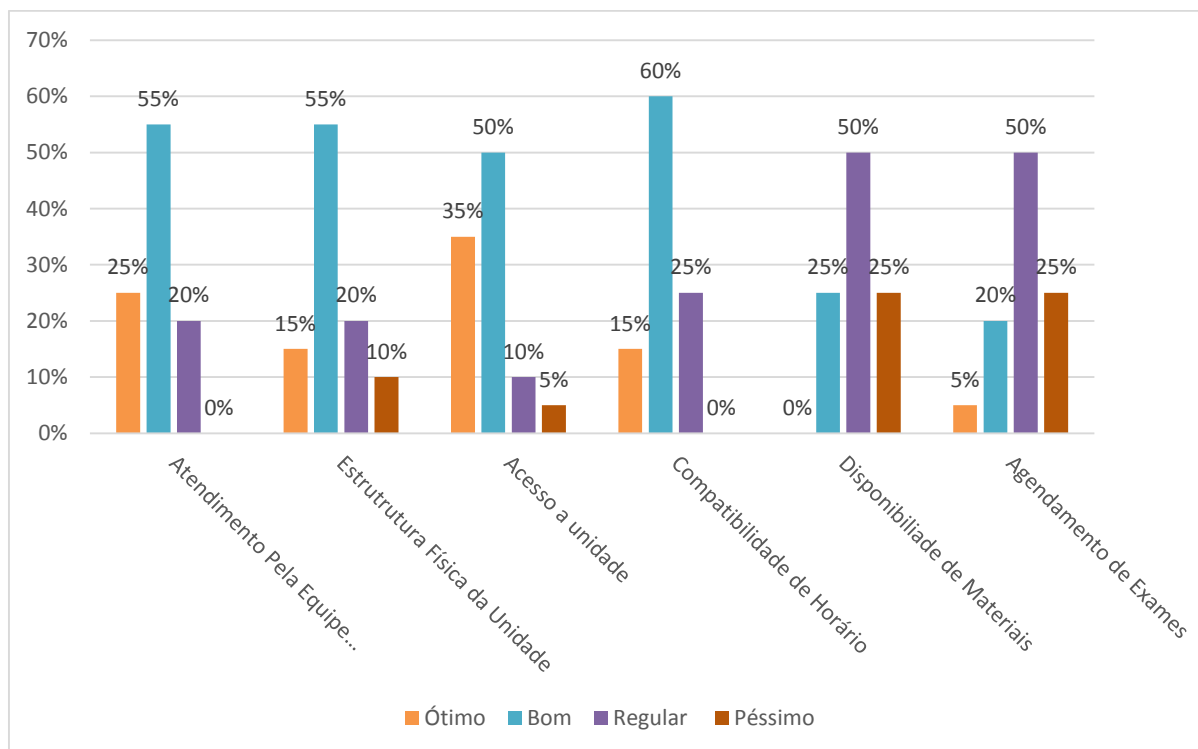
As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício das profissões. A legislação brasileira discorre sobre as atribuições comuns a todos os profissionais na ESF de realizar o cuidado à saúde da população adscrito, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão; garantir da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, dentre outras (BRASIL, 2011).

Desta forma, a avaliação da percepção dos usuários em relação aos profissionais da ESF, no município do Russas-CE apresentam grande relevância, uma

vez que a avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às suas expectativas.

O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra conforme alguns itens em questão.

**Gráfico 8 – Caracterização da amostra segundo a avaliação do participante sobre os itens em questão.**



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

Por meio do gráfico 8 constatou-se que o atendimento pela equipe multiprofissional é considerado por 25% (5) como ótimo, 55% (11) bom, 20% (4) regular, nenhum participante considerou péssimo. Demonstrando dessa forma que os participantes se encontram satisfeitos com o atendimento pela equipe, pois 80% (16) consideram este atendimento entre ótimo a bom.

A ESF tem impulsionado a produção do cuidado mediante estabelecimento de vínculo entre família e equipe de saúde, por meio da escuta e participação do usuário no planejamento e intervenções, possibilitando dessa forma o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolhendo os usuários e

promovendo a vinculação, pela atenção às suas necessidades de saúde. A capacidade de acolhimento e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção primária. (NERY et al, 2011)

Sobre a estrutura física da unidade, 15% (3) classificam como ótimo, 55% (11) bom, 20% (4) regular, 10% (2) péssimo. A estrutura física, no contexto desta pesquisa está relacionada aos padrões de infraestrutura o prédio onde está situado a unidade. Que de acordo com os participantes da pesquisa em sua maioria consideram de ótimo a bom, o que equivale a 70% (14) das opiniões, implicando dizer que a estrutura física se apresenta de forma agradável, positiva para os que as procuram.

A atuação dos profissionais depende fortemente dos equipamentos, edifícios e ferramentas disponíveis, de modo que carências a ela relacionadas podem comprometer o trabalho das equipes e os seus resultados (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ;2011)

Do acesso a unidade 35% (7) relatam ser ótimo, 50% (10) bom, 10% (2) regular, 5% (1) péssimo. Portanto 85% (17) considera esse acesso entre ótimo a bom, o que reafirma a ESF como principal porta de entrada aos serviços de saúde. Os usuários do sistema caracterizam o acesso pelas possibilidades que têm de usufruir dos serviços, por meio da oferta de atendimento na tentativa de efetivar seu atendimento. Souza et al. (2008) apontam que o acesso envolve a consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado com a resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços, uma APS bem estruturada tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma população.

Quanto a compatibilidade de horário 15% (3) revela ser ótimo, 60% (12) bom, 25% (5) regular e 0% (0) péssimo. Há existência de barreiras de acesso decorrentes da incompatibilidade de horários, visto que 75% (15) consideram entre ótimo a bom, isso talvez se dá devido o atendimento ocorrer no mesmo horário de trabalho dos usuários, o que nos leva a acreditar que os usuários não queiram perder um dia de trabalho ou mesmo um período, para ir ao posto buscar atendimento.

A organização dos serviços de saúde da atenção básica obedece aos horários de atendimento que coincidem com o horário comercial, período em que a maioria da população trabalha.

Da disponibilidade de materiais nenhum participante afirma ser ótimo, 25% (5) considera bom, 50% (10) regular e 25% (5) péssimo. Para a realização das ações de saúde é necessária disponibilidade de equipamentos adequados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada, que viabilizem um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência. As ações da equipe multiprofissional são influenciadas pelas várias características do sistema de saúde, como pela disponibilidade, as limitações e a qualidade dos instrumentos ou meios de trabalho disponíveis nos serviços de saúde.

Do agendamento de exames 5% (2) refere ser ótimo, 20% (4) bom, 50% (10) regular e 25% (5) péssimo. A maioria dos usuários desta pesquisa refere ser regular o agendamento de exames, onde foi possível perceber pelas expressões dos participantes que há demora quanto a marcação, a existência de grandes filas de espera causa um entrave no serviço, torna-o mais lento e pouco resolutivo nesse quesito.

Essa demora pode se dá devido a burocracia que segundo Moimaz (2010) gera dificuldades administrativas que se refletem na qualidade do serviço. A administração pública deve procurar meios eficientes para trabalhar, pois o usuário é o primeiro a sentir os seus resultados.

Uma Atenção Básica bem estruturada é capaz de resolver de 80% a 85% dos problemas de saúde da população, proporcionando redução de filas nos prontos-socorros e hospitais, consumo abusivo de medicamentos, uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia, entre outros.

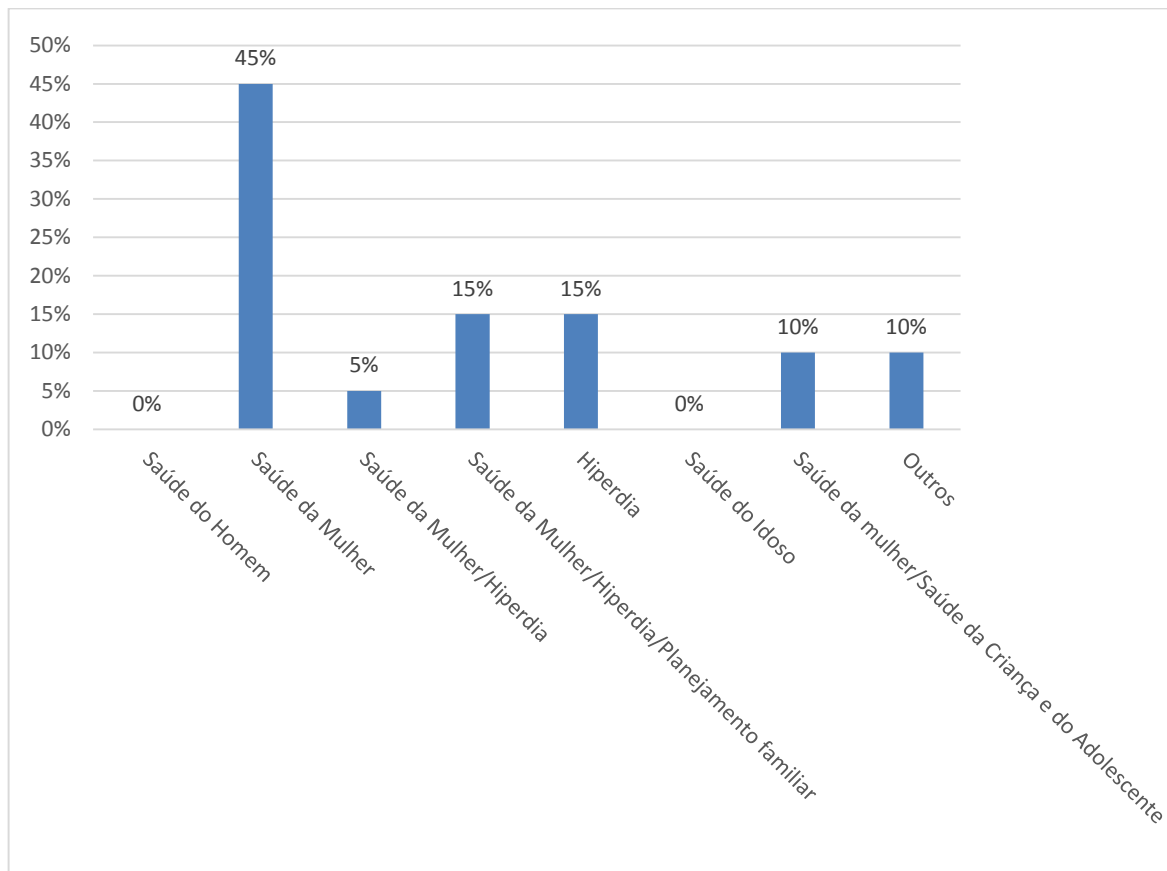
Deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como e porta de entrada preferencial da rede de atenção primária a saúde (LOPES et al, 2014).

Lopes et al, (2014) cita ainda que a capacidade de diálogo entre trabalhadores da saúde e usuários permite a construção de um serviço resolutivo, que atenda às necessidades de todos os atores envolvidos, fortalecendo a autonomia dos usuários.

O gráfico abaixo representa a caracterização da amostra segundo o programa interventivo no qual o participante se insere.



**Gráfico 9** – Caracterização da amostra segundo o programa no qual o participante se insere na ESF.



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

Através do gráfico 9, foi possível verificar em qual programa assistencial os participantes se enquadrava, e que agrupamos alguns programas para que a leitura do gráfico fosse facilitada, onde pudemos observar a presença feminina nos programas interventivos voltados a elas, como saúde da mulher onde 45% enquadraram exclusivamente nesse programa, aparecendo também nos programas agrupados.

Freitas et al, (2009) citam que as políticas de saúde da mulher sempre estiveram suas atenções voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, ao controle de natalidade, em mulheres em idade fértil, a mulher era vista apenas como mãe, dona de casa, provedora do lar. Em 2004, surgiu uma proposta que prioriza a promoção da saúde, por meio da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) este reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a

atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual, mais tarde esse política foi reformulada, onde os olhares se voltavam a outras necessidades feminina como, climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infectocontagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.

Desta forma, justifica-se a prevalência das mulheres nos programas interventivos voltados a elas, uma vez que a mulher é compreendida em sua integralidade, a atual PNAISM, apresenta-se de forma inovadora ao propor contemplar em seus princípios e diretrizes, aspectos relacionados à promoção e humanização da saúde a fim de minimizar as iniquidades existentes na saúde da mulher, contemplando dessa forma os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção.

Neste sentido o Hiperdia também merece atenção pois é o segundo programa interventivo mais procurado pelos participantes desta pesquisa.

O programa Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos pelo Sistema Único de Saúde, permitindo a distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados, e também viabiliza estratégias de saúde que visa modificar a qualidade de vida das pessoas e a redução do custo social. O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações, como as medidas e políticas de alimentação e nutrição na tentativa de promover qualidade de vida. (BRASIL, 2001)

Athaniel e Saito (2010) citam que atualmente as doenças não transmissíveis estão entre aquelas que mais causam agravos a saúde, sendo a hipertensão arterial que ocupa maior destaque em decorrência da sua alta prevalência e incidência, de natureza multifatorial e assintomática, o diabetes mellitus também é uma das doenças não transmissíveis que mais acomete as pessoas, é um distúrbio crônico caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose e de outras substâncias produtoras de energia.

## 5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Os dados que serão analisados neste item referem-se à relação dos usuários com os membros da ESF, onde está análise se dará por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), vinculados com as expressões chave. Para manter o anonimato dos participantes foram identificados pela letra E seguido de numeração acíclica sequenciada, sendo do E1 a E20.

**Quadro 1** – Ideia Central, Expressões Chaves e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Como é sua relação com os membros da ESF?

Ideia Central I	Expressões-Chave
Boa, por que sempre é atendida	<p>[...] elas são pessoas que dá atenção a gente, não botam dificuldade. (E14) [...]</p> <p>[...] sempre que preciso de atendimento eles dão um jeitinho de me encaixar. (E2) [...]</p> <p>[...] “explicam direitinho. Tem paciência”. (E6) [...]</p> <p>[...] “até agora sempre quando eu venho preciso eles me atendem”. (E16) [...]</p> <p>[...] “conheço quase todos os profissionais do posto, sempre fui desta área, [...] não tenho o que reclamar deles”. (E1).</p> <p>[...] “não tenho queixas de ninguém, tudo pra mim tá excelente, por que quando eu chego aqui tudo que eu preciso tem”. (E9) [...]</p>
<b>Discurso Sujeito Coletivo</b>	
Elas são pessoas que dá atenção a gente, não botam dificuldade, sempre que preciso de atendimento eles dão um jeitinho de me encaixar, explicam direitinho, tem paciência, até agora sempre quando eu venho preciso eles me atendem, conheço quase todos os profissionais do posto, sempre fui desta área não tenho o que reclamar deles, não tenho queixas de ninguém, tudo pra mim tá excelente, por que quando eu chego aqui tudo que eu preciso tem.	
Ideia Central II	Expressões-Chaves

Não possui boa relação	“[...] Por que tem dia que a atendente que faz a ficha é uma cara, tem dia que é outra, ela não atende a gente bem”. (E11) [...] “ [...] Então eu bato sempre de frente com ela”. (E12) [...]
<b>Discurso Sujeito Coletivo</b>	
Por que tem dia que a atendente que faz a ficha é uma cara, tem dia que é outra, ela não atende a gente bem. Então eu bato sempre de frente com ela.	
<b>Ideia Central III</b>	<b>Expressões-Chaves</b>
Pouco contato e/ou primeira vez que vai ao posto	“Minha vida aqui é muito pouca”. (E10) [...] [...] “é a primeira vez que eu estou vindo tô vindo aqui no postinho”. (E15) [...] “Agora que tô tendo contato com eles, devido meu acompanhamento no pré-natal, então ainda não conheço eles”. (E17) [...]
<b>Discurso Sujeito Coletivo</b>	
Minha vida aqui é muito pouca, é a primeira vez que eu estou vindo tô vindo aqui no postinho. Agora que tô tendo contato com eles, devido meu acompanhamento no pré-natal, então ainda não conheço eles.	

Fonte Pesquisa de Campo (2015)

De acordo com o quadro 1, a ideia central I, que fala da relação dos usuários com os profissionais da ESF é considerada boa pelo fato de que sempre que procuram por atendimento conseguem, mencionam também o fato de que os profissionais são atenciosos, pacientes e explicam tudo. Cabe aqui ressaltar, a importância do acesso, acolhimento, escuta qualificada desses usuários, evidenciando que a população consegue resolver seus problemas de saúde, pois a maioria relata efetivar seu atendimento quando procuram as unidades básicas de saúde, e que são bem atendidas pelos profissionais e que estes se mostram atentos, levando a crer que eles promovam uma escuta qualificada e acolham adequadamente esses usuários.

Gomide; Pinto; Figueiredo;(2012) citam que o modo como o acolhimento é realizado define a procura do usuário ao serviço de saúde, e que o acolhimento é definido como importante instrumento no processo de satisfação de suas necessidades. Para o atendimento dessas necessidades, os serviços de saúde devem ser organizados, de modo que a atenção primária assuma o caráter de reordenação

do sistema em uma rede articulada e integrada. Citam ainda que o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

Conforme o quadro 1 a ideia central II, apresenta que os usuários não possuem uma boa relação com os membros da ESF. Diante disso, em meio a complexidade de gerenciamento da atenção primária a saúde, encontramos também insatisfações sobre a relação dos usuários com os membros da ESF, tendo sido citado a dupla personalidade do profissional que atende o usuário, levando o mesmo a dizer que não possui boa relação. Uma vez que o acolhimento é essencial para que os usuários efetivem seu atendimento no serviço de saúde, vale salientar que se no primeiro contato com o serviço de saúde o usuário se sentir mal recepcionado pela equipe ou até mesmo pelo profissional que está na recepção, isso irá gerar uma antipatia, fazendo com que o usuário fique insatisfeito com o serviço, mesmo que ele não tenha tido a oportunidade de ser atendido pelos outros profissionais que compõem a equipe. Daí a importância do acolhimento, do usuário sentir-se valorizado, acolhido e não ser tratado apenas como mais um que busca por atendimento em saúde.

Kempfer et al (2011) destaca que o mau acolhimento refere-se ao atendimento desorganizado, fazendo o usuário perder tempo, seja em filas de espera, seja pelo agendamento de alguns serviços dentro ou fora da unidade de saúde, ou ainda, mais amplamente, a demora em conseguir atendimento de alta complexidade.

Uma boa relação com afetividade, receptividade, auxílio e respeito com o corpo profissional da UBS, torna-se importante para a assistência prestada, demonstrando contentamento por parte dos usuários. (BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011)

Por meio do quadro 1 a ideia central III, foi possível perceber que, apesar da atenção primária se configurar como primeiro nível de atenção à saúde ou seja o contato preferencial aos serviços de saúde ainda existem usuários que buscam pouco por esse serviço, levando a crer que estes podem está procurando outro nível de atendimento como o de média e alta complexidade, ou até mesmo podem estar negligenciando sua saúde. Pode-se também pensar na possibilidade de que esses usuários sejam moradores novos da área de abrangência de determinada UBS.

**Quadro 2** - Ideia Central, Palavras Chaves e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Qual a sua opinião em relação a resolubilidade oferecida pela ESF, frente as suas necessidades?

Ideia Central I	Expressões-Chaves
Precisa melhorar	<p>“ Por que muitas vezes falta medicamentos, falta materiais simples”[...] “a seis meses que tô fazendo o pré-natal e não recebi nem ácido fólico, nem sulfato ferroso”. (E19) [...]</p> <p>[...] “ é difícil conseguir um atendimento, já tá com quatro meses que faço pré-natal e nunca fui atendida pela medica”. (E17) [...]</p> <p>[...] “ nem sempre o doutor tá aqui”. (E12) [...]</p> <p>[...] “ por que fica aquela coisa se o médico quiser, por que se o médico não quiser”. (E10) [...]</p> <p>[...] “ as vezes é difícil” [...] “as vezes não tem medicamentos”. (E4) [...]</p> <p>[...] “ estou com dificuldade de fazer minha prevenção, já tá com uns três anos que eu não faço, por que sempre que eu venho já tem as pessoas certas”. (E14) [...]</p> <p>[...] “ o mais difícil é marcar exame” [...] “ as meninas mesmo aí fora dizem que se fosse eu faria particular”. (E6) [...]</p> <p>[...] “ outra dificuldade encontrada é quando sou encaminhada para outro médico “. (E20) [...]</p> <p>[...] “ eu tenho um encaminhamento do meu filho e não tive nenhum resultado, nenhum retorno ainda”. (E16) [...]</p> <p>[...] “ tive por três vezes que vim atrás de saber da marcação e o encaminhamento ainda se encontrava no posto”. (E1) [...]</p>
<b>Discurso Sujeito Coletivo</b>	

Por que muitas vezes falta medicamentos, falta materiais simples, a seis meses que tô fazendo o pré-natal e não recebi nem ácido fólico, nem sulfato ferroso, é difícil conseguir um atendimento, já tá com quatro meses que faço pré-natal e nunca fui atendida pela medica, nem sempre o doutor tá aqui, por que fica aquela coisa se o médico quiser, por que se o médico não quiser, as vezes é difícil, as vezes não tem medicamentos, estou com dificuldade de fazer minha prevenção, já tá com uns três anos que eu não faço, por que sempre que eu venho já tem as pessoas certas, o mais difícil é marcar exame, as meninas mesmo aí fora dizem que se fosse eu faria particular, outra dificuldade encontrada é quando sou encaminhada para outro médico, eu tenho um encaminhamento do meu filho e não tive nenhum resultado, nenhum retorno ainda, tive por três vezes que vim atrás de saber da marcação e o encaminhamento ainda se encontrava no posto.

Ideia Central II	Expressões-Chaves
Boa	<p>[...] “ essa resolução é muito boa pra mim”. (E13)</p> <p>[...]“ não encontro dificuldade nesse postinho não, sempre que eu preciso sou bem atendida, aqui eles resolvem tudo”. (E9) [...]</p> <p>[...] “ as vezes quando tá cheio as fichas para o médico, elas pedem pra vim outro dia que dá pra encaixar”. (E8) [...]</p> <p>[...] “ eles nunca me deixaram na não”. (E3)</p> <p>“ Sempre fui atendido”. (E5)</p>
<b>Discurso Sujeito Coletivo</b>	
Essa resolução é muito boa pra mim, não encontro dificuldade nesse postinho não, sempre que eu preciso sou bem atendida, aqui eles resolvem tudo, as vezes quando tá cheio as fichas para o médico, elas pedem pra vim outro dia que dá pra encaixar, eles nunca me deixaram na não, sempre fui atendido.	

Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

O quadro 2 a ideia central I, vem nos mostrar a lacuna existente quando perguntado sobre resolubilidade encontrada no serviço de atenção primária à saúde, tendo sido percebido algumas insatisfações referidas pelos usuários, como cita o discurso. Pôde-se observar que de acordo com as falas dos usuários o serviço de média complexidade mais precisamente o serviço de referência e contra referência

configuram algumas queixas, visto que há dificuldades quanto a marcação de consultas especializadas e exames. E que também a falta de insumos também é citada pelos participantes, insumos esses necessários para concretização da assistência à saúde.

Brasil (2011) cita que embora a atenção primária em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS, e que os serviços de média e alta complexidade sempre foram contratados e conveniados juntos aos serviços de saúde de acordo com a oferta de seus prestadores, o que dificulta enormemente a alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, perdendo-se tanto na qualidade do atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS.

O quadro 2 a ideia central II representa a efetivação da atenção primária como porta de entrada aos serviços de saúde, mostrando-se resoluta quando lhe é consultada, visto que a satisfação dos usuários é perceptível a cada discurso.

Albuquerque et al (2014) cita que o mecanismo de comunicação com troca de informações entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde é condição fundamental para que as equipes da atenção básica exerçam seu papel e contribuam para a continuidade do cuidado com resolubilidade. Em relação à resolubilidade da atenção básica, sabe-se que está associada a diversos fatores, tais como: estrutura física das unidades, processo e gestão do trabalho, capacitação dos profissionais, acesso a exames e serviços especializados, acolhimento, acesso, acessibilidade, escuta qualificada entre outros. Permitindo dessa forma que os indivíduos fiquem satisfeito com os serviços ofertados pelo sistema de saúde.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa foi possível avaliar a percepção do usuário acerca da resolubilidade oferecida pela ESF no município de Russas-CE, e que a ESF se consolida como porta de entrada aos serviços de saúde visto que a maioria da população desse estudo considera que suas necessidades são atendidas, mostrando-se resoluto quando lhe é consultada, refutando a hipótese desta pesquisa.

Esta pesquisa foi composta por 20 pessoas, sendo 5 pessoas de cada UBS. A maioria dos participantes da pesquisa apresenta idade entre 26-67 anos, predominantemente do sexo feminino, da cor parda, agricultores, com ensino médio completo e casados. Avaliam o atendimento dos componentes da equipe como bom, quanto ao atendimento pela equipe, estrutura física da unidade, acesso a unidade e compatibilidade de horários avaliam também como bom e quanto a disponibilidade de materiais e agendamento de exames classificam como regular

Para a pergunta sobre a relação com os membros da ESF, obteve-se como ideias centrais: boa, por que sempre é atendida; não possui boa relação; pouco contato e/ou primeira vez que vai ao posto. E quando perguntado sobre a opinião do usuário em relação a resolubilidade oferecida pela ESF, frente as suas necessidades, obtivemos as seguintes ideias centrais: precisa melhorar e boa.

Esta pesquisa é de grande relevância para município do Russas-CE, uma vez que a avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às suas expectativas.

Dessa forma a percepção dos usuários tem sido cada vez mais utilizada como uma medida importante na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde e nos serviços prestados. É crescente o reconhecimento da necessidade de se considerar a perspectiva do usuário, quando se aborda a qualidade e satisfação dos serviços de saúde, uma vez que, as práticas de saúde e a própria organização do trabalho e dos serviços de saúde podem ser repensadas. A satisfação envolve algumas dimensões ligadas aos aspectos dos serviços, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos inerentes à relação médico-paciente. A qualidade em serviços públicos e, mais precisamente, nos serviços de saúde é um desafio para os gestores, técnicos e todos os outros profissionais de saúde.

A qualidade do serviço é identificada pela satisfação, que o serviço recebido causou no paciente em decorrência do atendimento de suas expectativas e necessidades.

Apesar dos participantes considerar satisfatório a assistência prestada pela ESF, tendo em vista que a ESF é um programa de qualificação da APS, espera-se que as informações desta pesquisa possam contribuir para o aprimoramento na atenção oferecida pelas equipes da ESF no município de Russas-CE.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **Sistema Único de Saúde**- antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari,2011.

ALBUQUERQUE; et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. ESPECIAL, p. 182-194, out, 2014.

ALENCAR, M.N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.19 n.2 p.353-364, 2014.

ATHANIEL; Marli Aparecida Silva. SAITO; Raquel Xavier de Sousa. Saúde do Adulto Doenças e Agravos Não Transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes mellitus. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO; Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família Considerações e Aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. p.263-301.

BARBOSA; Loeste de Arruda. DANTAS; Ticiano Magalhães. OLIVEIRA Cleide Correia de. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 24, n.4, p. 347-354, out. /dez, 2011.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília,1988.

BRASIL. Casa Civil. **Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências**. Brasília, DF,1953.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012. **Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059.

Brasil. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial**. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMARGO, Orson. **A mulher e o mercado de trabalho**. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/2007. **Dispõe sobre o código de ética para profissionais de enfermagem**. Brasília, 2007.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde Sociedade**, v.13, n.3, p. 5-15. 2004.

SCOREL, Ligia Sarah, et al. O programa saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** v.21; n.2, 2007.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 A 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.323-363.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Ligia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.279-321.

FIGUEREIDO, Nélia Maria Almeida. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Caetano do Sul-SP: Difusão, 2004.

FONTENELE Junior, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2008.

FREITAS; Giselle Lima de; VASCONCELOS; Camila Teixeira Moreira; MOURA; Escolástica Rejane Ferreira; PINHEIRO Ana Karina Bezerra. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** V. 11, n. 2, p. 424-428,2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Método e técnicas de pesquisa social**.6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMIDE; Mariana Figueiredo Souza. PINTO; Ione Carvalho. FIGUEIREDO; Luana Alves de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 2, p.19-25, 2012.

KEMPFER, S.S et al. Percepções dos Usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: Revisão Integrativa. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.esp, p.1066-73 ,2011.

LAURENTI, Ruy. Et al. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 35-46, 2005.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). Caxias do Sul: UDUCS, 2005.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. **O discurso do sujeito coletivo**: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LOPES.G.V.D.O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev. Bras. Enferm**, v.67, n.1, p.104-110, jan-fev,2014.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico**.6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEDEIROS. A.F. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. de Salud Pública**, v.12, n.3 p.402-413, jun, 2010.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes,2010.

MOIMAZ, et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Rev. de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, Rio de Janeiro, 2010.

NERY, Adriana Alves, et al. Saúde da Família: visão dos usuários. **Rev. Enferm**, v.19; n.3, p. 397-402, jul/set,2011.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**: Declaração de Alma-Ata, 1978 – Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978. Brasília: OMS, 1979.

PEDROSA; Inês de Cássia Franco; CORRÊA; Áurea Christina de Paula; MANDÚ; Edir Nei Teixeira. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Rev. Ciênc. Cuid Saúde**, v. 10; n.1, p. 058-065, Jan/Mar, 2011.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. Facilidades de Acesso reveladas pelos usuários do SUS. **Rev. Bras. Enferma**, Brasília, v.63, n.4, p.574-580, jul-ago, 2010.

PONTES, Ana Paula Munhen de; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES Antônio Marcos Tosoli. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.1, jan.-fev. 2014.

ROSA, Raquel Borba; PELEGRINI, Alesia Helena Weis; LIMA, Maria Alice da Silva. Resolutividade da Assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Rev. Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.345-351, jun. 2011.

SAITO, R.X.S. **Integralidade de Atenção**: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA, C.S.R, et al. Desafios Enfrentados pelo Gestor Municipal para Implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Vassouras/RJ. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 43-54, jul. /dez. 2010.

SCHNEIDER A, et al. **Pacto Pela Saúde**: possibilidades ou realidades? Passo Fundo: IFIBE, 2007.

SOUZA, E. C. F. D. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p. s100-110, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, Geórgia Costa de Araújo; COSTA Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n.3, p. 509-517, 2010.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. 2011.

VIEIRA, K.L.D. et al Atendimento da População Masculina em Unidade Básica Saúde da Família: Motivos Para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, v.17, n.1, Jan/mar. 2013.

VIEIRA, Sonia. **Introdução a Bioestatística**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a) Sr. (a),

Esta pesquisa intitulada: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS FRENTE A RESOLUBILIDADE OFERECIDA PELA ESF NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-Ce. Está sendo desenvolvida por Renata Nayane de Sousa Oliveira aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da pesquisadora responsável Professora Esp. Ana Cristina Arrais. A pesquisa apresentada tem como objetivo geral: Analisar a percepção dos usuários acerca da resolubilidade oferecida pela ESF no Município de Russas-Ce. E como objetivos específicos: caracterizar o perfil dos usuários da ESF; conhecer a relação dos usuários com os membros da equipe da ESF; conhecer a opinião do usuário frente a resolubilidade oferecida pela ESF para tornar seu atendimento efetivo; identificar em quais programas os entrevistados estão inseridos na ESF.

O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa refere-se ao desejo de conhecer se o usuário que busca a ESF encontra resolução para seu problema, quando a mesma é consultada, espera-se que esta pesquisa seja de relevância para estudantes e profissionais de saúde. Como instrumento para coleta de dados iremos utilizar, questionário, com perguntas fechadas onde o questionado escolhera a opção que mais se adequa sua opinião e perguntas abertas onde o participante expressará livremente sua opinião.

Desta forma, venho por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar sua participação que será de grande importância nesta pesquisa e autorização para utilizar os resultados para fins científicos como monografias, periódicos, congresso, seminários, etc. tendo como critérios de escolha para esta pesquisa que o usuário seja maior de 18 anos que participem de forma voluntaria e assine o TCLE, estarem cadastrado na UBS participante da pesquisa. E como critérios de exclusão, menores de idade ou incapazes, idosos acima de 90 anos e aqueles que utilizam planos de saúde privado.

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento. Informamos

também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, como o de gerar um possível constrangimento ao participante. Tem como benefícios contribuir na discussão da temática, como também servira de instrumento para mudança da realidade encontrada e é de grande valia para o campo acadêmico. Salientamos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

As pesquisadoras e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES<sup>1</sup> estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

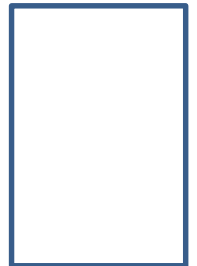
Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira folha e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Esp. Ana Cristina Arrais<sup>2</sup>  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/testemunha



<sup>1</sup> **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: [cep@facene.com](mailto:cep@facene.com)

<sup>2</sup> Pesquisadora Responsável: Ana Cristina Arrais

**Endereço profissional do Pesquisador:** Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel – Mossoró/RN CEP: 59628-000 Telefone (84) 3312-0143

**E-mail do pesquisador:** [anaarrais@facenemossoro.com.br](mailto:anaarrais@facenemossoro.com.br)

## APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

## 1) Perfil do usuário participante

<b>Idade</b>	
<b>Sexo</b>	
Masculino	
Feminino	
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	
Ensino fundamental incompleto	
Ensino fundamental completo	
Ensino médio incompleto	
Ensino médio completo	
Ensino superior incompleto	
Ensino superior completo	
<b>Estado civil</b>	
Solteiro (a)	
Casado (a)	
Viúvo (a)	
Outros (a)	
<b>Raça</b>	
Branco	
Pardo	
Negro	
Amarelo	
<b>Profissão</b>	

2) Como é sua relação com os membros da ESF? Justifique.

3) Qual sua opinião em relação a resolubilidade oferecida pela ESF, frente as suas necessidades?

**4) Como o S.r. (a) avalia o atendimento dos componentes da equipe da ESF?**

<b>Equipe</b>	<b>Ótimo</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Péssimo</b>	<b>Não se aplica</b>
Médico					
Enfermeiro					
Agente Comunitário de Saúde – ACS					
Técnico de Enfermagem					
Dentista					
Auxiliar de Consultório Dentário					

**5) Como o Sr (a) avalia os itens a seguir:**

	<b>Ótimo</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Péssimo</b>	<b>Não se aplica</b>
Atendimento pela equipe multiprofissional					
Estrutura física da unidade					
Acesso a unidade					
Compatibilidade de horários					
Disponibilidade de materiais					
Agendamento de exames					

**6) Em qual programa da ESF você como o usuário se insere?**

- Saúde do Homem
- Saúde da Mulher
- Hipertensão
- Saúde do idoso
- Planejamento Familiar
- Saúde da Criança e do Adolescente
- Outros

**Anexo**

## ANEXO A – CERTIDÃO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.  
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, da  
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 13 de Agosto 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS FRENTE A RESOLUBILIDADE OFERECIDA PELA SDF NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CE", Protocolo CEP: 104/2015 e CAAE:47913515.0.0000.5179 . Pesquisadora responsável: Ana Cristina Arrais e das Pesquisadoras Associadas: Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins, Giselle dos Santos Costa Oliveira e Renata Nayane de Sousa Oliveira.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 13 de Agosto de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RR Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE