

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Maiara Magalhães Marchetti Silva

**QUALIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E DOS USUÁRIOS: uma análise considerando o contexto socioeconômico.**

Belo Horizonte
2019

Maiara Magalhães Marchetti Silva

**QUALIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E DOS USUÁRIOS: uma análise considerando o contexto socioeconômico.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dr^a. Alaneir de Fátima dos Santos
Coorientador: Dr. Antônio Thomaz Gonzaga da
Matta Machado

Belo Horizonte
2019

SI586q Silva, Maiara Magalhães Marchetti.
Qualidade do cuidado na perspectiva das Equipes de Saúde da Família e dos usuários [manuscrito]: uma análise considerando o contexto socioeconômico. / Maiara Magalhães Marchetti Silva. -- Belo Horizonte: 2019. 153f.: il.
Orientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Coorientador (a): Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. 5. Satisfação do Paciente. 6. Análise de Vulnerabilidade. 7. Fatores Socioeconômicos. 8. Dissertação Acadêmica. I. Santos, Alaneir de Fátima dos. II. Machado, Antônio Thomaz Gonzaga da Matta. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WX 153

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora

Prof.^a Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves

Subcoordenadora

Prof.^a Lidyane do Valle Camelo

Colegiado

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves (Titular) - Profa. Lidyane do Valle Camelo (Suplente)

Prof.^a Sandhi Maria Barreto (Titular) - Prof. Antonio Luiz Pinho Ribeiro (Suplente) Prof.^a

Prof.^a Mariângela Leal Cherchiglia (Titular) - Prof.^a Ilka Afonso Reis (Suplente)

Prof.^a Ada Ávila Assunção (Titular) - Prof.^a Adriane M. de Medeiros (Suplente)

Prof.^a Alaneir de Fátima dos Santos (Titular) - Prof. Rafael Moreira Claro (Suplente)

Thaís Cristina Marquezine Caldeira – (Representante discente Titular)

Cecília Nogueira Rezende (Representante discente Suplente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

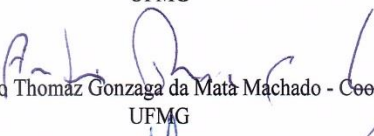
QUALIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DOS USUÁRIOS: uma análise considerando o contexto socioeconômico

MAIARA MAGALHÃES MARCHETTI SILVA

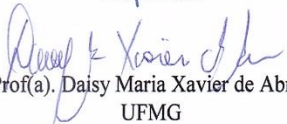
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 28 de novembro de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos - Orientador
UFMG


Prof(a). Antônio Thomaz Gonzaga da Mata Machado - Coorientador
UFMG


Prof(a). Helvécio Miranda Magalhaes Junior
FioCruz BH


Prof(a). Daisy Maria Xavier de Abreu
UFMG

Belo Horizonte, 28 de novembro de 2019.

Às minhas avós Maria Alice e Ephigênia (in memoriam) e ao meu avô Synésio (in memoriam), sei que estão sempre olhando por mim.

AGRADECIMENTOS

Concluir esse trabalho significou contar com o apoio de muitos que vislumbraram, juntamente comigo, essa conquista.

Assim, agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida e por me iluminar me trazendo paz, força e tranquilidade nessa jornada, era à Ele a quem recorria nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e minha irmã, por serem minha base, pelo exemplo, pelo incentivo, por desejarem sempre que eu cresça na vida e na carreira.

À toda minha família pela compreensão de quando foi necessário me ausentar.

Ao meu companheiro de vida e de sonhos que esteve sempre ao meu lado, que não mede esforços para que todos os meus problemas e reclamações sejam suavizados, acompanhou todas minhas angústias e alegrias.

Ao meu fiel companheiro, Bill. Dizemos, aqui em casa, que ele já tem mestrado e doutorado. Acompanhou de perto, deitado aos pés, os estudos do meu pai e agora o meu.

Às minhas grandes amigas Luciana, Luiza e Mariana, que mesmo não vivenciando proximamente essa vertente de estudos da minha vida, são muito presentes em todo resto.

Às amigas do grupo de pesquisa Brena, Wanicy, Polyane e Ana Luiza pela ajuda mútua.

Aos professores e demais colegas, por tantas trocas e ensinamentos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte por liberar as horas indispensáveis para cursar as disciplinas e me dedicar à pesquisa. Ao Centro de Saúde Maria Goretti, local da minha prática do cuidado, agradeço pela tolerância, incentivo e colaboração de todos: a gerente Ana Paula; a equipe 3; todos os funcionários e usuários.

À essencial ajuda do Léo, nenhum agradecimento será bastante.

À minha orientadora Laine e meu coorientador Thomaz por confiar no meu trabalho e por aceitarem dirigir-me nessa investigação, obrigada imensamente!

“A defesa da saúde como direito, aliada à criatividade e à capacidade de superar adversidades, fez do SUS um exemplo de inovação de sistema de saúde para a América Latina e referência para o mundo.”(CASTRO et al. 2019, p. 10, tradução nossa).

RESUMO

Introdução: Para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é importante criar mecanismos para avaliação dos serviços ofertados. Nesse intuito, o Ministério da Saúde criou em 2011 o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esse programa tem como objetivo principal ampliar o acesso e melhorar a qualidade da APS, tendo ainda como propósito final o usuário. A satisfação dos usuários pode ser influenciada por diversos fatores. Dentre esses, os fatores socioeconômicos ainda não estão totalmente estabelecidos pela literatura. **Objetivo:** Verificar a associação entre a qualidade do cuidado na APS na perspectiva das equipes de saúde da família (eSF), dos usuários e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). **Metodologia:** Estudo transversal que utilizou dados secundários obtidos do 2º ciclo do PMAQ-AB, relativos à parte da Avaliação Externa. Na primeira etapa do estudo ocorreu a identificação e análise descritiva das variáveis similares entre os módulos I e II com o módulo III e as variáveis identificadas como muito relacionadas à satisfação dos usuários com as Dimensões II e IV. Fez-se a somatória das notas das variáveis, por bloco temático, criando Índices de Qualidade categorizados. Ainda foi verificado a correlação existente por bloco. Na 2ª etapa, houve seleção da amostra através dos municípios que apresentavam representatividade dos usuários pesquisados (IC=90%) e que tinham adesão maior que 80% das eSF (n=106). Foi realizado a análise da qualidade do cuidado na perspectiva das eSF e dos usuários, observou-se ainda a correlação existente. A 3ª etapa, que utilizou a mesma amostra da etapa anterior, teve como variável independente o IVS. Verificou-se a influência do IVS na qualidade do cuidado segundo as eSF e usuários. Essa influência foi medida através da análise de associação. **Resultados:** Todas as análises de correlação na 1ª e 2ª etapa foram significativas e positivas (Valor-p <0,001). Na 2ª etapa, os dados apontam que para maioria das eSF, dos municípios avaliados, a qualidade do cuidado é considerada média (71,7%), os usuários demonstraram serem mais exigentes, sendo que a grande prevalência (92,5%) retrataram a qualidade como baixa. Na 3ª etapa, a maioria dos municípios foi classificado com média/alta qualidade para as Dimensões I e IV e baixa qualidade nas Dimensões II e III. O “Índice de Satisfação do Usuário” foi considerado para maioria (67%) dos usuários como média/alta qualidade. Algumas associações foram consideradas significativas: Dimensão I e Região (p = 0,020), Dimensão III e Cobertura AB (p = 0,039) e Região (p = 0,037), qualidade do cuidado na perspectiva da eSF e o IVS (p = 0,031) e satisfação do usuário e o IVS (p = 0,047) e Região (p = 0,014). **Discussão:** Esse estudo demonstrou que existe disparidade na avaliação da qualidade do cuidado oferecida pelas eSF e a percepção desse

cuidado pelos usuários. Os usuários apontam os problemas existentes no processo de trabalho das eSF, porém são considerados satisfeitos. Há uma tendência de melhora da satisfação quando se melhora o cuidado. A associação da qualidade do cuidado pela perspectiva das eSF demonstrou que as equipes pertencentes a municípios com baixas taxas de IVS parecem ter melhor qualidade ao comparar com os municípios com alto IVS. Os usuários que vivem em municípios considerados mais vulneráveis, classificam pior a qualidade do cuidado. Indivíduos residentes em municípios com médio e baixo IVS foram mais satisfeitos. **Considerações Finais:** O estudo possibilitou uma análise global e generalizada da percepção dos profissionais e usuários. A pouca quantidade de estudos nacionais sobre o tema garante a relevância dos achados. As diferenças encontradas entre o contexto socioeconômico e sociogeográfico reforçam as inequidades presentes no Brasil.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Satisfação do Paciente; Análise de Vulnerabilidade e Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT

Introduction: In order to strengthen Primary Health Care (PHC), it is important to create mechanisms to evaluate the services offered. With this intent, the Ministry of Health created in 2011 a Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). This program has its main objective to expand access and improve the quality of PHC, also having the user as its ultimate purpose. User satisfaction can be influenced by several factors. Among these, socioeconomic factors are not yet fully established in the literature. **Objective:** Verify the association between the quality of care in PHC from the perspective of family health teams (FHT), users and the Social Vulnerability Index (SVI). **Methodology:** Cross-sectional study that used secondary data obtained from the 2nd cycle of PMAQ-AB, related to the External Evaluation part. In the first stage of the study, the identification and descriptive analysis of similar variables between modules I and II with module III and the variables identified as very related to user satisfaction with Dimensions II and IV. The variables were summed by thematic block, creating categorized Quality Scores. The existing correlation per block was also verified. In the 2nd stage, the sample was selected through the municipalities that had representativeness of the users surveyed (CI = 90%) and who had adherence greater than 80% of the FHT (n = 106). The analysis of the quality of care was performed from the perspective of the FHT and the users, and the existing correlation was also observed. The 3rd stage, which used the same sample from the previous stage, had as independent variable the SVI. The influence of SVI on the quality of care according to the FHT and users was verified. This influence was measured by association analysis. **Results:** All correlation analyzes in the 1st and 2nd stage were significant and positive (p-value <0.001). In the second stage, the data indicate that for most of the FHT, of the evaluated municipalities, the quality of care is considered average (71.7%), users showed to be more demanding, and the high prevalence (92.5%) portrayed the quality as low. In the 3rd stage, most municipalities were classified as medium/high quality for Dimensions I and IV and low quality for Dimensions II and III. The “User Satisfaction Index” was considered for most (67%) users as medium/high quality. Some associations were considered significant: Dimension I and Region (p = 0.020), Dimension III and PHC Coverage (p = 0.039) and Region (p = 0.037), quality of care from the perspective of FHT and SVI (p = 0.031) and user satisfaction and the SVI (p = 0.047) and Region (p = 0.014). **Discussion:** This study showed that there is a disparity in the assessment of the quality of care offered by FHT and the perception of this care by users. Users point out the problems that exist in the work process of the FHT, but are considered satisfied. There is a tendency for increase satisfaction

when care is improved. The association of the quality of care from the perspective of the FHT showed that teams from municipalities with low rates of SVI seem to have better quality when compared with municipalities with high SVI. Users who live in municipalities considered more vulnerable, rank worse the quality of care. Individuals living in municipalities with medium and low SVI were more satisfied. **Final Considerations:** The study allowed a global and generalized analysis of the perception of professionals and users. The small amount of national studies on the subject guarantees the relevance of the findings. The differences found between the socioeconomic and sociogeographic context reinforce the inequalities present in Brazil.

Keywords: Primary Health Care; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Patient Satisfaction Vulnerability Analysis and Socioeconomic Factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Análise Visual dos Índices de Qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III.....	78
Figura 2 - Análise Visual dos Índices de Qualidade das variáveis similares entre a perspectiva das eSF e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III.....	81
Figura 3 - Análise Visual do Índice de Satisfação dos Usuários e do Índice de Qualidade do Cuidado na Dimensão II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I, II e III.....	84
Figura 4 - Análise Visual do Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB).....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões e subdimensões para certificação da avaliação externa.....	34
Quadro 2 - Estratos do PMAQ-AB.....	36
Quadro 3 - Subíndices, Indicadores e peso do IVS.....	59
Quadro 4 - Comparação das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III.....	67
Quadro 5 - Comparação das variáveis similares entre eSF e usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III.....	69
Quadro 6 - Comparação das variáveis de satisfação dos usuários com as notas das eSF pelas Dimensões II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo).....	71
Quadro 7 - Variáveis independentes, dependentes e de ajuste do estudo.....	74
Quadro 8 - Análise Descritiva dos Índices de Qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III.....	77
Quadro 9 - Análise Descritiva dos Índices de Qualidade das variáveis similares entre a perspectiva das eSF e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III.....	80
Quadro 10 - Análise Descritiva do Índice de Satisfação dos Usuários e do Índice de Qualidade do Cuidado na Dimensão II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I, II e III.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise Descritiva entre os Índices de Qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III.....	78
Tabela 2 - Correlação entre indicadores de qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III.....	79
Tabela 3 - Análise Descritiva entre indicadores de qualidade das variáveis similares entre eSF e usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III.....	82
Tabela 4 - Correlação entre indicadores de qualidade das variáveis similares entre eSF e usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III.....	83
Tabela 5 - Análise Descritiva entre as variáveis de satisfação dos usuários com a certificação das eSF pela nota da Dimensão II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo).....	84
Tabela 6 - Correlação entre as variáveis de satisfação dos usuários com a certificação das eSF pela nota da Dimensão II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo).....	85
Tabela 7 - Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB).....	85
Tabela 8 - Análise Descritiva entre o Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado na perspectiva das eSF e percepção dos usuários (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB).....	86
Tabela 9 - Correlação entre o Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado na perspectiva das eSF e percepção dos usuários (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB).....	87
Tabela 10 - Associação entre Dimensão I e as variáveis do estudo.....	88
Tabela 11 - Associação entre Dimensão II e as variáveis do estudo.....	89
Tabela 12 - Associação entre Dimensão III e as variáveis do estudo.....	89
Tabela 13 - Associação entre Dimensão IV e as variáveis do estudo.....	90
Tabela 14 - Associação entre o Índice de Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF e as variáveis do estudo.....	91
Tabela 15 - Associação entre o Índice de Qualidade do Cuidado na percepção do usuário e as variáveis do estudo.....	92
Tabela 16 - Associação entre o Índice de Satisfação do Usuário e as variáveis do estudo.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADH	Atlas do Desenvolvimento Humano Municipal
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ-ESF	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DP	Desvio Padrão
EAB	Equipes da Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
eSB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
EUROPEP	<i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FJP	Fundação João Pinheiro
GP	<i>General Practitioner</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

IC	Intervalo de Confiança
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
OD	<i>Odds Ratio</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SGDAB	Sistema de Gestão da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Compromisso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Atenção Primária à Saúde	21
2.2 Qualidade do Cuidado e Avaliação da Atenção Primária à Saúde.....	25
2.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	29
2.4 Satisfação do Usuário na Atenção Primária à Saúde.....	42
2.4.1 Satisfação do Usuário no contexto da Inglaterra.....	53
2.5 Vulnerabilidade Social.....	56
3 OBJETIVOS	64
3.1 Objetivo Geral	64
3.2 Objetivos Específicos.....	64
4 METODOLOGIA.....	65
4.1 Tipo e desenho do estudo.....	65
4.2 Coleta de dados e universo de análise.....	65
4.3 Organização e análise de dados.....	66
4.3.1 Primeira etapa.....	66
4.3.2 Segunda etapa.....	72
4.3.2.1 Construção da tipologia da qualidade do cuidado na perspectiva das eSF.....	73
4.3.2.2 Construção da tipologia da qualidade do cuidado na percepção do usuário.....	73
4.3.3 Terceira etapa.....	74
4.4 Análise estatística.....	74
4.5 Considerações éticas.....	76
5 RESULTADOS.....	77
5.1 Primeira Etapa.....	77
5.2 Segunda Etapa.....	85
5.3 Terceira Etapa.....	87
6 DISCUSSÃO.....	94
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS.....	109
ANEXO A - Municípios utilizados na 2ª e 3ª etapa do estudo através da seleção da amostra (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB) e categorizados com os critérios desse estudo.....	131
ANEXO B - Artigo	135

1 INTRODUÇÃO

Após a realização da Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser reconhecida como modelo ideal e central dos sistemas de saúde mundiais. Foi estabelecido, já nessa época, que a APS seria o primeiro nível de atenção à saúde prestado às populações, implicando em uma atenção integral que vai além dos enfoques reducionistas centrados na doença (ALMA-ATA, 1978; ALMEIDA *et al.* 2018; STARFIELD, 2004). Santos e Penna (2013) também afirmam ser na APS que a maioria das necessidades de saúde da população deveria ser abordada.

No Brasil, a APS também conhecida como Atenção Básica (AB), foi amplamente difundida e ampliada após promulgação da Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Desde então, ocorreu um aumento exponencial da APS no Brasil, com a cobertura ampliada de 4% em 1998 para 62% em 2014 (MACINKO e HARRIS, 2015).

O sistema de saúde brasileiro tem como princípios básicos: a universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2017a). É nesse contexto que a AB tem como uma de suas diretrizes a coordenação do cuidado e ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essas diretrizes, segundo Starfield (2004), podem ser apontadas como essenciais, pois influenciam na obtenção das outras. Ou seja, para mesma autora, as demais diretrizes como a longitudinalidade perderia potencial, a integralidade seria dificultada e o primeiro contato seria somente administrativo.

Fundamentado nessa concepção e com o intuito de modificar a prática assistencial foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que passou a ser conhecido, após expansão da política, como Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 2006 (CHAVES *et al.* 2018 e VIEIRA *et al.* 2016). A ESF é definida como um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estabelecendo vínculo entre profissionais e usuários com contato permanente com o território (FEITOSA *et al.* 2016). Adicionalmente, a ESF foi implementada também com o objetivo de reorganizar a AB e constituir equipes de saúde da família (eSF) com caráter multiprofissional (BRASIL, 2006 e BRASIL, 2011a).

Desde o fortalecimento da APS, através da criação e renovação de políticas, tem-se notado melhoria dos indicadores de saúde (OPAS, 2011). Com o objetivo de validar ainda mais esses benefícios dos sistemas de saúde voltados para consolidação da APS, tornou-se importante avaliar a qualidade do cuidado ofertado. Isso implica na criação de estratégias para

melhoria dos serviços na APS. Sendo assim, qualquer abordagem a respeito da qualidade em saúde traz implícita ou explícita o entendimento de avaliação (FERRI *et al.* 2007).

Dentre os instrumentos elaborados para avaliação da qualidade da APS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é o que estava sendo utilizado recentemente pelo Ministério da Saúde. De acordo com Brasil (2011b e 2012), o PMAQ-AB foi instituído em 2011 com a pactuação das três esferas de gestão governamentais incluindo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O objetivo principal do programa é ampliar o acesso, melhorar a qualidade da AB, estabelecendo um padrão nacional, regional e local (BRASIL, 2012). Desde sua implementação, já ocorreram três ciclos: o 1º em 2012, o 2º em 2013/14 e o 3º em 2017. No presente estudo, a abordagem terá foco no segundo ciclo do PMAQ-AB. Esse foi organizado em quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização (BRASIL, 2013a).

Na fase de Avaliação Externa do programa foi verificado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) as condições de acessibilidade e qualidade oferecidas pelas equipes que aderiram ao programa, através de observação das unidades diante das perspectivas das eSF e dos seus usuários (BRASIL, 2013a).

Sobre a perspectivas das eSF é comum observar na literatura, que os profissionais de saúde tendem a avaliar os serviços de saúde de forma satisfatória. Estudo de Lima *et al.* (2016) apontou uma boa avaliação feita pelos profissionais de quase todos os atributos da APS. A acessibilidade foi o único atributo que foi mal avaliado.

Entretanto, Fausto *et al.* (2014) revelam que há discrepância entre as avaliações dos usuários e profissionais. Vários estudos registram que os profissionais de saúde tendem a realizar uma avaliação mais positiva de suas ações em relação aos usuários (IBÁÑEZ *et al.* 2006; FAUSTO *et al.* 2014; PEREZ *et al.* 2013; SILVA e CALDEIRA, 2010; VAN STRALEN, 2008).

Diante das diversas visões sobre a qualidade dos serviços, para Hartz e Silva (2005), a melhoria do atendimento aos usuários do sistema de saúde deve ser a principal motivação para realizar uma avaliação. Nesse sentido, Vaitsman e Andrade (2005) consideram que a satisfação do usuário é uma das formas mais efetivas de avaliar a qualidade dos serviços. Afinal, partir da percepção do usuário é possível obter informações sobre o atendimento recebido, com possibilidade para orientar ações em saúde. A avaliação da saúde, considerando a perspectiva dos usuários, não deve se limitar à verificação do cumprimento de regras e normas, mas se

constituir como uma potente ferramenta de participação social dos cidadãos na afirmação de seus direitos à saúde (PINHEIRO e MARTINS, 2009).

A construção de instrumentos de avaliação da satisfação do usuário que analisem as diferenças sociais e culturais e as distintas formas de utilização dos serviços são práticas desafiadoras, uma vez que precisam captar a visão dos usuários quanto à qualidade dos serviços de saúde e, ainda, depende de recursos e comprometimento para que o monitoramento possa ser realizado constantemente e possibilite melhorias efetivas nos serviços, assim como possa ampliar o acesso universal (MISHIMA *et al.* 2016).

A satisfação dos usuários pode ser influenciada por vários fatores, tanto associado aos serviços dos provedores, quanto pelas experiências pessoais, socioeconômicas e culturais (SILVA, MENEZES e DIAS, 2014).

Os usuários têm forte tendência a considerar um serviço de qualidade quando recebem um bom atendimento (MEDEIROS *et al.* 2010 e PAIVA *et al.* 2015). Eles são, na maioria das vezes, segundo Donabedian (1992), sensíveis ao trato que recebem e, com frequência, usam esse elemento para julgar a qualidade do cuidado.

Uma análise crítica sobre os métodos de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde é apresentada no trabalho de Esperidião e Trad (2006). Esses autores discutem sobre os métodos de abordagem das pesquisas, instrumentos e a operacionalização do conceito de satisfação e os respectivos vieses nos resultados a partir dessas escolhas. Nesse sentido, revelam que a falta de padronização dos instrumentos compromete a comparação dos achados encontrada na literatura.

Vários estudos comprovam que os fatores relacionados ao contexto socioeconômico também influenciam o percentual de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde (BLEICH, ÖZALTIN e MURRAY, 2009; GOUVEIA *et al.* 2009; HALL e DORNAN, 1990; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2016 e SERRANO-DEL ROSAL e LORIENTE-ARÍN, 2008).

Dos diversos fatores que influenciam a satisfação dos usuários, os relacionados aos fatores socioeconômicos ainda não se apresentam totalmente estabelecidos. Hall e Dornan (1990), em um estudo de meta-análise, encontraram maior satisfação entre usuários com maior *status* social e contraditoriamente, foi maior a satisfação para os indivíduos com menor escolaridade. Em estudo conduzido por Blendon *et al.* (2002), em cinco nações (Austrália, Canadá, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido), foi possível identificar que quanto menor a renda do indivíduo, menor a satisfação. Também se observou, em estudo realizado na Espanha, que a população que vivia em lugares com altas taxas de desemprego e baixa

escolaridade, foi mais propensa a estar insatisfeita com os serviços de saúde (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017). Por outro lado, no Brasil, estudos mostram que essa associação é oposta, sendo que na maioria das publicações, os indivíduos mais pobres são mais propensos a estarem mais satisfeitos com os serviços de saúde oferecidos (COTTA *et al.* 2005; BRANDÃO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2013 e SANTIAGO *et al.* 2013).

Através dessa realidade observada na literatura, tendo em vista que indivíduos pertencentes a um mesmo contexto socioeconômico tenderão a ter níveis similares de satisfação com os serviços de saúde (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017) e que a pobreza deve ser entendida no aspecto mais amplo, com suas múltiplas causas (CANÇADO, SOUZA e CARDOSO, 2014) é importante utilizar o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e confrontá-lo com a satisfação dos usuários em relação ao cuidado ofertado pelas equipes.

O IVS, de acordo com o Ipea (2018), constitui um instrumento para averiguar as falhas de oferta de bens e serviços públicos no território nacional e se refere, principalmente, às três dimensões postuladas como essenciais para a garantia do bem-estar da população em geral, quais sejam: Infraestrutura Urbana, Capital Humano e Renda e Trabalho (IPEA, 2018).

Reitera-se que o Brasil é um país com extensa dimensão geográfica, possuindo desafios para alcançar serviços de alta qualidade devido às diferenças populacionais, sociais, políticas, econômicas e tecnológicas.

Portanto, o presente estudo visa responder aos seguintes questionamentos: A qualidade do cuidado prestado pela eSF possui correlação com a qualidade do cuidado percebida pelos usuários? Essa associação é influenciada pelo contexto socioeconômico?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde

A primeira definição sobre a APS foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética) em 1978. Essa conferência adotou como essencial o cumprimento da meta de “Saúde para Todos”. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ALMA-ATA, 1978).

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, na qual se estabeleceu a criação do SUS, foram afirmadas a importância de promover a saúde como um direito fundamental à cidadania. Assim, a saúde deixou de ser um bem majoritariamente disputado pelo mercado (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Desde então, o Brasil tentou avançar para garantir a melhoria no acesso à saúde, revitalização e eficácia da APS. De acordo com Costa e Carbone (2004), a saúde da família é o modelo que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar a assistência do SUS através da APS. Os mesmos autores afirmam que esse modelo foi iniciado em 1991, com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, o Ministério da Saúde assumiu como resposta intencional à essa conjuntura a implantação do PSF, apresentando-se como uma proposta mais abrangente. O modelo de assistência foi pensado para ser centrado nas famílias, operacionalizado pelos municípios e com tecnologia leve de alta capacidade resolutiva (PAULA *et al.* 2016). Turci (2008) aponta que o papel primordial da saúde da família no SUS é propiciar a reorganização da assistência à saúde a partir da AB, mediante reorganização do processo de trabalho nos Centros de saúde e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano desses serviços.

Nesse contexto, diversos conceitos e mudanças organizacionais foram estabelecidas para classificar esse complexo nível de atenção à saúde. Cabe ressaltar que, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no Brasil e neste estudo, AB e APS são considerados termos equivalentes (BRASIL, 2017a).

A definição de APS ou AB mais difundida no Brasil é apresentada pelo Ministério da Saúde:

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, redução de danos e a manutenção da 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, 2011a).

Também é interessante observar que as PNAB foram sofrendo mudanças ao longo dos anos, visando estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB. O Ministro de Estado da Saúde aprovou, em 28 de março de 2006, a Portaria nº 648 que regulamenta a primeira PNAB (BRASIL, 2006). Em 21 de outubro de 2011, essa portaria foi revogada pela Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011a) e, mais recentemente, essa última foi revogada pela Portaria nº 2.436, que aprova a nova e mais atual PNAB (BRASIL, 2017a).

A última PNAB, reforça os princípios do SUS e da RAS a serem operacionalizados na AB: Universalidade, Equidade e Integralidade (BRASIL, 2017a). Também reitera como diretrizes: Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede e Participação da comunidade.

Porém, a PNAB de 2017 foi identificada como um retrocesso para as organizações historicamente vinculadas ao fortalecimento do SUS, como é o caso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Morosini, Fonseca e Lima (2018), também acreditam que a PNAB de 2017 indica riscos para o SUS, devido a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política. Segundo as mesmas autoras, a intenção da política é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais. Todavia, os impactos da revisão mais recente da PNAB ainda não podem ser avaliados (GUIMARÃES, 2018).

A portaria nº 4279 (BRASIL, 2010a) considerada a APS como ordenadora da RAS, ou seja, esse nível de atenção à saúde tem a função de organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações, coordenando o cuidado em saúde entre os diferentes componentes da rede. Desse modo, a RAS pode ser definida como:

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal

porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017a).

Além de possuir esses princípios fundamentais supracitados, a APS se configura como umas das portas de entrada e contato preferencial dos usuários do SUS, e pode ser entendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde (STARFIELD, 2004). Enquanto porta de entrada do setor saúde pública, para Santos e Penna (2013), os Centros de Saúde se tornaram espaços onde a população busca respostas a quaisquer necessidades afetadas, sejam elas necessidades de saúde e/ou problemas sociais. Ou seja, oferece uma atenção continuada centrada na pessoa e não na doença (CAMPOS *et al.* 2014).

Nesse sentido, a APS envolve o manejo de pacientes que, na maioria das vezes, têm vários diagnósticos e queixas confusas, que não podem ser encaixados em diagnósticos conhecidos; isso representa uma distinção entre os demais níveis de atenção (STARFIELD, 2004). Além disso, se distingue por fundamentar-se no vínculo e no cuidado longitudinal, com intuito de modificar os padrões e os estilos de vida da população atendida (SOUZA e MENANDRO, 2011).

O termo PSF em 2006 foi substituído para ESF, que denota uma expansão da política, ou seja, deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites. A ESF visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB. Essa estratégia favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, além de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, propiciando uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2006). Evidências sugerem que a ESF teve um papel importante na saúde da população brasileira. Vários estudos, como os de Costa e Carbone (2004) e Feitosa *et al.* (2016) apontam a diminuição na mortalidade, aumento na taxa de cura de doenças infectocontagiosas e no controle de doenças crônicas. Outro estudo, direcionado exclusivamente para crianças menores de 5 anos, aborda a efetiva diminuição da mortalidade, principalmente por causas transmissíveis, após a implantação do PSF (RASELLA, AQUINO e BARRETO, 2010). Muito possivelmente, em razão do programa priorizar ações de promoção, proteção e reabilitação.

Um ponto importante dessa estratégia é o estabelecimento de uma eSF multiprofissional composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar

ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS). Adicionalmente, ainda se tem a composição das Equipes de Saúde Bucal (eSB), as quais incluem cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011a). Entretanto, a composição das eSF foi alterada na PNAB de 2017, que passam a poder ser constituídas de acordo com características e necessidades locais e deverão ser compostas minimamente por médicos; enfermeiros; auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem e ACS (BRASIL, 2017a). Morosini, Fonseca e Lima (2018) apontam que na nova PNAB a cobertura universal passa a ser relativizada, uma vez que, não há definição do número de ACS por equipe, podendo ser constituído equipes com somente um ACS. E que também, segundo os mesmos autores, a última política propõe flexibilização da cobertura populacional, já que refere uma população adscrita recomendada por eSF de 2 mil a 3,5 mil pessoas, porém deixa margens para possibilidade de outros arranjos de adscrição. Sendo assim, essas mudanças na política trazem um alerta, visto que os ACS são considerados, de acordo com Macinko e Harris (2015), o componente de maior importância para efetivação do PSF e inúmeros estudos, como os de Paim *et al.* (2011) e Rocha e Soares (2010), sugerem que a expansão da cobertura do PSF gera melhora dos indicadores de saúde. Outra característica dessa nova política é que o Ministério da Saúde passa a financiar outras modalidades de formato de equipes, a chamada AB tradicional, que não seguem, necessariamente, atributos e diretrizes da APS, tal qual adotadas na ESF (MELO *et al.* 2018).

O portal do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde aponta uma grande expansão das eSF credenciadas e distribuídas em todo território nacional. Em julho de 1998 eram 2.195 eSF e na última atualização, em julho de 2019, já são 43.174 com uma taxa de cobertura igual à 63,79% (BRASIL, 2019).

Em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização da AB, foi publicada a Portaria nº 154, do Ministério da Saúde, a qual criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar em parceria com os profissionais das eSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das eSF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Costa e Carbone (2004) afirmam que as UBS são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde na comunidade, prestando atendimento de qualidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. Segundo documento publicado

pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011), diversos estudos, nacionais e internacionais, evidenciam que sistemas de saúde que têm como prioridade ações primárias à saúde estão alcançando melhores resultados, menores custos e maior satisfação do usuário. Sendo assim, os sistemas de saúde baseados em uma forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para os usuários quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS (OPAS, 2011). Destaque-se ainda, de acordo com OPAS (2011), a melhora no empoderamento de grupos vulneráveis, diminuição das iniquidades, melhora dos indicadores de saúde com redução das internações por condições sensíveis, melhoria do acesso, melhoria nos resultados sanitários, redução dos cuidados de urgência e emergência, dentre outros. O fortalecimento da APS é também importante para o enfrentamento da crise pela qual passam os Sistemas Públicos de Saúde, que estão encontrando entraves em políticas neoliberais e no modelo hegemônico biomédico centrado.

2.2 Qualidade do Cuidado e Avaliação da Atenção Primária à Saúde

Desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde, tem sido uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Também no âmbito nacional, a qualidade da APS tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas (CAMPOS, 2005, FACCHINI *et al.* 2008; HARTZ e SILVA, 2005). Esse campo tem recebido uma atenção especial por parte do Ministério da Saúde, com a constituição de um grupo de trabalho voltado para o desenvolvimento e incentivo às pesquisas na área (GOUVEIA *et al.* 2009).

De fato, nos últimos anos, a qualidade é considerada um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado (SERAPIONI, 2009). O objetivo é associar menores despesas com melhor qualidade. Essa preocupação não perpassa somente no meio político, da saúde pública e das organizações, conforme reitera Araújo *et al.* (2017). A sociedade de um modo geral, tem buscado, cada vez mais, qualidade e assistência humanizada nos serviços e bens essenciais. Nesse sentido, vários fatores determinam a qualidade dos serviços de saúde: competência profissional; satisfação dos usuários; acessibilidade; eficácia e eficiência (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Donabedian (1990) determina o chamado “*The seven pillars of quality*”, os quais são: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade e equidade. Esse

último autor, ainda criou uma tríade que oferece um enquadramento para examinar os serviços de saúde e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Para ele, as informações sobre a qualidade dos cuidados englobam três categorias: "estrutura", "processo" e "resultados" (DONABEDIAN, 1988). A estrutura descreve o contexto em que os cuidados são prestados, incluindo recursos materiais, pessoal, financiamento e organização. O processo denota as transações entre pacientes e fornecedores em todo o fornecimento de cuidados de saúde. Por fim, os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados de saúde no estado de saúde dos pacientes e populações.

A ênfase na qualidade do cuidado é um dos maiores objetivos de qualquer sistema de saúde. Para o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos (1999), a qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente. O mesmo Instituto estabelece como metas para assegurar e melhorar a qualidade do cuidado em saúde as seguintes dimensões: efetividade; segurança; oportunidade; centralidade no paciente; eficiência e equidade. Os serviços de saúde de alta qualidade estão atentos, não somente com a adequação dos serviços para diagnóstico e manejo das doenças, mas também com serviços que previnem doenças futuras e promovem melhora na saúde (STARFIELD, 2004). Estudo conduzido por Rizzotto *et al.* (2014) afirma que, para garantir qualidade em saúde, é preciso investir nos trabalhadores de saúde com processos adequados de formação e educação permanente.

As possíveis razões que contribuíram para o fortalecimento da preocupação com a qualidade em saúde seriam: inseguranças dos sistemas de saúde; ineficiência e custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; insatisfação dos usuários; acesso desigual aos serviços de saúde; longas listas de espera e desperdício advindo da ineficácia (SERAPIONI, 2009). Dentre esses quesitos, Vaitsman e Andrade (2005) acreditam que o primeiro elemento para a qualidade em saúde seria o acesso, visto que a população precisa, primeiramente, conseguir acessar o serviço. Nessa lógica, deve-se pensar que a APS tem extrema importância para a garantia da qualidade dos serviços de saúde, posto que é considerada a porta preferencial de acesso dos usuários.

Serapioni (2009) reporta as três etapas da qualidade em saúde. Na primeira fase, até a metade dos anos 80, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde referia-se somente à qualidade na dimensão técnica, ou seja, à capacidade dos profissionais da saúde de escolher as práticas assistenciais consideradas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico. Como exemplo, seriam as ferramentas com objetivo de avaliar o desempenho

profissional: auditorias clínicas e médicas; acreditação profissional e, mais recentemente, a medicina baseada em evidências e as *guidelines*. Na segunda fase, a partir do final dos anos 80, o foco estava nos aspectos organizacionais e nos processos gerenciais que as abordagens precedentes não tinham suficientemente considerado. Já na terceira fase, a ênfase é no usuário e, ao mesmo tempo, nas abordagens orientadas para a humanização da atenção e valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes. Esse fato vem legitimando o ponto de vista do usuário e a importância da sua satisfação. Todavia, para Bosi, Pontes e Vasconcelos (2010), a satisfação do usuário deve ser considerada, mas juntamente com outros elementos, como: satisfação dos profissionais e eficácia do cuidado médico.

O conceito de qualidade em saúde é complexo e amplo, visto que sofre influência do também amplo conceito de saúde, dos diversos atores que agem nos âmbitos dos serviços de saúde e da pluralidade de abordagens e metodologias para classificar qualidade em saúde. Esse significado também varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados (BRASIL, 2010b). Para Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), qualidade é alcançar o melhor, sendo essencial para a avaliação da integralidade e verificação da capacidade de respostas do SUS às necessidades de saúde.

Starfield (2004) chama a atenção para a necessidade de atualização dos padrões de qualidade. Segundo a autora, a qualidade da atenção é uma redefinição sucessiva do inalcançável. Isso é, uma vez atingido determinado padrão, surgirá sempre a exigência de um patamar superior a ser alcançado, sendo impossível estabelecer padrões normativos absolutos para a qualidade que sejam invariáveis no decorrer do tempo. A mesma autora, ainda afirma que o termo “qualidade” também tem sido usado para além da qualidade da atenção, como satisfação com os serviços, custos da atenção, qualificação do pessoal dos serviços, segurança, aparência agradável das unidades de saúde e adequação dos equipamentos.

Cabe ressaltar que o Brasil, por ser um país de vastas dimensões, apresenta diversos desafios para o alcance de serviços de alta qualidade, que tendem a ser diferentes devido as diferenças populacionais, sociais, políticas, econômicas e tecnológicas. Campos (2005) e Araujo *et al.* (2017) reforçam essa ideia ao afirmar que os critérios de qualidade não são definitivos ou absolutos e que dependem de situações particulares em uma dada realidade. Os autores ainda acrescentam que a concepção sobre o que venha ser qualidade depende ainda do lugar que o sujeito ocupa no sistema de saúde. Ou seja, os responsáveis pela gestão tendem a focar o olhar para rendimento, custo e eficiência; os profissionais de saúde buscam satisfação, reconhecimento profissional e um bom ambiente de trabalho; já os usuários entendem qualidade

como obtenção dos benefícios e das necessidades esperadas. Todavia, como já mencionado, entende-se que a melhoria da qualidade requer o olhar ampliado de gestores, usuários e profissionais.

No campo das práticas em saúde, podemos dizer que qualidade e avaliação estão estreitamente relacionadas. Dessa forma, para conhecer a qualidade ou para melhorá-la, é necessário avaliar (BRASIL, 2010b). Segundo Freitas *et al.* (2017), avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, melhorar e promover informações sobre Programas. Nessa lógica, a melhoria da qualidade é um processo em ciclos e contínuo, no qual a avaliação leva ao diagnóstico das deficiências, que leva à definição de objetivos e metas, com a implementação de ações e o retorno da avaliação após um prazo determinado (CAMPOS, 2005).

Houve inúmeras tentativas de qualificar a atenção no SUS, baseado em ferramentas de avaliação e planejamento. Em 2001, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Ministério da Saúde iniciaram o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro, com objetivo de contribuir para o monitoramento e avaliação do sistema de saúde. A meta era produzir subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para os gestores de todas as esferas administrativas e disseminar as informações sobre o desempenho do SUS nos seus distintos âmbitos. No ano de 2003, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 676 (BRASIL, 2003a) implantou uma Comissão com objetivo de avaliar a AB, na tentativa de gerar melhoria da qualidade dos serviços ofertados. A partir desse momento, a avaliação configurava-se como política de governo, envolvendo estados e municípios no acompanhamento e monitoramento da AB. Entretanto, cabe ressaltar que naquele momento, a proposta de consolidação do monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de saúde não foi instituída no território nacional, como planejado. Naquele mesmo ano, o Ministério da Saúde iniciou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), conduzido por uma rede de instituições acadêmicas, que visava o fortalecimento da AB, com a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população (BRASIL, 2003b; FACCHINI *et al.* 2008). Em 2005, segundo Sampaio *et al.* (2016), foi desenvolvido a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF) para analisar o processo de trabalho brasileiro nesse nível de atenção e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) com propósito de identificar as condições e resolutividade dos atendimentos dos diversos níveis de complexidade. No ano de 2011, o Ministério da Saúde realizou uma nova tentativa para institucionalizar a avaliação da

APS, criando o PMAQ-AB. O processo de institucionalização da avaliação, através do PMAQ-AB tem contribuído, conforme diz Medrado *et al.* (2015), como uma prática reflexiva e pedagógica, sendo algo pertinente ao processo de trabalho de todos profissionais da saúde, no qual não deve ter caráter punitivo ou fiscalizatório. É ainda considerado, pelos mesmos pesquisadores, um instrumento fundamental para o aperfeiçoamento das políticas públicas.

2.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

A Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011 institui, no âmbito do SUS, o PMAQ-AB, com a proposta de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011b). Essa portaria é direcionada a todas as equipes de saúde da atenção básica (EAB), ou seja, as EAB contratualizadas, Equipes de Saúde Bucal e os NASF. A criação do Programa se deu logo no início de 2011, sendo um produto da denominada estratégia “Saúde mais perto de você”. Nesse contexto, sua implementação estabeleceu-se diante de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, a qual contou com vários momentos, em que o Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo CONASEMS e CONASS, respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil (BRASIL, 2012).

O objetivo principal do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB (BRASIL, 2012). Como objetivos específicos, pode se destacar: a ampliação do impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços; o fornecimento de padrões de boas práticas e organização para as UBS, a fim de nortear a melhoria na qualidade dos serviços; maior conformidade das UBS com os princípios da AB; melhoria na qualidade da entrada de dados e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB; institucionalização da cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; estímulo do foco da AB no usuário, promovendo transparência dos processos de gestão, participação e controle social; e responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012).

Para que o PMAQ-AB seja efetivo nos municípios do Brasil, é necessário, entre outros aspectos, a gestão pública de qualidade. Dessa forma, uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde à toda a população. Nesse sentido, a portaria que institui o PMAQ-AB estabelece no artigo 2º, diretrizes para o programa:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde; II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (BRASIL, 2011b).

É importante destacar que o programa é dividido por ciclos (com duração média de 24 meses cada ciclo). Em 2012 aconteceu o 1º ciclo; em 2013/14 ocorreu o 2º ciclo e em 2017 o 3º ciclo. Ademais, no PMAQ-AB, o 1º e o 2º ciclos estão organizados em quatro fases: (1) Adesão do município e contratualização; (2) Desenvolvimento das ações; (3) Avaliação externa e (4) Recontratualização (BRASIL, 2013a). No presente estudo o enfoque está no 2º ciclo.

A primeira fase do PMAQ-AB consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social, segundo os Manuais instrutivos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012 e 2015b). Essas adesões têm caráter voluntário, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. Já o processo de contratualização prevê: a assinatura de um Termo de Compromisso (TC) por parte da(s) equipe(s) de atenção básica com a gestão municipal; a assinatura de um TC entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde no processo de adesão, que tem como pré-etapa a contratualização da gestão com suas equipes; e a assinatura de um TC e/ou uma resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) prevendo

compromissos firmados entre a gestão municipal e estadual, para o apoio e participação no PMAQ-AB (BRASIL, 2012).

A segunda fase do PMAQ-AB consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas EAB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Essa fase se divide em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação permanente; Apoio institucional (BRASIL, 2012). A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento. Entende-se que para a melhoria da qualidade em saúde, os processos positivos e problemáticos do trabalho devem ser primeiro reconhecidos pelas próprias equipes, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento. Para o 2º ciclo do PMAQ-AB, o DAB oferece um instrumento de autoavaliação – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), organizando em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da AB. Cabe ressaltar que essa ferramenta ofertada a partir do 2º ciclo pelo Ministério da Saúde poderá ser combinada com outras, cabendo aos gestores municipais e às EAB definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se ajuste(m) à sua necessidade e realidade (BRASIL, 2012). Após as autoavaliações, o Ministério da Saúde sugere que sejam construídas pelas equipes matrizes de intervenção, considerando, em um primeiro momento, os problemas prioritários e que estejam sob responsabilidade dos atores em questão. Para Cruz *et al.* (2014), os instrumentos autoavaliativos qualificam os processos de trabalho na APS, uma vez que, possibilitam a reflexão e crítica do fazer em saúde.

Na dimensão monitoramento, os indicadores contratualizados são acompanhados. Os indicadores eleitos ficaram limitados a aqueles que possam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Dessa forma, no 2º Ciclo do PMAQ-AB foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes *mellitus*, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis) e classificados segundo a natureza de seu uso:

Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das Equipes de Atenção Básicas (EAB), conforme o seu desempenho; Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados

alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa (BRASIL, 2012, p.24-25).

Para o Ministério da Saúde, o acompanhamento sistemático daquilo que tem sido produzido pelas equipes permitirá a verificação do alcance de resultados mínimos nos indicadores contratualizados. Além disso, o desempenho das equipes para o conjunto de indicadores contratualizados compõem uma parte da certificação de qualidade das EAB. Para isso foi calculada, para cada indicador de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcançado pela equipe, comparando-se o resultado obtido por ela com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias do seu município, do seu Estado, da sua região, do Brasil e/ou do estrato de municípios do qual faz parte (BRASIL, 2012).

A educação permanente, outra dimensão do desenvolvimento, é entendida no PMAQ-AB como um processo para além do pedagógico. Consiste em uma estratégia de apoio à gestão do cuidado pelas equipes, na medida em que se orienta pelas demandas e necessidades dos profissionais, devendo garantir que a aquisição e aprimoramento de conhecimentos e habilidades estejam relacionados com o cotidiano das equipes e suas necessidades (BRASIL, 2015b). Sendo assim, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente, tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município (BRASIL, 2012). Vale ressaltar, que o PMAQ-AB ainda propõe que a educação permanente seja uma estratégia potencialmente provocadora de mudanças dos serviços. Sendo que essa mudança, de acordo com Pinto *et al.* (2014), importaria também a necessidade de mudanças no processo de trabalho em saúde, que exigiria de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de intervenção e autonomia para que pudessem contribuir para o estabelecimento de práticas transformadoras.

A última dimensão, apoio institucional, segundo o Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL 2012; 2015b), deve ser pensada como uma função gerencial de apoio à gestão em saúde com objetivo de auxiliar as equipes a explicitarem e lidarem com problemas e conflitos, auxiliando na tarefa de colocar suas práticas em análise e possibilitando a construção de intervenções. Ainda, de acordo com o Manual (BRASIL, 2015b), deve ser um compromisso federal, estadual e municipal, a fim de potencializar as ações na qualificação da AB e é fundamental para transformar a gestão verticalizada em uma gestão horizontal. Diante disso, para Pereira Junior e Campos (2014), diferentemente das tradicionais assessorias e consultorias, o apoiador não faz pela ou para as equipes, e sim com as equipes, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção. Ou seja, a função do apoiador é de

contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos, nos quais os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção (BRASIL, 2006).

Pode-se dizer que o apoio institucional se refere à gestão e o apoio matricial se refere à clínica, porém, isso não impede que um interfira no outro (OLIVEIRA e CAMPOS, 2013). Essa dimensão é considerada essencial, visto que as equipes que receberam apoio tiveram melhor desempenho. Estudos de Fonseca Sobrinho *et al.* (2014) e Machado *et al.* (2016) sobre o apoio matricial e apoio institucional, respectivamente, no PMAQ-AB elucidaram que a maioria das eSF recebe grau de apoio médio. As atividades de apoio matricial são expressivas, entretanto desiguais entre estados e regiões, tendo grau mais elevados nos locais mais desenvolvidos (FONSECA SOBRINHO *et al.* 2014). Os resultados apresentados por Chaves *et al.* (2018) evidenciaram a importância do apoio matricial na qualificação da AB. Os mesmos autores compararam com outros estudos que também apontam que o apoiador matricial agrega recursos de saber e potencializa a capacidade resolutiva das equipes. Reitera-se ainda que é possível afirmar que educação permanente, apoio institucional e matricial caminham juntos.

A terceira fase do PMAQ-AB, que possui um delineamento transversal, constitui no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB participantes do programa e abrange todas as atividades prioritárias da AB. Porém, cabe salientar, conforme mencionam Janssen *et al.* (2016), que como as funções da AB são extensas é compreensível que o programa não contemple todos os detalhes considerados importantes. Essa fase ocorre através de uma Avaliação Externa, um processo de verificação *in loco* dos padrões de qualidade das EAB que aderem ao Programa. Deve-se ressaltar que essa fase recebe apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa que selecionam e capacitam os entrevistadores que aplicam o instrumento de avaliação, utilizando meios eletrônicos (*tablets*). No ano de 2012 ocorreu, durante o 1º ciclo do programa, a primeira Avaliação Externa/PMAQ-AB no país, conduzida por 40 instituições de ensino e pesquisa com experiência em processos de avaliação (MELO, ROCHA e ALELUIA, 2017). Já no 2º ciclo participaram 48 (BRASIL, 2013b).

Os instrumentos de Avaliação Externa no 2º e 3º ciclos sofreram modificações. A partir do 2º ciclo foram incluídos 3 módulos adicionais direcionados para os NASF (módulo IV) e dois módulos para eSB (módulos V e VI) (BRASIL, 2013d; GIOVANELLA, *et al.* 2018).

O instrumento de Avaliação Externa relacionados à EAB no 2º ciclo representa o enfoque desse estudo e, portanto, foi mais aprofundado. Ele se divide em quatro módulos:

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários. Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Módulo eletrônico compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa (BRASIL, 2013b, p. 9).

Dentre esses módulos, o instrumento de Avaliação Externa da EAB ainda se divide em 5 dimensões e 34 subdimensões. Assim, de acordo com as notas metodológicas do PMAQ-AB 2º ciclo, essas são:

Quadro 1 - Dimensões e subdimensões para certificação da avaliação externa

(continua)

Dimensões	Subdimensões	
DIMENSÃO I: Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	I.1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	I.2	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica
DIMENSÃO II: Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde
	II.2	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS
	II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS
	II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde
	II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
	II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde
DIMENSÃO III: Valorização do Trabalhador	III.1	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	III.2	Educação Permanente
	III.3	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários de Continuidade do Vínculo
	III.4	Plano de Carreira e Remuneração Variável
DIMENSÃO IV: Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	IV.1	População de Referência da Equipe de Atenção Básica
	IV.2	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica
	IV.3	Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica
	IV.4	Organização dos Prontuários na unidade básica de saúde
	IV.5	Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade

Quadro 1 - Dimensões e subdimensões para certificação da avaliação externa**(conclusão)**

Dimensões	Subdimensões	
	IV.6	Acolhimento à Demanda Espontânea
	IV.7	Saúde da Mulher e da Criança
	IV.8	Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)
	IV.9	Saúde Mental
	IV.10	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	IV.11	Promoção da Saúde
	IV.12	Participação do Usuário e Controle Social
	IV.13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
	IV.14	Programa Saúde na Escola
	IV.15	Práticas Integrativas e Complementares
DIMENSÃO V: Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário	V.1	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	V.2	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
	V.3	Acolhimento à Demanda Espontânea
	V.4	Saúde da Mulher e da Criança
	V.5	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)
	V.6	Satisfação e Participação do Usuário

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2015a, p.36.

Cada subdimensão ainda se divide em 893 padrões ou variáveis de qualidade (BRASIL, 2015a).

Após a coleta dos dados, por meio da Avaliação Externa, ocorre a certificação das equipes pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. O processo de certificação das EAB deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço de melhoria do acesso e da qualidade da AB desenvolvido pelas equipes participantes e pelo gestor municipal (BRASIL, 2012). No 2º ciclo os padrões para certificação seguem classificações. Os padrões obrigatórios: são os que condicionam a permanência no Programa; Padrões gerais: padrões que atribuem menor peso na certificação em relação aos demais; Padrões essenciais: são padrões com elevados percentuais de cumprimento pelas EAB e/ou relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade e Padrões estratégicos: são padrões relacionados à políticas/programas estratégicos (BRASIL, 2013b). A cada novo ciclo novos padrões de qualidade devem ser inseridos induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população.

Esses padrões também devem permitir, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), comparabilidade de desempenho entre as equipes, considerando a diversidade de

cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros. Diante disso, são consideradas, no processo de certificação, as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde. Portanto, no intuito de assegurar essa maior equidade na comparação das EAB, os municípios foram divididos em estratos e o desempenho de suas equipes é comparado à média e ao Desvio Padrão (DP) do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato. Para isso, foi construído um índice que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores que receberam diferentes pesos: Produto Interno Bruto (PIB) per capita - peso 2; percentual da população com plano de saúde - peso 1; percentual da população com Bolsa Família - peso 1; percentual da população em extrema pobreza - peso 1 e densidade demográfica - peso 1 (BRASIL, 2013b).

Desse modo, os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total (de acordo com o índice criado pelos indicadores relatados anteriormente) e seu porte populacional, conforme o Quadro 1 apresentado a seguir:

Quadro 2 - Estratos do PMAQ-AB

Estrato	Crítérios de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: BRASIL, 2013b.

A nota final de certificação das equipes no 2º ciclo foi distribuída da seguinte forma: 10% para autoavaliação, 20% para os indicadores contratualizados e 70% para a avaliação externa. Sendo que desses 70% da avaliação externa foram redivididos entre as dimensões já especificadas nesse estudo, ou seja, 10 % para a Dimensão I, 15% para Dimensão II, 15% para Dimensão III, 50% para Dimensão IV e 10% para Dimensão V.

A partir da avaliação externa, as equipes são classificadas em quatro categorias:

I. Desempenho insatisfatório: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ e com as

diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, previstas na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011; II. Desempenho mediano ou abaixo da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% (cinquenta por cento) das equipes, classificadas com os menores desempenhos, serão consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média; III. Desempenho acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% (trinta e quatro por cento) das equipes, classificadas com desempenho intermediário, serão consideradas com o desempenho acima da média; e IV. Desempenho muito acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% (dezesseis por cento) das equipes, classificadas com os maiores desempenhos, serão consideradas com o desempenho muito acima da média (BRASIL, 2015a, p.45).

Com base na certificação, que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa, a quarta fase do PMAQ-AB, a de reconstrução, pode ser feita. Essa estabelece compromissos com relação a indicadores e ações que poderão ser realizadas entre gestores e equipes e desses com o Ministério da Saúde, visando dar continuidade ao ciclo de qualidade previsto pelo programa. A partir dos resultados alcançados pelas equipes, é possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e a outras questões que aumentam a possibilidade de comparações mais equitativas (BRASIL, 2012). Além disso, o desempenho das equipes pode ser comparado não somente com as demais, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação.

De acordo com a Portaria nº 1645 (BRASIL, 2011), os recursos advindos do incentivo financeiro do PMAQ-AB fazem parte do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável que é transferido do Fundo Nacional de Saúde para o fundo Municipal de Saúde correspondente, mediante pactuação de compromissos e avaliação de indicadores das eSF. Sendo assim, o município receberá, mensalmente, 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável, por equipe contratualizada. Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passará a receber os valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o desempenho alcançado de suas equipes contratualizadas. Nos dois primeiros ciclos as equipes classificadas como muito acima da média receberam 100% do PAB, as acima da média 60% do PAB, as medianas 20% do PAB e as insatisfatórias não receberam recursos (GIOVANELLA *et al.* 2018). Logo, através do PMAQ-AB os resultados dos municípios e das eSF passaram a ser decisivos no financiamento. Moraes e Iguti (2013), apontam que embora nos documentos oficiais do Programa não haja previsão de remuneração por desempenho, existem alguns municípios que empregam recursos do PAB Variável como bonificação para os trabalhadores.

Em resumo sobre as fases, Sossai *et al.* (2016) afirma que: o programa define um elenco amplo de situações/problemas/potências através de seus padrões de qualidade e incita os atores locais a reconhecê-los, problematizá-los e definir quais são os prioritários, conforme sua realidade (fase de contratualização e momento de autoavaliação); induz esses atores a problematizar, avaliar, monitorar, refletir e pensar modos de intervir na realidade; além de gerir o processo de mudança (fase de desenvolvimento); avalia, reconhece e premia aqueles que avançam na direção desses resultados esperados e que sigam alimentando o permanente movimento de mudança (fase de Avaliação Externa e certificação e fase de recontratualização). Há uma aposta de que em torno da participação e da implantação do programa seja mobilizado um coletivo que tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas (BRASIL, 2011b; 2012; PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

Salienta-se que no 3º ciclo ocorreram algumas mudanças, causadas de acordo com Giovanella *et al.* (2018), pela crise de governabilidade e políticas de austeridade fiscal que cortaram as verbas para o SUS. Dentre as mudanças, as mais significativas foram que a composição do programa deixa de ser em quatro fases e passa a ser em três fases, acrescido de um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (BRASIL, 2015c). As nomenclaturas para classificação das eSF são alteradas para: desempenho ótimo; muito bom; bom; regular e ruim (BRASIL, 2017b). A distribuição dos percentuais para certificação das eSF é modificado para 10% para autoavaliação, 30% para os indicadores e 60% para a avaliação externa (BRASIL, 2017). Outra novidade é que as equipes que não alcançarem um conjunto de padrões de qualidade considerados essenciais são automaticamente certificadas com desempenho ruim (BRASIL, 2017b). Esses padrões considerados essenciais são: funcionamento da UBS por 40 horas semanais; ter equipamentos, materiais e insumos considerados básicos; ter mapas com desenho do território de abrangência; realizar procedimentos considerados básicos; fazer acolhimento à demanda espontânea e realizar consultas de prevenção ginecológica, pré-natal, hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2017b). A mesma referência ainda revela que para a equipe ser classificada com o desempenho ótimo, além de obter uma nota mínima, deverá alcançar um conjunto de padrões considerados estratégicos. Além disso, as EAB contratualizadas com as eSB têm obrigatoriedade da presença de cadeira odontológica, pois, a ausência já desclassifica a equipe (BRASIL, 2017b).

Alguns estudos utilizando a base de dados do PMAQ-AB já foram realizados. Após a implementação do PMAQ-AB (1º ciclo), uma pesquisa qualitativa feita no município de Grossos no Rio Grande do Norte, apontou três principais mudanças: organização do trabalho, aumento de recursos materiais, melhoria da infraestrutura e organização dos registros

(FEITOSA *et al.* 2016). Em um estudo desenvolvido por Flôres *et al.* (2018), no qual identifica a percepção dos gestores municipais sobre o PMAQ-AB, percebeu-se que o programa motiva os trabalhadores através do incentivo financeiro que eles recebem de acordo com o desempenho da equipe. Entretanto, os mesmos autores relatam que esse método motivacional é mais eficaz em ações pontuais e em mudanças de curto prazo. Portanto, em ações mais complexas, é necessário avaliações frequentes e um monitoramento eficiente das ações. No estudo de Araújo *et al.* (2017), sobre a interferência do PMAQ-AB, foi observado que o programa contribuiu para melhorias como implantação de comissão de gerenciamento de risco, padronização da assistência de enfermagem, redução de filas, controle nas coletas de exames laboratoriais e organização do processo de trabalho.

Segundo Andrade, Santos e Oliveira (2017), que estudaram a percepção dos trabalhadores das eSF sobre o PMAQ-AB em um município da Bahia, após a implantação do programa, percebeu-se uma mudança das práticas, considerando que os profissionais foram sensibilizados e passaram a atuar de maneira mais humanizada, ao acolher o usuário e suas queixas, utilizando o acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso. Também foi demonstrado nesse estudo a melhoria do fluxo de referência e contra referência entre as unidades e serviços especializados, garantindo a integralidade do cuidado. Em outra pesquisa, que também avaliou o PMAQ-AB na perspectiva dos profissionais da saúde, realizada em um município do Ceará, revelou-se que os profissionais atribuíram mais pontos positivos do que negativos ao programa. Os pontos positivos citados foram melhoria da estrutura da UBS, incentivo financeiro aos profissionais, aumento na quantidade de insumos e mudanças no processo de trabalho (FREITAS *et al.* 2017).

É notório em diversos estudos, que ao longo dos ciclos do programa, a avaliação feita tem se tornado essencial para a gestão e trabalhadores, causando mudanças efetivas na atenção à saúde. O programa possui grande potencial na identificação de problemas e na organização das ações, o que possibilita bons resultados na gestão em saúde (SANTOS *et al.* 2016). Evidenciou-se também no estudo de Flôres *et al.* (2018) melhoria nas estruturas físicas das unidades, nos processos de trabalho, qualificação dos profissionais e ampliação da prática do acolhimento ao usuário. Neves *et al.* (2018), em seu estudo sobre a estrutura das UBS para atendimento das pessoas com diabetes, também notaram que houve uma evolução nas unidades que aderiram ao PMAQ-AB, comparando a realidade avaliada no 1º ciclo para o 2º ciclo. Os autores observaram uma melhoria dos recursos físicos e materiais para o atendimento desse público.

Permanece no Brasil condições heterogêneas da qualidade na APS. O padrão de referência em qualidade é encontrado em um número reduzido de UBS, sendo concentrado nas regiões Sul e Sudeste (GIOVANELLA, *et al.* 2018). Ao analisar os componentes da avaliação externa do PMAQ-AB (1º ciclo) à RAS, Chaves *et al.* (2018) também notaram que as regiões Sul e Sudeste apresentaram, respectivamente, os maiores percentuais de eSF no nível de alta integração, isso é, que recebem mais apoio matricial e tem melhor contato com outros níveis da atenção à saúde. Ademais, observaram que essas equipes que recebem mais apoio têm melhor desempenho na certificação. Quando verificado por Souza *et al.* (2017), a coordenação do cuidado através dos dados do PMAQ-AB também se evidenciou que o apoio matricial, a troca frequente de informações entre especialistas e profissionais da AB são itens que facilitam o cuidado e colaboram para uma melhor certificação.

Todavia, outros estudos como os de Mota e David (2015) e Sossai *et al.* (2016) problematizaram algumas questões relacionadas ao programa. Os primeiros autores concluíram que o PMAQ-AB gera estímulo à relação competitiva entre equipes e à obtenção do reconhecimento por mérito, essencialmente relacionados à quantificação da produção e aos indicadores de resultados. Já os segundos autores, através de uma revisão integrativa da literatura, dizem que o programa tem caráter amplo e abstrato em muitos aspectos, com difícil implementação de seus preceitos, vista à variabilidade de práticas e diferentes formas de organização da gestão e do trabalho, no âmbito da AB. Adicionalmente, em outro estudo conduzido por Rodrigues, Santos e Pereira (2014) sobre a experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre, verificou-se que a região norte do Brasil possui peculiaridades que dificultaram a realização do programa, como por exemplo, falta de estradas entre municípios e dificuldade de comunicação, seja por via telefônica ou por *internet*. Esses fatos, corroboram para a dificuldade de estabelecer padrões de qualidade uniformes diante da diversidade social, demográfica e econômica do Brasil.

Em estudo conduzido por Neves *et al.* (2018), destaca-se que como os entrevistados estavam cientes que passariam por um processo avaliativo, há a possibilidade de superestimação de alguns resultados. Já a pesquisa de revisão feita por Sossai *et al.* (2016) sugere que os profissionais que fizeram adesão ao PMAQ-AB não foram envolvidos na fase de contratualização e desconheciam os objetivos, os princípios e as diretrizes do programa, o que pode ocasionar riscos à implementação de ações de melhoria da qualidade em saúde. Esse estudo aproxima do estudo feito por Telles *et al.* (2016) que também concluiu que há falta de conhecimento dos profissionais sobre o programa no seu 1º ciclo, em que grande parte dos entrevistados não conseguem reconhecer a metodologia de aplicação do programa. Como

fragilidades do programa, Macinko, Harris e Rocha (2017) abordam a limitação dos indicadores avaliados, esboçam a falta de alguns indicadores identificados como importantes como por exemplo: doenças respiratórias, vacinas para adultos e maior abrangência no rastreamento de cânceres, não restringindo somente ao câncer de mama e colo de útero.

Em resumo sobre as limitações metodológicas do PMAQ-AB, Giovanella *et al.* (2018) afirmam que os dados coletados têm como base informações prestadas por coordenadores de equipes, não sendo validados por outras fontes; também existe baixa representatividade amostral de usuários e uma vinculação de resultados às transferências financeiras. Sendo assim, para os mesmos autores, há tendência de produzir vieses de positividade das respostas e resultados provavelmente melhores do que a realidade.

Na perspectiva do Ministério da Saúde, os fatores que podem dificultar as mudanças desejadas com o PMAQ-AB são: precariedade da rede física; ambiência pouco acolhedora das UBS; inadequadas condições de trabalho para os profissionais; necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB; instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais; incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade; sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da RAS; baixa integralidade e resolutividade das práticas e financiamento insuficiente e inadequado da AB (BRASIL, 2015b).

Pinto, Sousa e Ferla (2014) destacam que no 2º ciclo do programa houve uma altíssima adesão das eSF quando comparado ao 1º ciclo, chegando no 2º ciclo, a 90% das equipes do país. Entretanto, também realçam que no 1º ciclo houve um teto previamente definido de eSF participantes, enquanto no 2º ciclo todas as eSF, os NASF e os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) puderam participar. Já no 3º ciclo, de acordo com o Ministério da Saúde, houve a participação de 38.865 eSF, o que representa 93,9% das equipes do país (BRASIL, 2017c). O aumento do número de municípios e equipes participantes do PMAQ-AB ao longo de seus três ciclos ratifica o compromisso dos gestores e profissionais na busca da melhoria do acesso e qualidade dos serviços de AB no país. Em relação aos recursos financeiros, Macinko, Harris e Rocha (2017), mostram que o PMAQ-AB levou a um aumento em investimento federal em infraestrutura e incentivos de desempenho na APS de R\$ 770 milhões em 2011/12 para R\$ 4,2 bilhões em 2014/15.

As inovações do 3º ciclo representaram mudanças positivas:

[...] estamos aprimorando o processo de seleção dos entrevistadores. Fizemos entrevistas muito mais qualificadas com essas pessoas e, hoje, estamos preparando o domínio deles quanto aos instrumentos e ao que é o PMAQ e a AB, o que mostra evolução do Programa (BRASIL, 2017c).

Embora não haja um modelo perfeito para programas de incentivo e um instrumento ideal para a avaliação do cuidado na perspectiva do usuário - haja visto a diversidade de contextos geográficos, políticos, organizacionais e econômicos no Brasil - é relevante continuar melhorando o PMAQ-AB, posto que o programa teve fundamental importância para aumentar os investimentos e a qualidade da APS brasileira. No entanto, esse programa, apesar de seus avanços, em julho de 2019 foi descontinuado pelo Ministério da Saúde.

2.4 Satisfação do Usuário na Atenção Primária à Saúde

Qualquer programa proposto para melhoria da qualidade da APS, como é o caso do PMAQ-AB, tem como objetivo final o usuário, tanto em relação ao progresso de sua saúde, quanto na sua satisfação com o serviço prestado. Nesse sentido, a satisfação do usuário, embora não seja o único, constitui-se como um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde (FAUSTO *et al.* 2017; JORGE *et al.* 2007).

Seguindo essa tradição, o PMAQ-AB surge para reforçar essa concepção relacionada ao usuário, além de avaliar a qualidade dos serviços. O programa tem como um dos elementos centrais da avaliação externa verificar a satisfação/percepção do usuário. Esse elemento relativo ao usuário encontra-se no Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, sendo que quatro usuários pertencentes a cada eSF foram entrevistados (PROTASIO *et al.* 2017a). O PMAQ-AB pode ser visto, também, em seu papel de elevar a escuta da opinião de trabalhadores, gestores e, em especial, usuários à condição de elemento legítimo na definição de que rumos dar aos serviços e práticas de saúde na AB. Além disso, o estudo de Freitas *et al.* (2017) evidenciou que 80,3% dos profissionais da APS entrevistados afirmaram que as mudanças geradas pelo programa contribuíram para aumentar a satisfação dos usuários. Estudar a satisfação do paciente no contexto da APS tem grande relevância, visto que é o local mais frequente de contato e aonde há coordenação para outros níveis do sistema de saúde (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2016).

A avaliação da satisfação do usuário analisa as relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde, fortalecendo a participação da comunidade nos processos de planejamento das ações, ampliando os direitos dos cidadãos e os envolvendo como corresponsáveis na

produção de cuidado em saúde (CALLOU FILHO *et al.* 2017; JORGE *et al.* 2007; PINHEIRO e MARTINS, 2009; PROTASIO *et al.* 2017b). Nesse sentido, Cruz e Brutscher (2018), consideram a importância de se abrir as portas das unidades de saúde para os usuários participarem da vida e da dinâmica do serviço, de forma a adequá-lo à sua realidade.

O controle social no âmbito do SUS, por mediação da participação popular nos processos de planejamento e avaliação da gestão, foi iniciado no Brasil na década de 1990 (BRASIL, 1990). Essas mudanças ocorreram em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, de luta por direitos, especialmente civis e políticos e da universalização do direito à saúde (JORGE *et al.* 2007). Apesar da participação popular ser um princípio doutrinário, assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), ainda há dificuldades na efetivação (CAMPOS *et al.* 2014).

Indivíduos satisfeitos são mais adeptos às prevenções e tratamentos, sendo mais propensos a ter melhor cuidado com a saúde e melhor qualidade de vida (BASTOS e FASOLO, 2013; BRANDÃO, GIOVANELLA e CAMPOS, 2013; CALLOU FILHO *et al.* 2017; ESPEREDIÃO e TRAD, 2006; JORGE *et al.* 2007).

A satisfação do usuário é compreendida como a percepção e avaliação sobre dimensões definidas dos serviços de saúde (CASTRO *et al.* 2008). Conforme mencionada por Brandão, Giovanella e Campos (2013), a satisfação do usuário é um processo dinâmico que pode ser influenciado por uma série de fatores como percepção do estado de saúde e da doença, crenças, características sociodemográficas e envolve diversos aspectos de atenção. Ela também pode estar associada às relações interpessoais, entre profissionais e usuários e aos aspectos da infraestrutura e recursos materiais dos serviços. A satisfação recebe ainda interferência das características individuais, como por exemplo: sexo; idade; etnia; dentre outros (SANTOS *et al.* 2015).

Por receber diversas influências, o termo ‘satisfação’ se mostra vago, por envolver-se em realidades individuais, múltiplas e diversas. Os níveis de satisfação são formados, de acordo com a Teoria Centrada na Satisfação do Paciente, através da diferença entre as expectativas do cuidado e a experiência do cuidado vivenciada. Ou seja, “[...] quanto maior for a discrepância entre as expectativas e a experiência do cuidado, maior será a satisfação ou insatisfação com o serviço de saúde” (BRANDÃO, GIOVANELLA e CAMPOS, 2013, p. 111).

Desde o tempo de Hipócrates existe uma inquietação em relação à busca do melhor para o paciente, com a garantia de qualidade na assistência sanitária (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2016). Na revisão bibliográfica em revistas indexadas pelo MEDLINE entre 1970 a 2005, Esperidião e Trad (2006) aferiram que os estudos de satisfação de usuários ganharam destaque,

principalmente, nos Estados Unidos e Inglaterra na década de 1970, inseridos no paradigma do consumismo e da cultura da qualidade. Já no Brasil os mesmos autores afirmam que os estudos se desenvolveram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social do SUS. Recentemente, essa preocupação permanece no cotidiano da boa prática clínica e é considerado um componente significativo na qualidade do cuidado.

Estudos e ferramentas sobre a avaliação da APS podem evidenciar dificuldades ou facilidades dos serviços de saúde em alcançar as expectativas e necessidades dos usuários, contribuindo para a gestão em saúde no planejamento das melhores estratégias para garantia da satisfação e, principalmente, da qualidade do serviço.

Em fevereiro de 2011 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), realizou pesquisa domiciliar para verificar como a população avalia serviços de utilidade pública. Dentre os serviços analisados, o atendimento das eSF foi avaliado como bom ou muito bom por 80,7% dos entrevistados (IPEA, 2011).

O estudo de Protasio *et al.* (2017b), que analisou a satisfação do usuário por regiões do Brasil no 1º ciclo do PMAQ-AB, verificou que 36.027 (76,7%) dos usuários foram classificados como satisfeitos e 10.964 (23,3%) como insatisfeitos no Brasil. Sendo que essa satisfação foi diferente entre as regiões, Centro-Oeste: 661/22,5% insatisfeitos e 2.280/77,5% satisfeitos, Nordeste: 4.374/28,5% insatisfeitos e 10.950/71,5% satisfeitos, Norte: 936/36,8% insatisfeitos e 1.608/63,2% satisfeitos, Sudeste: 3.679/19,9% insatisfeitos e 14.832/80,1% satisfeitos, e Sul: 1.314/17,1% insatisfeitos e 6.357/82,9% satisfeitos. Também foi possível notar que os fatores que contribuem para o aumento da satisfação dos usuários variam pelas regiões, por exemplo: à distância da UBS até a casa do usuário é importante para satisfação dos usuários somente nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul; o período de funcionamento da UBS em cinco dias da semana só foi importante para os usuários do Nordeste, dentre outros. Já o quesito de resolver as necessidades/problemas na própria UBS tem associação com a satisfação em todas as regiões. Ademais, o estudo concluiu que a satisfação do usuário está mais associada à assistência humanizada do que as condições estruturais e de funcionamento das unidades de saúde. Nesse contexto, a mesma pesquisa revela dados sobre a opinião de usuários às questões relacionadas ao acolhimento, que é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), voltada para o atendimento ancorado na escuta respeitosa, em processos comunicacionais e na resolutividade (BRASIL, 2004). Perguntados se ‘na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?’, 66,5% afirmaram que sim. Quando perguntados sobre o que achavam da forma

como eram acolhidos e recebidos ao procurar o serviço, 27,2% avaliavam como muito boa, 56,6% como boa, 14,5% como regular e apenas 1,5% com ruim e muito ruim.

Abreu *et al.* (2018) também utilizaram dados secundários do PMAQ-AB e descobriram que a grande maioria (78,9%) classificou o atendimento como “bom” ou “muito bom”, 19% como “regular” e 2,1% como “ruim” ou “muito ruim”. Esse alto grau de satisfação é apontado em muitos estudos (BRANDÃO, 2011; ESPEREDIÃO e TRAD, 2006; GOMES e PINHEIRO, 2005; MEDEIROS *et al.* 2010; PAIVA *et al.* 2015). Apesar da avaliação dos usuários ser positiva, Abreu *et al.* (2018) notaram que existem problemas na assistência recebida pelos usuários, de acordo com os atributos da APS selecionados pelos autores: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. O atributo acessibilidade apontou que a falta de médico e maior tempo de espera foram causadores de insatisfação, enquanto que a possibilidade de o paciente ser escutado sem ter hora marcada foi um critério associado ao aumento da satisfação. Sobre os fatores relacionados à integralidade verificou-se que há forte associação entre a resolução de problemas pela a equipe e a melhora na percepção do usuário. Descobriu-se ainda que a longitudinalidade, que engloba vínculo e responsabilização e a coordenação do cuidado também possuem impacto positivo sobre a avaliação do usuário quanto á APS.

Em outro estudo feito por Bastos e Fasolo (2013), que analisou a satisfação com a última consulta médica em um distrito de baixa renda do município de Porto Alegre, também concluiu que usuários que são tratados com gentileza, empatia e respeito, ou seja, com práticas humanizadas, têm maior chance de ficarem satisfeitos. Já em todo território brasileiro, o nível de satisfação diminui em 27% quando os profissionais de saúde raramente ou nunca fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde do usuário. Há ainda uma associação significativa entre a satisfação e o tempo de consulta, entre ser consultado sempre pelo mesmo profissional e entre o profissional conhecer o usuário (PROTASIO *et al.* 2017a). Para Jorge *et al.* (2007), os elementos constituídos do campo relacional também foram considerados como os principais determinantes da satisfação, sendo os aspectos técnicos profissionais, organizacionais e estruturais relegados ao segundo plano.

Essa importância na relação profissional-usuário também foi identificada na Espanha, aonde os itens que tiveram ligação com a disposição para escutar e a facilidade de fornecer explicações pelos profissionais estiveram como facilitadores da satisfação dos usuários (MURILLO e SAURINA, 2013). De modo geral, os pacientes de diversos países da Europa também classificaram como muito positiva essa relação (GROL *et al.* 2000). No Japão, uma pesquisa notou relação da satisfação com a capacidade que o indivíduo tem em compreender

informações e cuidados clínicos. Diante disso, quando o paciente obtém boa compreensão, que é diretamente influenciada pelo modo do atendimento, melhor será sua experiência vivenciada e, conseqüentemente sua satisfação (AOKI e INOUE, 2017). Também foi evidenciado que os japoneses que tinham fontes regulares de cuidado, vinculados à uma assistência de cuidados primários, estavam mais inseridos nos atributos de longitudinalidade e integralidade, contribuindo no entendimento de cuidados e na satisfação. Mesmo em uma realidade de implementação recente e lenta de cuidados primários, como é o caso da China, foi possível verificar a contribuição do vínculo/continuidade para satisfação dos usuários. O estudo publicado por Kuang *et al.* (2015) fornece evidências de que o uso de serviços baseados em práticas familiares à saúde está associado com melhor qualidade dos cuidados primários e melhor satisfação do usuário ao se comparar com as práticas individuais.

Em uma pesquisa exploratória feita em uma UBS com 53 usuários, em um município de porte médio do Rio Grande do Norte, apurou-se que 79,2% consideram o atendimento satisfatório, pois resolveram lá mesmo os seus problemas (MEDEIROS *et al.* 2010). Em relação aos que classificaram como ruim ou péssimo a justificativa está ligada a estrutura física e não à relação com os profissionais, o que reforça o evidenciado no estudo de Protasio *et al.* (2017b) e Bastos e Fasolo (2013). Corrobora também com essa ideia os dados de Brandão, Giovanella e Campos (2013) que entrevistaram 289 usuários no município do Rio de Janeiro através do instrumento *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) que obtiveram como melhor indicador a ‘Relação e Comunicação’, isso é, a relação entre usuário e profissional.

Outro estudo que igualmente destaca a relação profissional-usuário é o de Callou Filho *et al.* (2017), no qual foram entrevistados 301 usuários de duas UBS do município de Fortaleza. Encontrou-se que 82,1% dos participantes dizem-se satisfeitos com o atendimento prestado por profissionais, enquanto somente 56,5% consideraram que as UBS tinham infraestrutura adequada. Santiago *et al.* (2013), Gouveia *et al.* (2011) e Cotta *et al.* (2005) do mesmo modo, evidenciaram que o trabalho dos profissionais é o componente melhor avaliado pelos usuários e as condições das unidades de saúde e tempo de espera para marcação de consultas especializadas como os maiores fatores de insatisfação. Vieira *et al.* (2016) aborda que no cenário do estado do Pará essa realidade também é semelhante, pois 56,3% dos usuários perceberam o cuidado como bom; todavia, 53,2% sentiram-se prejudicados em algum momento com a falta de material ou equipamento. Ou seja, a escassez de recursos materiais pode influenciar na avaliação feita do cuidado prestado.

A avaliação de mães ou responsáveis quanto à atenção prestada às crianças menores de um ano no município de Cuiabá, reafirmou que a satisfação oferecida pela estrutura da unidade foi considerada regular, enquanto que com o atendimento profissional foi considerada boa (MODES e GAÍVA, 2013). Adicionado a isso, inclui-se o tempo de duração da consulta, sendo que quanto maior a duração da consulta, menor a insatisfação (COTTA *et al.* 2005). Esses resultados podem indicar que investimentos apenas em infraestrutura e novas tecnologias não necessariamente aumentam a satisfação.

Vale destacar que o cuidado em saúde é gerado por interações humanas e incluem o envolvimento entre ambas as partes, compreendendo: o acolhimento; a escuta; o respeito e a preocupação com a história de vida do sujeito (PINHEIRO e MARTINS, 2009). Sendo assim, como reitera os próprios autores, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades.

A pesquisa realizada por Gomide *et al.* (2018) analisou qualitativamente os usuários classificados como não urgentes em serviços de ponto-atendimento que aguardavam por uma consulta médica no município de Ribeirão Preto. Essa pesquisa tentou verificar quais os motivos dos pacientes não urgentes terem procurado um serviço de urgência ao invés da APS. Os motivos identificados que contribuem para a insatisfação com o acesso e acolhimento da APS naquela cidade foram: longa espera pelo atendimento de consultas; demora no agendamento de consultas; situação de não atendimento à demanda espontânea; questões relacionadas à falta de exame físico por parte do profissional médico; quando o usuário não se sentiu acolhido; baixa densidade tecnológica da APS; rotatividade e falta de médico. Para os autores, os resultados demonstram que a satisfação está mais vinculada ao modelo biomédico, que é limitado diante das diversas possibilidades que a APS tem para oferecer. Em outra pesquisa também com abordagem qualitativa sobre a satisfação, realizada em um município de grande porte de São Paulo, os autores elencam alguns dos maiores problemas evidenciados pelos usuários. Os problemas identificados, da mesma forma, são direcionados ao modelo biomédico. Sendo esses: falta de profissionais médicos, pois para muitos usuários o acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico; a falta de possibilidade na escolha do médico de referência; dificuldade de marcação de consultas com especialista e a demora na realização de alguns exames (CAMPOS *et al.* 2014).

Em relação ao sexo masculino, é conhecido que há menor prevalência de atendimentos a esse público na APS. Esses, geralmente, procuram atendimento quando apresentam alguma doença aguda ou crônica, participando menos de atividades preventivas e educativas. Para justificar essa menor prevalência Santiago *et al.* (2013) reitera o maior vínculo do homem com

o trabalho e pela não priorização das atividades do PSF voltadas ao gênero masculino. Diante disso, Gomes *et al.* (2011) expressa dois desafios: ações para que segmentos masculinos procurem os serviços de atenção básica em saúde e adequação dos serviços de saúde às demandas dos homens que procuram esses serviços. Na maioria dos estudos analisado sobre a satisfação dos usuários (ABREU *et al.* 2018; COTTA *et al.* 2005; JORGE *et al.* 2007; MEDEIROS *et al.* 2010; SANTIAGO *et al.* 2013), dentre eles os que usaram dados secundário do PMAQ-AB (ALBUQUERQUE, *et al.* 2014; PROTASIO *et al.* 2017), as mulheres representavam a maior parte dos participantes, o que pode também ser comprovado pela revisão de literatura feita entre 2000 e 2013 que analisou 14 artigos sobre a AB sob a ótica dos usuários, todos com predominância de participantes do sexo feminino (PAULA *et al.* 2016).

Em se tratando de usuários homens as publicações sobre satisfação nas bases de dados encontram-se bastante reduzidas. Todavia, localizou-se uma pesquisa conduzida por Silva *et al.* (2018), focada no sexo masculino, na qual foram entrevistados 301 homens utilizando o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) na cidade de Teresina, capital do Piauí, e descobriram que a maior parcela da população masculina que procura atendimento na APS tem idade superior a 40 anos. Dentre os atributos observados para a avaliação do serviço, o escore médio foi de 6,6. Dessa maneira, o estudo concluiu que os homens participantes fizeram uma avaliação insatisfatória da APS. Sendo que os atributos menores classificados foram a acessibilidade e os serviços prestados, o que salienta a necessidade de flexibilização dos horários de atendimento e a inclusão de atividades educativas e programas específicos para esse público. Essa constatação da falta de participação em atividades educativas não é exclusiva do sexo masculino. Jorge *et al.* (2007) notou que as equipes da ESF estão de certa forma reproduzindo o modelo biomédico, com ações voltadas para cura e tratamento, pois observou que somente 20,9% dos indivíduos de sua pesquisa foram solicitados a participar de sessões educativas, se sentindo insatisfeitos em relação a esse indicador.

Outro estudo conduzido por Gomes *et al.* (2011), que também analisou a satisfação sob a ótica dos indivíduos do sexo masculino, porém como uma abordagem qualitativa, evidenciou que os homens procuravam o serviço da AB por motivos de doença, com pouca ou nenhuma procura por ações preventivas. Houve valorização por parte dos usuários do sexo masculino do atendimento voltado às questões de humanização e comunicação, e identificou-se como problema o tempo de espera para conseguir atendimento.

Quando avaliado somente usuários do sexo feminino no município de Serra no Espírito Santo, Lima *et al.* (2015), obteve-se as menores médias na acessibilidade, coordenação e integração dos cuidados, integralidade do serviço prestado e orientação comunitária, nessa

ordem. O acesso, relacionado ao grau de afiliação recebeu a maior média e para Espiridião e Trad (2006) é um atributo bastante valorizado pelos usuários. Igualmente, para Paiva *et al.* (2015) o acesso foi a condição mais relevante na satisfação, seguido da relação usuário-profissional e informação transmitida pelo profissional. É significativo expor que apesar dos usuários terem facilidade com o acesso ao serviço, ou seja, relativo à sua utilização, a acessibilidade, que vai além, tida como adequação entre oferta e demanda, disponibilidade, tempo de espera e inadequação de horários é evidenciada como um quesito de insatisfação.

No estudo de Brandão, Giovanella e Campos (2013) como piores indicadores obteve-se a organização do serviço, acesso, principalmente para conseguir consultas e exames especializados e o tempo de espera para atendimento, entendido nesse contexto como acessibilidade. Fortalece essa ideia, quando identificado que o tempo de espera para atendimento teve forte associação com a avaliação do usuário (ABREU *et al.* 2018; GOUVEIA, *et al.* 2011).

Quando se refere à espera por consultas especializadas, os resultados encontrados por Santiago *et al.* (2013) e Arakawa *et al.* (2012) inferiram que esse aspecto é o maior causador de insatisfação. Diante disso, é constante a evidência de insatisfação relacionada ao fluxo dos pacientes, principalmente para alta e média complexidade. Nos municípios do Sul de Minas Gerais, Silva e Fraccolli (2014), utilizando o instrumento de avaliação PCATool, também encontraram como pior atributo a acessibilidade, principalmente em relação ao horário de atendimento do serviço e os meios de comunicação com a UBS. Mesmo em estudo de satisfação qualitativo, como foi o caso do realizado por Mishima *et al.* (2016) identificou-se que os usuários consideram fácil o acesso à UBS, devido à proximidade de casa. Não obstante, no estudo conclui-se que morar perto não influencia diretamente na acessibilidade, pois o tempo de espera, horário de funcionamento, continuidade de atenção em outros níveis, falta de recursos como: medicações; vacinas; exames e outros, contribuem para uma maior insatisfação.

Ao confrontar a acessibilidade na realidade brasileira com alguns outros países, como é o caso do Canadá, constata-se que temos muito o que evoluir. O estudo de Carroll *et al.* (2016) feito no Canadá obteve resultados altos de satisfação em relação ao acesso, não obstante reiteram que há espaço para melhoria dessa condição, melhorando a comodidade da acessibilidade. Para isso, sugerem a intensificação do acesso telefônico nas 24 horas do dia, funcionamento dos serviços 7 dias por semana, a implementação de agendas abertas e da disponibilidade dos usuários obterem aconselhamento médico por e-mail. As informações aqui discutidas exteriorizam que a população após conseguir o acesso a um serviço de saúde tende

a avaliar de maneira positiva os serviços recebidos e que as maiores insatisfações se expressam na obtenção de um atendimento e no tempo de espera por isso.

Ao comparar a diferença de satisfação entre os sexos, o estudo de Protasio *et al.* (2017a), descobriu que ser mulher aumenta a chance de um usuário de ser satisfeito em 17% em comparação ao sexo masculino. Um estudo conduzido na Espanha também identificou que as mulheres estavam mais satisfeitas que os homens com serviços oferecidos pela APS (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2016). Contudo, outro estudo também feito na Espanha, identificou uma porcentagem ligeiramente maior de satisfação nos homens (SERRANO-DEL ROSAL e LORIENTE-ARÍN, 2008). Bastos e Fasolo (2013), Gomes *et al.* (2011) e Silva, Menezes e Dias (2014), não observaram diferenças na satisfação entre os sexos. Por meio desses resultados, percebe-se, então, que as opiniões expressas pelos usuários sobre as causas de satisfação e insatisfação não se diferenciam necessariamente em uma perspectiva de gênero, os problemas identificados tanto na visão do público feminino, quanto na visão do público masculino convergem.

Quando analisado a percepção dos idosos sobre a qualidade na APS, diversos estudos observaram que quanto maior a faixa etária maior a satisfação com os serviços de saúde (BASTOS e FASOLO, 2013; BRANDÃO, GIOVANELLA e CAMPOS, 2013; CALLOU FILHO *et al.* 2017; GROU *et al.* 2000; NIGENDA-LOPÉZ *et al.* 2013; OLESZCZYK *et al.* 2017; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2016; SANTIAGO *et al.* 2013; SILVA, MENEZES e DIAS, 2014). Posto isso, Protasio *et al.* (2017a), refere que em cada incremento de 10 anos da idade do usuário, a chance de ser satisfeito aumentou em 11%. Os pesquisadores justificam esse fato devido aos usuários mais velhos utilizarem mais os serviços de saúde, aumentando o vínculo com os profissionais, como também, por utilizarem não só para tratar seus problemas de saúde específicos, mas também para outras necessidades. Já Melo Dotto *et al.* (2016) acreditam que esta faixa etária detém maior satisfação, pelo fato de terem mais tempo disponível para acessar o serviço e por terem políticas que preconizam o atendimento prioritário aos idosos. No estudo realizado na cidade do México com 181 idosos, que são atendidos em espaços físicos localizados dentro da APS, chamados Módulos Gerontológicos, observou-se que 53% dos indivíduos foram classificados como satisfeitos, 34,3% como razoavelmente satisfeitos e 12,7% como insatisfeitos (NIGENDA-LOPÉZ *et al.* 2013). Utilizando o instrumento PCATool, Araújo *et al.* (2014), obteve como resultado a nota média de 5,7 em 10 na satisfação dos idosos com os serviços ofertados nas UBS do município de Macaíba no Rio Grande do Norte. Já na avaliação por atributos específicos da APS o pior resultado ficou com “Orientação Familiar” = 4,1 em 10 e o melhor ficou com a “Longitudinalidade” = 7,3 em 10. Todavia, esse último estudo

avalia que os idosos, de modo geral, relataram que o atendimento recebido na APS foi apenas mediano, havendo uma grande margem para melhoria.

Vários estudos comprovam que os fatores relacionados ao contexto socioeconômico também influenciam o percentual de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde (BLEICH, ÖZALTIN e MURRAY, 2009; GOUVEIA *et al.* 2009; HALL e DORNAN, 1990; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2016; SERRANO-DEL ROSAL e LORIENTE-ARÍN, 2008). Nesse sentido, maior gasto com saúde e maior PIB foi associado ao aumento da satisfação da população (BLEICH, ÖZALTIN e MURRAY, 2009; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017). As características socioeconômicas podem influenciar nos padrões de utilização dos serviços. Pessoas com melhores condições socioeconômicas podem ter mais facilidade em obter cuidados em saúde em relação aos mais pobres (ALMEIDA *et al.* 2017). Além dessa associação, foi visto por Travassos e Castro (2008) que pessoas com maior renda e escolaridade tendem a perceber melhor suas necessidades de saúde e procurar por atendimento.

No âmbito internacional, uma pesquisa comparativa feita entre cinco nações: Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos indicou que cidadãos com rendimentos abaixo da mediana nacional eram mais prováveis de estar insatisfeitos com os serviços de saúde, sendo que cidadãos dos Estados Unidos de baixa renda relataram mais dificuldade de obter cuidados do que suas contrapartes nos outros quatro países (BLENDON *et al.* 2002). Talvez essa variação, segundo os autores, ocorreu devido ao fato desses quatro países possuírem sistemas universais gratuitos, enquanto os Estados Unidos não. Hall e Dornan (1990) também viram associação entre maior *status* social e satisfação. Pérez-Romero *et al.* (2017) identificaram na Espanha associação entre comunidades com baixa escolaridade e desemprego com menor satisfação. Em uma abordagem mais ampla, com oito países europeus, também se observou que a alta taxa de escolaridade causou maior satisfação (PETEK *et al.* 2011). Contraditoriamente, apesar do estudo de Hall e Dornan (1990) e de Bleich, Özaltin e Murray (2009) apresentarem maior índice de satisfação em indivíduos com maior renda, os indivíduos com menor grau de escolaridade foram mais satisfeitos. Sobretudo, Serrano-del Rosal e Lorient-Arín (2008) a respeito da escolaridade não encontraram relação estatisticamente significativa.

No Brasil a maioria dos estudos aponta outra tendência - os usuários de camadas mais populares são mais satisfeitos com os serviços e quanto maior a escolaridade, maior a insatisfação (BRANDÃO, GIOVANELLA e CAMPOS, 2013; BULGARELLI, *et al.* 2018; COTTA *et al.* 2005; SANTIAGO *et al.* 2013). Esperidião e Trad (2006) explicam isso reiterando que a população mais pobre é menos exigente e fica satisfeita com padrões mínimos

humanitários e com a disponibilidade de insumos básicos. Entretanto, Silva, Menezes e Dias (2014) observaram o contrário no estudo feito no município de Montes Claros-MG. Do mesmo modo o estudo de Gouveia *et al.* (2009) no quesito escolaridade também verificou o contrário, ter baixa escolaridade gerou mais chance de insatisfação com relação ao sistema de saúde brasileiro. Isso pode ser entendido pelo fato desse último estudo ter comparado satisfação de usuários tanto do sistema público como do privado. Sendo assim, é alertado por Bastos e Fasolo (2013) que indivíduos com maior renda buscam mais serviços particulares, nos quais são maiores os índices de satisfação. O propósito de buscar os serviços de saúde da rede privada está associado a ideia de uma maior segurança no atendimento em relação à rede pública (BÓS e BÓS, 2004). No quesito renda, Protasio *et al.* (2017a) também contradizem ao encontrarem que usuários que não tem emprego remunerado apresentam 15% menos chance de ser satisfeito com o sistema de saúde quando se comparado aos que estão empregados. Esse resultado também corrobora com o de Novaes *et al.* (2010), feito em uma região do Distrito Federal, no qual descobriu que a satisfação aumenta proporcionalmente à renda.

Outro fator associado ao grau de satisfação dos usuários é a autopercepção da saúde. Gouveia *et al.* (2009) encontrou no Brasil, que quanto menor a autopercepção de saúde, menor seria a satisfação em relação ao sistema de saúde. Análogo à realidade brasileira, estudos internacionais também identificaram essa aproximação (BLEICH, ÖZALTIN e MURRAY, 2009; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2016; PETEK *et al.* 2011).

É importante ressaltar que a maioria dos estudos sobre satisfação dos usuários foi realizado dentro dos serviços da APS, o que podem acarretar constrangimento e viés dos achados. Abreu *et al.* (2018) e Fausto *et al.* (2017) reiteram que no caso da avaliação externa do PMAQ-AB pode ter ocorrido um viés de seleção, pois os usuários foram entrevistados dentro das UBS; dessa forma, já tinham acessado o serviço. Além do mais, também afirmam que as equipes que aderiram ao programa poderiam ser as mais organizadas, comparadas com aquelas que não aderiram.

Sabe-se também que quanto maior a frequência com que o usuário é atendido na APS, mais bem avaliado é o serviço de saúde, possivelmente, pela construção de vínculo com a equipe da ESF (SILVA, *et al.* 2018). Alguns autores, Hollanda *et al.* (2012) e Mishima *et al.* (2016), ainda apontam a possibilidade do chamado viés de gratidão, sentimento causado quando o usuário consegue o atendimento, fazendo com que alguns problemas relacionados ao atendimento fiquem em segundo plano. Já para Protasio *et al.* (2017b), o elevado nível de satisfação do usuário pode ser justificado pela alta quantidade de fatores que influenciam a satisfação do usuário que estão diretamente relacionadas ao cuidado humanizado pautado pela

eSF. De acordo com Serapioni (2009), a maioria das pesquisas realizada, em nível internacional, são criticadas por apresentarem sérios vieses conceituais e metodológicos, gerando alto índice de satisfação.

O Ministério da Saúde salienta que toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos (BRASIL, 2017). Essa afirmação tem relação com a garantia de direitos dos usuários presentes na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007) e pode ser avaliada segundo Esperidião e Trad (2006) como parte dos aspectos humanitários da relação médico-paciente. Mesmo com essa premissa, o trabalho de Fausto *et al.* (2017), Protasio *et al.* (2017) e Santiago *et al.* (2013) revelaram que os usuários se sentiram insatisfeitos por não conseguirem expressar sua opinião nas UBS. A insatisfação com a possibilidade de fazer reclamações ou sugestões sugere dificuldade em admitir o usuário como ator fundamental para o processo de avaliação dos serviços prestados pelas unidades.

2.4.1 Satisfação do Usuário no contexto do Reino Unido

No âmbito de satisfação dos usuários, países como a Inglaterra estão em franco progresso. A reforma do sistema de saúde na Inglaterra, realizada no ano de 2000, estipulou como objetivos: oferecer uma ampla gama de serviços e adaptá-los às necessidades e preferências do paciente; responder às diferentes necessidades das diferentes populações, melhorar a qualidade dos serviços e minimizar os erros (NHS, 2000). Dessa forma, durante a reforma, o sistema de saúde inglês considerou que faltava uma visão genuinamente centrada no paciente, na qual os serviços sejam pensados a partir de necessidades, estilo de vida e aspirações pessoais e que seria preciso os serviços se adaptarem ao paciente, não o contrário (NHS, 2000).

Há, então, segundo Baldie *et al.* (2018), uma preocupação nesse país com a divulgação pública da qualidade do atendimento, no qual o *feedback* dos pacientes sobre experiências de cuidados de saúde é necessário para aumentar a transparência e a responsabilização dos cuidados de saúde. Isso quer dizer que a política da Inglaterra pressupõe que esse compartilhamento do *feedback* dos pacientes com as equipes melhorará práticas futuras de cuidado.

Dados recentes de uma importante pesquisa nacional de inquérito com pacientes na atenção primária na Inglaterra (GPPS, 2019a) procurou identificar os aspectos das experiências dos pacientes que são importantes fatores que impulsionam a satisfação geral com atenção primária. Esses dados são facilmente encontrados e acessíveis para qualquer pessoa pela

internet. Através do site (<https://www.gp-patient.co.uk/>) pertencente ao sistema de saúde do Reino Unido é possível verificar os resultados da satisfação dos usuários de forma geral e por unidade de saúde, sendo possível comparar a qualidade dos serviços oferecidos por cada unidade. É possível encontrar dados de inquéritos que foram iniciados desde 2007, sendo que a partir de 2018 o questionário utilizado foi significativamente reformulado. Além disso, foi em 2018, que pela primeira vez a amostra incluiu usuários de 16 e 17 anos.

Participaram do último inquérito, realizado na Inglaterra em 2019, um total de 770.512 pacientes, sendo que o questionário foi enviado para 2.328.560 de pacientes com 16 anos ou mais, registrados com algum *General Practitioner* (GP), o que gerou 33,1% de taxa de resposta (GPPS, 2019b). O questionário (GPPS, 2018) enviado que poderia ser respondido *online*, em papel e em diversas línguas, continha 68 questões, divididas em 8 temas a saber: local do serviço; marcando uma consulta; última consulta; experiência geral; sua saúde; quando sua clínica GP está fechada; odontologia do *National Health Service* (NHS) e algumas questões sobre o paciente. O inquérito mostrou que entre os entrevistados, 51,1% eram do sexo feminino e 48,9% do sexo masculino, a maioria na faixa etária entre 45 a 54 anos (17,7%), a grande maioria (76,7%) tinha nacionalidade inglesa, 75,1% não tinha filhos menores de 16 anos, 58,9% nunca tinham fumado, 90,5% eram heterossexual, 52,7% eram cristãos e grande parte (61,3%), estavam empregados ou eram estudantes (GPPS, 2019a). Em relação a saúde dos entrevistados, 81,8% não apresentou nos últimos 12 meses problemas de mobilidade física, quedas ou isolamento social; 81,3% não usavam mais de cinco medicamentos regularmente; 52,4% apresentavam alguma doença física ou mental (destaca-se problemas osteomusculares, hipertensão e problemas respiratórios); 90,2% não tiveram, nos últimos 12 meses, que serem internados devido sua condição de saúde.

Os resultados do inquérito evidenciaram o quão à frente do Brasil a Inglaterra encontra-se, principalmente, em relação à tecnologia para comunicação e acesso do paciente ao serviço de saúde. Dados mostram que 68,3% dos pacientes julgaram ser fácil a comunicação por telefone com sua clínica da APS. Além disso, é possível marcar consultas, renovar receitas e acessar ao prontuário via *internet*, 77% dos usuários apontaram ser fácil acessar o GP *website* (GPPS, 2019a). A grande maioria dos usuários (77,8%) agenda consulta para atendimento médico via telefone, 14,4% usaram aplicativos de *smartphones* ou outros canais eletrônicos, apenas 42,1% agendou pessoalmente e 10% não usou nenhuma dessas opções. Essas possibilidades são essenciais para melhoria da satisfação do usuário em relação a dois critérios fundamentais, acesso e marcação de consultas, como já visto em estudos anteriormente citados. Ao serem questionados especificamente sobre a experiência na marcação de consultas, o GPPS

(2019a) revela que 42% dos usuários ingleses gostariam que fosse marcada para o mesmo dia, 14,6% para o dia seguinte, 21% alguns dias depois, 3,8% uma semana ou mais e 18,6% não tinha um dia específico ou não soube opinar. A maioria (68,7%) conseguiu que sua consulta fosse marcada no mesmo dia, no dia seguinte ou alguns dias depois. Tendo em vista esses dados, 73,6% ficaram satisfeitos com as consultas que foram oferecidas e 67,4% descreveram sua experiência em marcar uma consulta como boa. O inquérito ainda concluiu que oferecer escolhas aos pacientes para marcação de consulta, causa um impacto positivo na satisfação (GPSS, 2019b).

Sobre o horário de funcionamento do serviço de saúde de atenção primária, 64,7% estão satisfeitos ou bastante satisfeitos, sendo que somente 42,7% precisou procurar por outro serviço de atendimento do NHS quando o serviço primário estava fechado (GPPS, 2019a). Quando comparado esse dado à alguns estudos realizados no Brasil (ALBUQUERQUE *et al.* 2014 e FAUSTO *et al.* 2014), pode-se dizer que o usuário brasileiro está mais satisfeito com o horário de funcionamento se comparado ao inglês.

No critério relação profissional de saúde e usuário os resultados encontrados no inquérito da Inglaterra coincidem com a literatura, que apontam alto grau de satisfação. Assim, 95,5% dos pacientes confiam no último profissional que o atendeu. Também foi feito a classificação da consulta com algum profissional da saúde em relação ao: 1) Tempo - 86,7% acharam muito bom ou bom o tempo dispendido pelo profissional; 2) Escuta - 88,9% acharam muito boa ou boa a escuta profissional e 3) Preocupação e Cuidado - 87,4% entenderam como muito boa ou boa a preocupação e cuidado oferecido pelo profissional (GPPS, 2019a). Outra pesquisa também conduzida na Inglaterra por Paddison *et al.* (2015) aponta que boa comunicação com o seu médico é talvez o elemento mais importante para melhoria da experiência do paciente na atenção primária.

O atendimento às doenças crônicas também foi considerado, no inquérito inglês, satisfatório - 78,4% dos usuários acharam que nos últimos 12 meses receberam apoio dos serviços locais para ajudá-lo a gerenciar sua condição de saúde. Todavia, 54,7% relatou que não teve uma conversa com um profissional de saúde para discutir o que é importante para o gerenciamento da condição crônica que possuía e quando teve essa conversa, 57,9% não recebeu uma cópia impressa deste plano de cuidados.

A satisfação geral com o atendimento prestado pela clínica da APS no inquérito também foi relevante, 82,9% identificaram como muito bom ou razoavelmente bom o atendimento, 10,6% considerou nem bom nem ruim, 4,4% razoavelmente ruim e apenas 2,1% muito ruim (GPPS, 2019a). É importante destacar que o usuário inglês parece ser mais satisfeito com os

serviços oferecidos na APS do que em outros níveis de atendimento, visto que quando a unidade de GP estava fechada, apenas 69,5% descreveu sua experiência como boa nos outros serviços.

Os resultados ainda determinaram até que ponto a satisfação varia entre os grupos, de acordo com características sociodemográficas. Houve uma variação considerável da satisfação de acordo com as regiões às quais pertenciam os GP. Entre os usuários que descreveram a experiência com o GP como boa, há uma variação de 69,1% a 92,1% de acordo com a região (GPPS. 2019b). Também houve uma variação da satisfação por região entre os usuários que demonstraram estar satisfeitos com o horário de funcionamento da unidade, variando entre 47,7% a 75,1%.

Outra pesquisa, realizada por uma agência de pesquisa social independente do Reino Unido – *NatCen Social Research* – mede e acompanha, desde 1983, mudanças nas atitudes sociais, políticas e morais das pessoas. Em 2017, os dados desse estudo (ROBERTSON, APPLEBY e EVANS, 2018), apontaram que a satisfação dos usuários com o NHS teve queda de seis pontos percentuais se comparado ao ano anterior, além de aumento de sete pontos percentuais da insatisfação. Sendo que a satisfação com os GP também teve queda, atingindo o nível mais baixo desde quando a pesquisa começou em 1983. As pessoas mais velhas, assim como é amplamente mencionado pela literatura, foram mais satisfeitas. Os principais motivos para a satisfação foram: qualidade do atendimento, gratuidade dos serviços ofertados, atitudes e comportamentos dos profissionais e a variedade dos serviços disponíveis. Já os principais motivos para a insatisfação foram: falta de profissionais, longos tempos de espera, falta de financiamento e reformas prestadas pelo governo.

Diante do exposto entende-se que as pesquisas de opinião dos pacientes são visíveis e regulares no NHS. Elas se tornaram relevantes para o sistema inglês, segundo Fitzpatrick (1991), à medida que argumentos científicos evidenciaram que a satisfação é importante para mensurar resultados, é um preditor para seguimento de tratamentos, é relacionada a melhoria da saúde e pode ser usada para organização ou prestação de cuidados em saúde.

2.5 Vulnerabilidade Social

A expressão “vulnerabilidade” tem origem na advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem e designava à grupos de indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos à cidadania (AYRES *et al.* 2003). Ao longo dos últimos anos, tem sido empregada em diversos campos do saber, sendo amplamente utilizada na literatura. Por isso, vem assumindo múltiplos significados e

complexidade conceitual. Não há consenso sobre a definição do termo na literatura, pois como pode se voltar para diferentes enfoques, vem adquirindo múltiplas definições, de acordo com o campo de saber em que é empregado (MARANDOLA JUNIOR. e HOGAN, 2006; SCHUMANN, 2014).

Segundo Prowse (2003) alguns autores abordam vulnerabilidade como ser susceptível à pobreza, outros como sintoma da pobreza e outros como dimensões da pobreza. Nesses enfoques, a temática da vulnerabilidade foi originalmente relacionada às questões econômicas; contudo, atualmente sabe-se que a insuficiência de renda representa apenas um dos fatores que colabora para o crescimento da vulnerabilidade social (JANCZURA, 2012; SCHUMANN, 2014). O entendimento do termo deve superar análises simplórias referentes à pobreza, isso porque é necessário compreender o entrecruzamento de seus fatores multicausais, como o desemprego, dificuldades de inserção social, enfermidades, violência, dentre outros (CANÇADO, SOUZA e CARDOSO, 2014). Nesse contexto, a pobreza não deve ser definida apenas por baixa renda, mas como: baixa escolaridade, más condições de habitação e assistência inadequada à saúde, dentre outros (DRACHLER *et al.* 2013). Cançado, Souza e Cardoso (2014) reiteram que é insuficiente pensar em soluções meramente econômicas para esse problema de ordem estrutural, que na maioria das vezes possui raízes profundas. Também afirmam que pessoas com nível socioeconômico semelhantes, podem vivenciar diferentes dimensões de exposição à riscos.

De acordo com Carmo e Guizardi (2018), o ser humano vulnerável, ao mesmo tempo, pode possuir ou ser apoiado para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição. Com base nessa última afirmação, os autores reforçam que não se trata, a vulnerabilidade, apenas de uma condição natural que não permite contestações.

Em saúde, o uso do termo vulnerabilidade começou no início dos anos 1980, com os estudos relacionados a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (MUNOZ SANCHEZ e BERTOLOZZI, 2006). Com a evolução e disseminação da epidemia houveram mudanças do perfil das pessoas atingidas que deixaram de enquadrar os “grupos de risco” e passaram a compor indivíduos mais susceptível ou vulnerável à doença. Assim, Carmo e Guizardi (2018) apontam que se passou a admitir que a suscetibilidade de contágio se devia mais a um conjunto de fatores econômicos, sociais e culturais do que ao comportamento individual. Portanto, o mais atual conceito de vulnerabilidade na saúde, supera o caráter individual e probabilístico de risco, pois aponta a vulnerabilidade como um conjunto de fatores que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos (MUNOZ SANCHEZ e BERTOLOZZI, 2006). Por muito tempo houve confusão entre os

termos “risco” e “vulnerabilidade”. Enquanto risco, segundo Janczura (2012), foi usado pelos epidemiologistas em associação a grupos e populações, a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas.

O conceito de vulnerabilidade social é utilizado pela assistência de modo semelhante ao da saúde, e é adjetivado pelo termo social, que indica a evolução do entendimento acerca das privações e desigualdades ocasionadas pela pobreza (CARMO e GUIZARDI, 2018; MONTEIRO, 2011). Para a assistência social, embora não seja determinante, a questão econômica é relevante. Pois, devido ao precário acesso à renda, os sujeitos ficam privados ou acessam com mais dificuldade os meios de superação das vulnerabilidades vivenciadas (CARMO e GUIZARDI, 2018).

Apesar das limitações para operacionalizar esse amplo conceito, foram criados diversos instrumentos para mensurar a vulnerabilidade. Sendo assim, no âmbito nacional foi lançado em 2013, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), buscando dimensionar o desenvolvimento humano nos municípios, utilizando as informações obtidas nos Censos Demográficos do IBGE – 1991, 2000 e 2010. Em 2015 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Fundação João Pinheiro (FJP) criou o IVS, com objetivo de dar destaque as diferentes situações de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários (IPEA, 2017 e 2015). O IVS foi o índice utilizado neste estudo e, por isso, será apresentado mais detalhadamente na sequência.

O conceito de “vulnerabilidade social” proposto pelo IVS parte do entendimento de que as vulnerabilidades sociais decorrem de processos sociais mais amplos, nos quais o indivíduo, por si só, não tem meios para agir e depende da ação de políticas públicas feitas pelo Estado para alterar suas condições (IPEA, 2018).

O IVS constitui como um instrumento para identificação das falhas de oferta de bens e serviços públicos no território nacional e se refere, principalmente, às três dimensões postuladas como essenciais para a garantia do bem-estar da população em geral. Essas dimensões são: Infraestrutura Urbana, Capital Humano e Renda e Trabalho (IPEA, 2015).

As dimensões avaliadas pelo IVS são oriundas de dados dos censos demográficos de 2000 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que cobrem diversos aspectos relativos às condições de vida da população (IPEA, 2018). O IBGE utiliza indicadores retirados da plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano Municipal (ADH) e para composição do IVS foram selecionados alguns indicadores dessa plataforma, explanados mais

adiante nesse estudo. A escolha do censo do IBGE foi devido a diversas análises, nas quais constatou-se que apesar dos dados serem mais limitados em termos temporais e de amplitude das informações, possuem a vantagem de serem de fonte única, com metodologia uniforme e mesma validade estatística e rigor em todo território nacional, considerando as diferenças das escalas territoriais (IPEA, 2018 e 2015). Ou seja, de acordo com o IPEA (2018), o IVS possui limitações no que tange a precisão setorial e amplitude do termo “vulnerabilidade social”, mas sua análise em séries históricas pode revelar tendências sociais e estruturais em determinado território e a efetividade das políticas públicas aplicadas. O mesmo documento (IPEA, 2018), ainda revela que os índices quando georreferenciados, possuem um elevado potencial de diálogo com gestores públicos e sociedade, permitindo uma interpretação quase imediata dos problemas e fragilidades encontrados nos territórios, pois evidenciam os graus de desigualdade existentes.

O IVS é calculado a partir da média aritmética dos três subíndices ou dimensões: “IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho. Cada um deles entra no cálculo do IVS final com o mesmo peso” (IPEA, 2015, p. 19). A dimensão Infraestrutura Urbana contempla a vulnerabilidade no campo de acesso a serviços de saneamento básico e mobilidade urbana; a dimensão Capital Humano está relacionada condições de saúde e acesso à educação; já a dimensão Renda e Trabalho agrupa indicadores relativos à insuficiência de renda familiar, fluxo de renda insuficiente que configuram uma insegurança das rendas familiares, como por exemplo: desemprego; ocupação informal; dependência dos membros da família da aposentadoria de um membro idoso e trabalho infantil (IPEA, 2018).

Cada subíndice ou dimensão se divide em um total de 16 indicadores, com pesos diferentes, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 3 - Subíndices, Indicadores e peso do IVS

(continua)

Subíndice	Indicadores	Peso
IVS Infraestrutura Urbana	a) Percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	0,300
	b) Percentual da população que vive em domicílios urbanos sem serviço de coleta de lixo	0,300
	c) Percentual de pessoas que vivem em domicílios com renda <i>per capita</i> inferior a meio salário mínimo e que gastam mais de uma hora até o trabalho no total de pessoas ocupadas, vulneráveis e que retornam diariamente do trabalho	0,400
IVS Capital Humano	a) Mortalidade até 1 ano de idade	0,125
	b) Percentual de crianças de 0 a 5 anos que não frequentam a escola	0,125
	c) Percentual de pessoas de 6 a 14 anos que não frequentam a escola	0,125
	d) Percentual de mulheres de 10 a 17 anos de idade que tiveram filhos	0,125

Quadro 3 - Subíndices, Indicadores e peso do IVS

(conclusão)		
Subíndice	Indicadores	Peso
IVS Capital Humano	e) Percentual de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de idade, no total de mães chefes de família	0,125
	f) Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade	0,125
	g) Percentual de crianças que vivem em domicílios em que nenhum dos moradores tem o ensino fundamental completo	0,125
	h) Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e possuem renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a meio salário mínimo (2010), na população total dessa faixa etária	0,125
IVS Renda e Trabalho	a) Proporção de pessoas com renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a meio salário mínimo (2010)	0,125
	b) Taxa de desocupação da população de 18 anos ou mais de idade	0,125
	c) Percentual de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	0,125
	d) Percentual de pessoas em domicílios com renda <i>per capita</i> inferior a meio salário mínimo (de 2010) e dependentes de idosos	0,125
	e) Taxa de atividade das pessoas de 10 a 14 anos de idade	0,125

Fonte: IPEA, 2018.

Como aponta o IPEA (2018), a dimensão Infraestrutura Urbana foi a única que teve indicadores com pesos diferentes, para equilibrar a utilização de dois indicadores de acesso ao saneamento básico (pessoas em domicílios sem coleta de lixo e com saneamento básico inadequado) com apenas um indicador que expressa as condições de mobilidade e acesso ao serviço de transporte. Também refere que foi para atenuar o efeito causado pelo fato de o indicador que mensura o tempo de deslocamento casa-trabalho ter sido coletado apenas em 2010, não estando disponível para o ano 2000.

O valor total do IVS varia de 0 a 1 e é inversamente proporcional às melhores condições de vida da população. Assim, quanto mais próximo do 1, maior é a vulnerabilidade social e pior as condições de vida da população que nele habita (IPEA, 2018 e 2015). Segundo o mesmo Instituto, IPEA (2018), a vulnerabilidade social varia por município de acordo com o IVS obtido: entre 0 a 0,200 (muito baixa), 0,201 a 0,300 (baixa), 0,301 a 0,400 (média) 0,401 a 0,500 (alta) e 0,501 a 1 (muito alta).

É relevante destacar alguns dos principais resultados do mapeamento da Vulnerabilidade Social realizado pelo IPEA em 2000 e 2010. Em 2000, conforme o IPEA (2015), o Brasil era um país de alta vulnerabilidade social e em 2010, observou-se uma queda de 26,9% no índice, tornando o país na faixa da média vulnerabilidade social (de 0,446 para 0,326). Sendo que a dimensão que mais evoluiu foi o IVS Renda e Trabalho, com queda de 34%, a dimensão Capital Humano reduziu 28%, enquanto a que menos evoluiu foi o IVS Infraestrutura Urbana, com apenas 16% (IPEA, 2018). Para o mesmo Instituto esse resultado

pode ser explicado pelo fato de o indicador que mede o tempo de deslocamento entre casa e trabalho estar disponível apenas para o ano de 2010, não tendo sido coletado no Censo de 2000.

Em relação as regiões brasileiras, em 2010 as regiões Norte e Nordeste eram as únicas na faixa de alta vulnerabilidade, enquanto as regiões Sudeste e Centro-Oeste estavam na faixa de média vulnerabilidade social e a região Sul na faixa de baixa vulnerabilidade (IPEA, 2018). A distribuição dos municípios com muita pobreza permanece concentrada no Norte e Nordeste, em 2010, tendo em vista sua maior redução no Sul e Sudeste (ALBUQUERQUE *et al.* 2017).

No mesmo documento do IPEA (2018), quando se analisa os municípios brasileiros entre o período de 2000 a 2010, observa-se uma expressiva diminuição na quantidade de municípios na faixa de alta vulnerabilidade, de 45,7% para 14,4%. Já o número de municípios nas faixas da alta e média vulnerabilidade social apresentou oscilações menos expressivas. Há concentração de municípios com muito alta vulnerabilidade social na região Norte, particularmente nos estados do Acre, Amazonas, Pará, Amapá e Rondônia, também na região Nordeste, nos estados do Maranhão, Alagoas, Pernambuco e algumas porções do território baiano (IPEA, 2018). Notou-se, então, avanços na redução da vulnerabilidade social de forma geral, porém permanece um quadro de desigualdades macrorregionais.

Nas últimas décadas, a literatura sobre determinantes sociais da saúde estabelece que diferentes condições socioeconômicas, raciais e étnicas, de gênero, de território, entre outros, são decisivas tanto para o aumento da exposição aos riscos no processo saúde-doença, como para limitação no acesso a recursos e serviços que auxiliam no enfrentamento das situações de adoecimento (BARROS *et al.* 2016; SIQUEIRA-BATISTA e SCHRAMM, 2005). Desse modo, o nível de riqueza influencia, diretamente, a situação de saúde. Certas populações, mais vulneráveis, têm maior demanda de recursos e menor acesso aos serviços que necessitam (DRACHLER *et al.* 2003; SCHMIDTLEIN *et al.* 2008). Todavia, estudos ingleses têm demonstrado que a posição dos indivíduos na organização social é determinante para a situação de saúde, independentemente do acesso a serviços de saúde e hábitos saudáveis (MURRAY, GAKIDOU e FRENK, 1999; ROSENBERG e WILSON, 2000). Parte considerável da população mundial está sujeita a um nível de pobreza que impede o atendimento às necessidades elementares (BARATA, 2001).

O tema desigualdade social e suas relações com o nível de saúde da população não é novo, sendo comum associar o aumento do risco de adoecer ou morrer entre as camadas mais pobres da população (BARATA, 2001). A mesma autora relembra que na América Latina, a produção sobre desigualdades sociais e saúde é mais recente, correspondendo à segunda metade do século XX. E ainda diz, que na última década, o interesse em estudos dessa natureza se deve

às consequências deletérias que o processo de globalização teve sobre as condições de vida e a situação de saúde dos povos.

Sabe-se que o Brasil possui um extenso território heterogêneo e com altas taxas de desigualdade de renda, por isso, a vigilância das desigualdades em saúde é uma tarefa essencial (ALBUQUERQUE *et al.* 2017; BARROS *et al.*, 2016). Assim, a PNAB preconiza a territorialização da atenção à saúde, com programas e execução descentralizada de ações setoriais e intersetoriais potencialmente impactantes na situação de saúde e nos condicionantes e determinantes da população visando à equidade (BRASIL, 2012).

Alguns estudos comprovam que a desigualdades sociais afetam à saúde da população. Tomasi *et al.* (2015), investigou a estrutura e o processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na AB no Brasil. Foram encontradas acentuadas desigualdades regionais e em relação ao porte e ao desenvolvimento dos municípios na adequação dos serviços. Da mesma maneira, a qualidade da atenção ao pré-natal apresentou melhor qualidade entre gestantes de maior renda, residentes em municípios com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (TOMASI *et al.* 2017a). Tomasi *et al.* (2017b) também encontrou diferenças na estrutura, acesso e organização dos cuidados primários oferecidos à usuários com diabetes em relação ao IDH. De modo equivalente, Alves *et al.* (2014) demonstraram que municípios com menor IDH apresentaram os piores resultados no quesito acesso e acolhimento. Já Casotti *et al.* (2014), evidenciaram marcantes diferenças na atenção à saúde bucal entre as regiões brasileiras.

Diante desse cenário desigual brasileiro, deve-se atentar também para o conceito de “iniquidade”. As iniquidades em saúde é uma medida de desigualdade de saúde sistemática, relevantes e acima de tudo evitáveis, sendo injusta por não promover tentativa de oferecer à população uma igualdade de oportunidades (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2006; GUIMARÃES, 2018).

Para Buss e Pellegrini Filho (2006), o fator mais importante para entender a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. Diante disso, os mesmos autores ainda afirmam que a desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial à saúde somente dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial para a saúde da sociedade em seu conjunto. Sendo assim, grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda, possuem uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem em uma sociedade mais equitativa.

Também é importante problematizar, conforme mencionado por Albuquerque *et al.* (2017) que mesmo quando as ações de saúde pública são direcionadas às populações mais vulneráveis, é difícil conseguir uma diminuição das iniquidades se a população de nível

socioeconômico maior ainda não tiver alcançado baixos níveis de mortalidade e morbidade. Porém, a iniquidade somente é minimizada quando o acesso aos serviços de saúde torna-se maior entre os menos favorecidos socioeconomicamente (GUIMARÃES, 2018).

O Brasil enfrenta um duplo desafio, pois além das grandes iniquidades, possui grande parte da população em situação de pobreza, com falta de acesso a bens materiais, como também falta de oportunidade e voz frente ao Estado e à sociedade (BUSS e PELLEGRINI FILHO; 2006). A garantia da qualidade do cuidado perpassa por todos esses enfrentamentos. Todavia, a avaliação de qualidade realizada no PMAQ-AB é extremamente importante, principalmente, por dar voz aos usuários. Ao associar os dados do programa com o IVS municipal é possível evidenciar as desigualdades presentes na AB e, assim, fornecer subsídios para tomada de decisões para políticas públicas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar a associação entre a qualidade do cuidado na APS na perspectiva das eSF, dos usuários e o IVS.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as variáveis similares das eSF e usuários no instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB.
- Verificar a existência de correlação entre a qualidade do cuidado identificado pelas eSF e pelos usuários.
- Verificar a associação entre qualidade do cuidado na perspectiva das eSF e o IVS.
- Verificar a associação entre qualidade do cuidado percebida pelos usuários e o IVS.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários obtidos do 2º ciclo do PMAQ-AB e do Atlas de Vulnerabilidade Social do IPEA.

4.2 Coleta de dados e universo de análise

O instrumento utilizado para realização do estudo foram os dados secundários do PMAQ-AB, somente da parte da Avaliação Externa.

Foram coletadas informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EAB participantes do programa. Foram utilizados três módulos do instrumento de coleta de dados: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde, com subdimensões relacionadas à estrutura física e recursos materiais, Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, com subdimensões relacionadas à valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho e o Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, com subdimensões relacionadas à acesso, utilização, participação e satisfação do usuário (BRASIL, 2013a). Ao todo o instrumento possui 5 dimensões, 34 subdimensões, subdivididas em 893 variáveis relacionadas aos temas.

Participaram do 2º ciclo do PMAQ-AB 30.522 equipes, sendo que 713 foram desclassificadas por não participarem da avaliação externa. Os motivos para desclassificação da equipe são “[...] recusa ou não havia profissional de nível superior para responder à avaliação; quando o gestor municipal desistiu da avaliação externa para a equipe contratualizada; ou, ainda, quando não havia cadeira odontológica para a equipe de Saúde Bucal.” (BRASIL, 2015a, p. 6). Outras 353 eSF tiveram desempenho insatisfatório por não cumprirem compromissos assumidos na contratualização. “Por exemplo: enviar a base de dados do sistema de informação [...]” (BRASIL, 2015a, p. 6). Assim, houve participação efetiva de 29.456 eSF.

No PMAQ-AB, para observação da UBS, Módulo I, o avaliador da qualidade foi acompanhado por um profissional (enfermeiro, médico ou um profissional de nível superior) da eSF que conhecia a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da UBS (BRASIL, 2013a).

A organização do processo de trabalho foi abordada pela perspectiva do profissional da eSF, através do Módulo II. E a percepção do usuário foi avaliada, através do Módulo III. Para efeitos de descrição e comparação dessas perspectivas, nesse estudo foram analisadas as dimensões, subdimensões e variáveis contidas nos bancos de dados do programa, referentes aos Módulo I de 25.043 UBS, Módulo II coletados em 29.456 eSF e Módulo III de 114.615 usuários, de 5077 municípios de todas as regiões do país. Os usuários participantes do programa foram selecionados aleatoriamente, no total de quatro por eSF, no dia da avaliação da UBS.

4.3 Organização e análise de dados

Todas as análises descritivas desse estudo foram realizadas através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. A junção de bancos de dados e as análises estatísticas foram efetuadas no ambiente do *software* estatístico R versão 3.6.0. O estudo foi realizado em três etapas.

4.3.1 Primeira etapa

Primeiramente, foi realizada a identificação de variáveis que possuíam similaridade presentes no Módulo I do questionário de infraestrutura e recursos materiais e do Módulo II do questionário das eSF em relação às variáveis que compõem o Módulo III dos usuários. Através da seleção, foram identificadas 24 variáveis do questionário de infraestrutura e recursos materiais similares a 4 variáveis do questionário dos usuários e 8 variáveis do questionário das eSF que possuem similaridade com 9 variáveis do questionário dos usuários. É importante relatar que ainda foram identificadas 10 variáveis similares do Módulo II com 10 variáveis do Módulo III, porém essas não estão presentes nessa pesquisa. As variáveis foram excluídas, pois eram perguntas direcionadas a grupos específicos de usuários, como: mulheres; mulheres com histórico de gestação; hipertensos e diabéticos. Dessa forma, havia muitos dados faltantes “não se aplica” e “não sabe/não respondeu/não lembra”, o que comprometeria as análises propostas pelo estudo. Além disso, não se propõe, nesse estudo, avaliar grupos específicos de usuários.

O Quadro 4 apresenta um resumo das variáveis e subvariáveis que apresentam similaridade entre os Módulos I e III.

Quadro 4 - Comparação das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III

(continua)

OBSERVAÇÃO NA UBS - Módulo I	PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS – Módulo III
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário
BLOCO 1 - Funcionamento da UBS	
<i>Subdimensão: Funcionamento da Unidade de Saúde</i>	<i>Subdimensão: Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde</i>
Variáveis	Variáveis
- Quais os turnos de atendimento? - Esta unidade funciona quais dias da semana (exceto em campanhas e mutirões)? - Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)? - Há horário fixo de funcionamento da unidade?	O horário de funcionamento desta unidade atende as suas necessidades?
BLOCO 2 - Estrutura da UBS	
<i>Subdimensão: Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da Unidade Básica de Saúde</i>	<i>Subdimensão: Satisfação e Mecanismos de Participação do usuário</i>
Variáveis	Variáveis
- A UBS possui totem externo adequado, com sinalização da unidade? - A unidade possui placa da fachada adequada com especificações do Guia de Sinalização? - Nas dependências da unidade: - Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas? - Todas as entradas externas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas? - Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário? - A unidade de saúde possui sinalização dos ambientes, facilitando o acesso (recepção, consultórios, banheiro, etc)? - Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observa-se: - Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização? - Os ambientes são bem iluminados? - Os pisos, paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis? - A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno? - Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário? - Os banheiros estão em boas condições de uso e limpeza? - A sala de espera está em boas condições de limpeza e possui lugares suficientes para os usuários?	- De forma geral o que o senhor acha das instalações da unidade de saúde? - Estão em boas condições de uso - Estão em boas condições de limpeza - Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera - Como o(a) senhor(a) avalia as instalações da unidade?

Quadro 4 - Comparação das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III

(conclusão)

OBSERVAÇÃO NA UBS - Módulo I	PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS – Módulo III
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário
BLOCO 3 - Medicamentos	
<i>Subdimensão: Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde</i>	<i>Subdimensão: Satisfação e Mecanismos de Participação do usuário</i>
Variáveis	Variáveis
• A dispensação de medicamentos no município é: - Centralizada? - Descentralizada? • Sais de reidratação oral • Soro fisiológico • Medicamentos - Antianêmicos/Vitaminas/Polivitamínicos/Sais Minerais • Medicamentos Antiasmáticos • Medicamentos Contraceptivos - Hormonais/Hormônios Sexuais • Medicamentos Anti-hipertensivos, - Medicamentos de Ação Cardiovascular e Deslipidêmicos • Medicamentos Antidiabéticos • Medicamentos Antibióticos • Medicamentos Analgésicos/Antipiréticos • Medicamentos Utilizados no - Tratamento/Prevenção de Osteoporose • Medicamentos - Anticonvulsivantes/Antidepressivos/Antipsicóticos/Ansiolíticos e Hipnosedativos • Medicamentos Antiparkinsonianos • Medicamentos Tireoidianos • Medicamentos Glaucomatosos	• Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante destacar que no Bloco 3 - Medicamentos na Subdimensão: Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde, não foram incluídas as UBS que fornecem medicamentos de forma centralizada, pois nesses casos o entrevistador não seguia em frente com o questionário, por não existir maneira para verificar o quantitativo de medicamento. Além disso, foram excluídas algumas variáveis: Medicamentos Antiparasitários, Medicamentos Antiácidos/Antieméticos/Antissecretores e Medicamentos para Urgências e algumas subvariáveis das variáveis selecionadas, por serem variáveis que foram sorteadas somente para algumas UBS responderem. Também foram excluídas as variáveis: Medicamentos Fitoterápicos e Medicamentos para Malária, pois a grande maioria da amostra de UBS não disponibiliza esses medicamentos.

O Quadro 5 apresenta um resumo das variáveis e subvariáveis que apresentam similaridade entre o Módulos II e III.

Quadro 5 - Comparação das variáveis similares entre eSF e usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III

(continua)

PERSPECTIVA DAS eSF – Módulo II	PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS – Módulo III
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário
BLOCO 1 – Agendamento de Consultas	
<i>Subdimensão: Acolhimento à Demanda Espontânea</i>	<i>Subdimensão: Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde</i>
Variáveis	Variáveis
• Como são agendadas as consultas na unidade de saúde? - Em qualquer dia da semana, em qualquer horário - Em qualquer dia da semana em horários específicos - Dias específicos fixos, em qualquer horário - Dias específicos fixos, em horários específicos - Outro(s) • Como os usuários são agendados? - Com hora marcada - Marcado por bloco de horas - Fila para pegar senha • O agendamento pode ser feito: - Presencial? - Por Telefone? - Pela Internet?	• Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade? - Marca por telefone - Marca pela internet - Vai à unidade e marca o atendimento - Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila - Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha - O agente comunitário de saúde marca consulta - Outro(s) • Na maioria das vezes, a marcação da consulta nesta unidade pode ser feita: - Em qualquer dia da semana em qualquer horário? - Em qualquer dia da semana em horários específicos? - Dias específicos fixos, em qualquer horário? - Dias específicos fixos, em horários específicos? - Outro(s)? • Quando o senhor (a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia? • Na maioria das vezes quando o senhor consegue marcar consulta sua consulta é: - Com hora marcada? - Em horários ou turnos definidos do dia? - Por ordem de chegada? - Encaixe? - Outro (s)?
BLOCO 2 – Demanda Espontânea	
<i>Subdimensão: Acolhimento à Demanda Espontânea</i>	<i>Subdimensão: Acolhimento à Demanda Espontânea</i>
Variáveis	Variáveis
• Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada na unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?	• O (a) senhor(a) sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes?

Quadro 5 - Comparação das variáveis similares entre eSF e usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III

(conclusão)

PERSPECTIVA DAS eSF – Módulo II	PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS – Módulo III
BLOCO 3 - Acessibilidade	
Subdimensão: Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	Subdimensão: Vínculo e Responsabilização
Variáveis	Variáveis
- Existe reserva de vaga na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultado de exames? - Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas tem facilidade para falar com profissionais que atenderam você?
BLOCO 4 - Busca Ativa	
Subdimensão: Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	Subdimensão: Vínculo e Responsabilização
Variáveis	Variáveis
- A equipe realiza busca ativa nas seguintes situações: - Câncer de colo de útero - Câncer de mama - Pré-natal - Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento) - Prematuras - Com baixo peso - Com consulta de puericultura atrasada - Com calendário vacinal atrasado - Hipertensão arterial sistêmica - Diabetes mellitus - Tuberculose - Hanseníase - Saúde mental - Álcool e drogas - Não realiza busca ativa	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?
BLOCO 5 – Visita Domiciliar	
Subdimensão: Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	Subdimensão: Vínculo e Responsabilização
Variáveis	Variáveis
A agenda dos profissionais está organizada para realização de quais ações? Visita domiciliar?	- Com qual frequência outros profissionais da equipe de saúde visita a casa do(a) senhor(a)? - O agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 6 demonstra quatro variáveis identificadas como muito relacionadas à satisfação dos usuários em detrimento às eSF e UBS. Essas variáveis foram comparadas com a nota das eSF criada de acordo com as Dimensão II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS e Dimensão IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho. Foram escolhidas somente essas duas Dimensões, pois foi analisado pela autora que

essas estão mais relacionadas a estrutura, processo e organização do trabalho da equipe. Excluindo-se então as Dimensões I e III que serão analisadas em outra etapa do estudo. Da Dimensão V foram analisadas somente as variáveis selecionadas como muito relacionadas a satisfação dos usuários com as UBS e equipes (Quadro 6).

Quadro 6 - Comparação das variáveis de satisfação dos usuários com as notas das eSF pelas Dimensões II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo)

NOTAS DAS eSF (Dimensões II e IV)	Dimensão V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário
	BLOCO 1 - Satisfação dos Usuários
	Subdimensão: Satisfação e Mecanismos de Participação do Usuário
	Variáveis
	• Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde? • O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar? • Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é: • Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde da família é:

Fonte: Elaborado pela autora.

Dessa forma, foi necessário fazer a junção do banco de dados do Módulo I com o Módulo II, totalizando para esse estudo, correspondência de dados para 23.743 UBS. Ademais, fez-se a junção do Módulo II com o Módulo III com a combinação de 29.233 eSF. No agrupamento das Dimensões II e IV com o Módulo III, encontrou-se 29.239 eSF.

Os dados foram analisados a partir das distintas variáveis dos três grandes grupos - observação na UBS e percepção dos usuários; perspectiva da eSF e dos usuários quanto à qualidade do cuidado; e nota das eSF (Dimensões II e IV) e satisfação dos usuários. Fez-se a somatória das notas das variáveis, por bloco temático, criando Índices de Qualidade categorizados. No qual o percentual $\geq 70\%$ foi considerado alta qualidade, percentual entre 69,9% a $\geq 50\%$ média qualidade e percentual $\leq 49,9\%$ baixa qualidade.

As unidades de análise referentes ao Quadro 4 foram a UBS e a somatória de usuários entrevistados por UBS. No Quadro 5 e 6 foram as eSF e a somatória de usuários das mesmas. As notas de avaliações dos usuários foram estabelecidas pela média aritmética das variáveis. Ainda foram calculados a mínima, máxima, média e o DP das notas obtidas e a correlação existente por bloco. Para correlação utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (r), que é uma medida estatística não paramétrica, por não requerer que as observações tenham sido tomadas por uma população normalmente distribuída (GLANTZ, 2014). Pagano e Grauvreu

(2004) afirmam que os valores de r variam entre -1 a 1, valores de r , próximos aos extremos indicam um alto grau de correlação entre as variáveis x e y , valores próximos de zero implicam em uma falta de associação linear entre as duas variáveis. Os mesmos autores estabelecem:

- $r = 1$ significa uma correlação perfeita positiva entre as duas variáveis
- $r = -1$ significa uma correlação negativa perfeita entre duas variáveis, isto é, se uma aumenta, a outra sempre diminui
- $r = 0$ significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra.

Bryman e Cramer (2005), citando Cohen e Holiday (1982), classificam ainda a força da correlação:

- $r \leq 0,2$ = Correlação muito fraca
- $0,2 < r \leq 0,39$ = Correlação fraca
- $0,4 < r \leq 0,69$ = Correlação moderada
- $0,7 < r \leq 0,89$ = Correlação forte
- $0,9 < r \leq 1$ = Correlação muito elevada

4.3.2 Segunda etapa

Nesta etapa, foi realizado uma análise da qualidade do cuidado na perspectiva das eSF e dos usuários. Foi utilizado um banco estruturado pelo Ministério da Saúde com as notas da Avaliação Externa para certificação das equipes. Esse banco estabelece relevâncias diferentes para as variáveis, de acordo com uma matriz de pontuação (BRASIL, 2013a e 2015a). Destaca-se ainda, que não são todas as variáveis presentes no instrumento da Avaliação Externa que foram utilizadas para a certificação das equipes (BRASIL, 2015a). Portanto, o banco utilizado não abrangia todo o conjunto de variáveis do instrumento da Avaliação Externa.

A unidade de análise nesta etapa, diferentemente da etapa anterior, foram os municípios. Para isso, os dados foram municipalizados, utilizando a média aritmética das notas das equipes participantes do PMAQ-AB por município.

Todavia, foram incluídos na análise somente os municípios que possuíam um número de usuários pesquisados que represente a população do município. Para isso, foi necessário verificar a população estimada por município no ano de 2014 (mesmo ano de realização do 2º ciclo do PMAQ-AB). Esse dado foi extraído do *site* do IBGE (IBGE, 2019).

Para a seleção dos municípios com representatividade de usuários foi utilizado o cálculo de amostra para a proporção, de acordo com Kauermann e Kuechenhoff (2010), considerando

um Intervalo de Confiança (IC) de 95% e proporções uniformes. Após esse cálculo obteve-se somente 14 municípios com IC=95%, a grande maioria era capitais, totalizando 11 capitais. Como a amostra encontrada foi muito baixa, julgou-se que seria mais interessante, para esse estudo, diminuir o nível de confiança para 90%, o que não causaria prejuízos metodológicos. Desta forma, com IC=90%, obteve-se 151 municípios.

Após esses procedimentos, também foi mantida na amostra apenas os municípios que tinham adesão maior que 80% das eSF ao PMAQ-AB. Sendo assim, o total final de municípios avaliados foi de 106. (ANEXO A).

Ainda foi necessário utilizar tipologias para a qualidade do cuidado conforme avaliado pelas eSF e usuários na APS. A forma de construção dessas tipologias está relatado a seguir.

4.3.2.1 Construção da tipologia da qualidade do cuidado na perspectiva das eSF

Partir-se-a da tipologia da qualidade do cuidado já utilizada pelos pesquisadores do grupo do PMAQ-AB da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A tipologia da qualidade da assistência prestada pela eSF foi estabelecida através das subdimensões contidas nos Módulos I e II que serviram de base para criação de um “Índice de Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF”. Ou seja, a nota gerada por eSF, através das variáveis selecionadas, identificará o índice de qualidade. Quando a nota atingiu o percentual maior ou igual à 70% a eSF foi classificada como alta qualidade de assistência prestada. Quando estiver entre 69,9% a 50% a eSF foi classificada como média qualidade de assistência prestada. E quando estiver menor ou igual à 49,9% a eSF foi classificada como baixa qualidade de assistência prestada.

Estudos já realizados contém os resultados da avaliação externa, tendo também aspectos vinculados à avaliação do usuário. Fez-se necessário retirar essas subdimensões da tipologia adotada. Sendo assim, foi reconstruída dentro da lógica já realizada, excluindo-se as subdimensões de avaliação do usuário.

4.3.2.2 Construção da tipologia da qualidade do cuidado na percepção do usuário

A construção da tipologia do usuário foi realizada através das subdimensões do Módulo III que serviram de base para criação de um “Índice de Qualidade do Cuidado na percepção dos usuários”. Quando a nota atingiu o percentual maior ou igual à 70% os usuários foram classificados com percepção da qualidade alta dos cuidados prestados. Quando esteve entre

69,9% a 50% os usuários foram classificados com percepção de qualidade média. E quando estive menor ou igual à 49,9% com percepção da qualidade baixa do cuidado.

A seguir, nesta etapa, foi verificado se há correlação, pelo Coeficiente de Spearman, entre a qualidade do cuidado na perspectiva das eSF e dos usuários.

4.3.3 Terceira etapa

Considerando que se pretendeu analisar a influência da Vulnerabilidade Social na qualidade do cuidado segundo as eSF e os usuários, o IVS dos municípios brasileiros foi utilizado. Os dados foram obtidos do Atlas de Vulnerabilidade Social do IPEA referente ao ano de 2010 (IPEA, 2015), que corresponde ao ano do último Censo realizado pelo IBGE, que serviu de base para construção do índice. A associação entre a qualidade do cuidado percebido pelas eSF e pelos usuários e o IVS também foram analisadas por municípios que possuem um nível de representatividade amostral de seus usuários, com IC = 90% e aqueles municípios com adesão maior que 80% ao PMAQ-AB. Totalizando também, para esta análise, um “*n*” final igual a 106 municípios. Foi utilizado o mesmo banco da 2ª etapa, com suas ressalvas já mencionadas.

4.4 Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais para as distintas etapas.

Na primeira etapa foram realizados estudos descritivos e inferenciais relativos às variáveis similares do cuidado entre a perspectiva da observação da UBS, das eSF e percepção dos usuários, existente nos módulos I, II e III.

Na segunda etapa, foram realizadas análises descritivas e inferenciais sobre a qualidade do cuidado na perspectiva das eSF e dos usuários.

De um modo geral, para a terceira etapa, o estudo considerou as seguintes variáveis como dependentes, independentes e de ajustes, conforme Quadro 7, apresentado a seguir:

Quadro 7 - Variáveis independentes, dependentes e de ajuste do estudo

(continua)

VARIÁVEL INDEPENDENTE (EXPLICATIVA)				
Variáveis	Descrição	Cálculo	Escala	Fonte
IVS	Variável categórica, classificada em 3 níveis: baixa, média e alta.	Resultante de ponderação de 16 indicadores sociais, criados em 2015 pelo IPEA.	Municipal	Atlas da Vulnerabilidade Social/ IPEA, ano 2010.

Quadro 7 - Variáveis independentes, dependentes e de ajuste do estudo**(conclusão)**

VARIÁVEIS DEPENDENTES (DESFECHO)				
Variáveis	Descrição	Cálculo	Escala	Fonte
Índice de Qualidade do cuidado Dimensão I	Variável categórica, classificada em 2 níveis: baixa e média/alta.	Média das notas obtidas pelas equipes participantes de cada município.	Municipal	Avaliação Externa - Banco de dados do PMAQ-AB, 2º ciclo (Dimensão I).
Índice de Qualidade do cuidado Dimensão II	Variável categórica, classificada em 2 níveis: baixa e média/alta.	Média das notas obtidas pelas equipes participantes de cada município.	Municipal	Avaliação Externa - Banco de dados do PMAQ-AB, 2º ciclo (Dimensão II).
Índice de Qualidade do cuidado Dimensão III	Variável categórica, classificada em 2 níveis: baixa e média/alta.	Média das notas obtidas pelas equipes participantes de cada município.	Municipal	Avaliação Externa - Banco de dados do PMAQ-AB, 2º ciclo (Dimensão III).
Índice de Qualidade do cuidado Dimensão IV	Variável categórica, classificada em 2 níveis: baixa e média/alta.	Média das notas obtidas pelas equipes participantes de cada município.	Municipal	Avaliação Externa - Banco de dados do PMAQ-AB, 2º ciclo (Dimensão IV).
Índice de Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF	Variável categórica, classificada em 2 níveis: baixa e média/alta.	Média das notas obtidas pelas equipes participantes de cada município.	Municipal	Avaliação Externa - Banco de dados do PMAQ-AB, 2º ciclo (Dimensão I à IV).
Índice de Qualidade do Cuidado na percepção dos usuários	Variável categórica, classificada em 2 níveis: baixa e média/alta.	Média das notas obtidas pelas equipes participantes de cada município.	Municipal	Avaliação Externa - Banco de dados do PMAQ-AB, 2º ciclo (Dimensão V).
Índice de Satisfação do Usuário	Variável categórica, classificada em 2 níveis: baixa e média/alta.	Média das notas obtidas pelas equipes participantes de cada município.	Municipal	Avaliação Externa - Banco de dados do PMAQ-AB, 2º ciclo (4 variáveis muito relacionadas à satisfação - Dimensão V).
VARIÁVEIS DE AJUSTE				
Variáveis	Descrição	Cálculo	Escala	Fonte
Cobertura AB	Variável Categórica: 1. $\leq 50\%$ = baixa 2. Entre 49,9 e 69,9% = média 3. $\geq 70\%$ = alta	Número de equipes X 3450 / população X 100	Municipal	DAB
Porte populacional	Variável Categórica: 1. Médio porte: 50 a 100 mil hab 2. Grande porte: 100 a 900 mil hab 3. Metrópole: acima de 900 mil hab	-	Municipal	IBGE
Região	Variável Categórica: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul.	-	Municipal	Avaliação Externa do 2ª ciclo do PMAQ-AB, ano 2014.

Fonte: Elaborado pela autora

Apesar da variável IVS ser habitualmente categorizada em cinco níveis, neste estudo houve a junção das categorias: muito baixo e baixo; alto e muito alto. Nas variáveis dependentes também houve o agrupamento das categorias média/alta, pois foram poucos os municípios que se enquadravam na categoria alta. Sendo assim, os municípios foram considerados com alta/média qualidade quando a nota atingiu o percentual maior ou igual à 50% e baixa qualidade quando a nota esteve menor ou igual à 49,9%. Há uma exceção dessa classificação na variável dependente “Índice de Satisfação do Usuário”. Na amostra desse estudo, não existiu nenhum município que, usando a tipologia anterior, apresentasse baixa qualidade na satisfação dos usuários, o que impediria uma análise de associação. Essa variável foi, então, classificada da seguinte forma: quando a nota atingiu o percentual maior ou igual à 75% os municípios foram considerados com alta/média qualidade na satisfação e quando foi menor ou igual a 74,9% foram considerados com baixa satisfação dos usuários.

Seguindo os critérios de seleção da amostra, já mencionados, foram excluídos os municípios de pequeno porte. O tamanho amostral também impediu a utilização de uma análise multivariada.

Dessa forma, com os dados obtidos foi realizado uma análise da associação entre qualidade do cuidado na perspectiva das eSF, na percepção dos usuários, o IVS e outras variáveis de ajuste. Para análise de associação foi utilizado o Teste Exato de Fisher que é um algoritmo para ajustar modelos lineares generalizados comuns, verificando associação entre variáveis (AGRESTI, 2010).

4.5 Considerações éticas

O estudo cumpre com as diretrizes de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na resolução 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 30/05/2012, com o número de registro 28804.

5 RESULTADOS

5.1 Primeira Etapa

O primeiro grupo para comparação das variáveis similares foi entre Módulo I e Módulo III da avaliação externa do PMAQ-AB, subdividido por bloco temático. Após a junção dos bancos de dados dos módulos, encontrou-se correspondência entre 23.743 UBS e seus usuários respondentes. Os Índices de Qualidade foram criados por Blocos, através das notas geradas pelas UBS e pela média das notas geradas pelos usuários por UBS. Sendo categorizados entre alta, média ou baixa qualidade, os dados obtidos são apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 - Análise Descritiva dos Índices de Qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III

BLOCO 1 - Funcionamento da UBS											
Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde						Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11.249	47,4	12.317	51,9	177	0,7	20.522	86,4	2.409	10,2	812	3,4
Total: 23.743											
BLOCO 2 - Estrutura da UBS											
Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde						Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10.052	42,3	7.074	29,8	6.617	27,9	12.487	52,5	5.812	24,5	5.444	23,0
Total: 23.743											
BLOCO 3 - Medicamentos											
Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde						Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
2.490	10,5	6.806	28,7	14.447	60,8	10.237	43,1	6.107	25,7	7.399	31,2
Total: 23.743											

Fonte: Dados da pesquisa

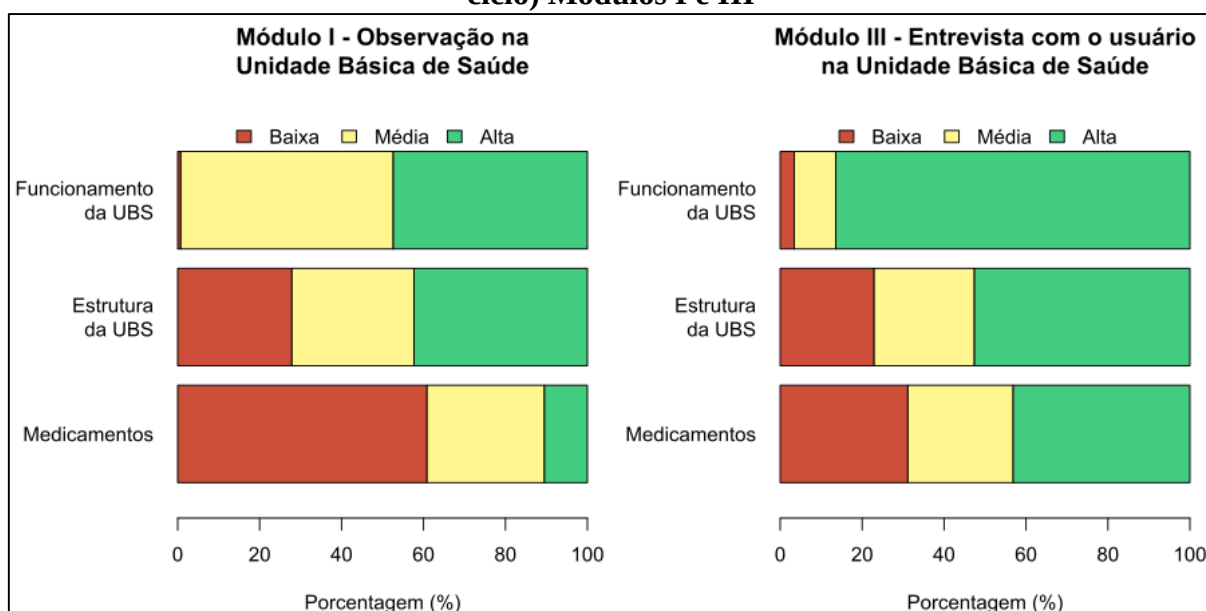
No Bloco 1 - Funcionamento da UBS, através da observação da UBS, verificou-se que a maioria (51,9%) classificou a unidade com média qualidade. Todavia, foi semelhante a porcentagem que considerou como alta (47,4%), ficando somente 0,7% que classificou como baixa qualidade. Já em relação aos usuários, a maioria (86,4%) percebeu esse quesito como alta qualidade, restando 10,2% para quem considerou como média e 3,4% como baixa qualidade.

Sobre o Bloco 2 - Estrutura da UBS, no Módulo I, 42,3% identificou como alta qualidade, 29,8% como média e valor próximo (27,9%) como baixa qualidade. Os usuários

também consideraram o maior percentual (52,5%) como alta qualidade, também obteve valores próximos entre média (24,5%) e baixa (23%) qualidade.

O Bloco 3 - Medicamentos foi o que obteve maior porcentagem de classificação como baixa qualidade (60,8%) na observação da UBS. Sendo ainda que 28,7% considerou média e apenas 10,5% como alta qualidade. Ao contrário disso, a maioria dos usuários (43,1%) percebeu como alta a qualidade, 25,7% como média e 31,2% como baixa. Abaixo a Figura 1 demonstra visualmente esse cenário.

Figura 1 - Análise Visual dos Índices de Qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III



Fonte: Dados da pesquisa

Foi realizado ainda uma análise das notas obtidas entre os blocos e módulos, com as notas mínima, máxima, média e o DP, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Análise Descritiva entre os Índices de Qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III

Bloco	Módulo	Mín	Máx	Média	(continua)
					DP
Bloco 1 - Funcionamento da UBS	Mód I	2,00	12,00	8,49	0,83
	Mód III	0,00	1,00	0,87	0,19

Tabela 1 - Análise Descritiva entre os Índices de Qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III

					(conclusão)
Bloco	Módulo	Mín	Máx	Média	DP
Bloco 2 - Estrutura da UBS	Mód I	0,00	13,00	8,36	3,1
	Mód III	0,00	4,00	2,66	0,92
Bloco 3 - Medicamentos	Mód I	0,00	113,00	43,61	30,28
	Mód III	0,00	1,00	0,49	0,30

Fonte: Dados da pesquisa

É importante destacar que no Bloco 1/Módulo I o valor mínimo foi 2, não tendo nenhuma UBS com a menor nota possível (zero). Todos os valores máximos foram também os valores máximos possíveis de serem obtidos. Deve-se lembrar, conforme já mencionado, que houve exclusões de algumas variáveis do Bloco 3 - Medicamentos/Módulo I, não sendo contempladas na análise. Assim, a nota para o Bloco 1/Módulo I variou entre 2 a 12 (DP = 0,83) e no Módulo III entre 0 a 1 (DP = 0,19). No Bloco 2/Módulo I variou entre 0 a 13 (DP = 3,1) e no Módulo III entre 0 a 4 (DP = 0,92). Já o Bloco 3/Módulo I teve maior quantitativo de variáveis, com notas entre 0 a 113 (DP = 30,28), e no Módulo III entre 0 a 1 (DP = 0,30).

Com intuito de verificar se existia correlação entre as notas obtidas pela observação da UBS – Módulo I e percepção dos usuários – Módulo III, utilizou-se o coeficiente de Spearman, resultados na Tabela 2.

Tabela 2 - Correlação entre indicadores de qualidade das variáveis similares entre observação na UBS e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I e III

Indicador	Correlação	Valor-p
Bloco 1 - Funcionamento da UBS	0,24	<0,001
Bloco 2 - Estrutura da UBS	0,49	<0,001
Bloco 3 - Medicamentos	0,51	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa

Dessa forma, observou-se que as correlações foram significativas (Valor-p <0,001) e positivas, ou seja, quanto melhor for os indicadores de observação da UBS, melhor tende a ser a percepção dos usuários.

O segundo grupo de similaridade foi entre o Módulo II e Módulo III do PMAQ-AB, que também foi subdividido por blocos temáticos. Na junção dos bancos de dados dos módulos, encontrou-se correspondência entre 29.233 eSF e seus usuários respondentes. Os Índices de

Qualidade foram criados por Blocos, através das notas geradas pelas eSF e pela média das notas geradas pelos usuários por equipe. Também foram categorizados em alta, média ou baixa qualidade, apresentado no Quadro 9.

Quadro 9 - Análise Descritiva dos Índices de Qualidade das variáveis similares entre a perspectiva das eSF e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III

BLOCO 1 – Agendamento de Consultas											
Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde						Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
4.945	16,9	12.303	42,1	11.985	41,0	1	0	399	1,4	28.833	98,6
Total: 29.233											
BLOCO 2 – Demanda Espontânea											
Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde						Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
28.754	98,4	383	1,3	96	0,3	11.469	39,2	8.946	30,6	8.818	30,2
Total: 29.233											
BLOCO 3 - Acessibilidade											
Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde						Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
18.258	62,5	5.852	20,0	5.123	17,5	9.112	31,2	8.298	28,4	11.823	40,4
Total: 29.233											
BLOCO 4 - Busca Ativa											
Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde						Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
16.989	58,1	4.157	14,2	8.087	27,7	1.392	4,8	3.400	11,6	24.441	83,6
Total: 29.233											
BLOCO 5 – Visita Domiciliar											
Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde						Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
20.336	69,6	7.959	27,2	938	3,2	7.490	25,7	13.341	45,6	8.402	28,7
Total: 29.233											

Fonte: Dados da pesquisa

No Bloco 1 - Agendamento de Consultas, 42,1 % dos profissionais da eSF identificaram esse quesito como média qualidade, porém um percentual muito próximo (41%) considerou como baixa e 16,9% como alta qualidade. Na visão dos usuários, esse mesmo quesito obteve

quase como totalidade a baixa qualidade (98,6%), apenas 1,4% percebeu como média e um percentual de 0% qualificou como alta qualidade.

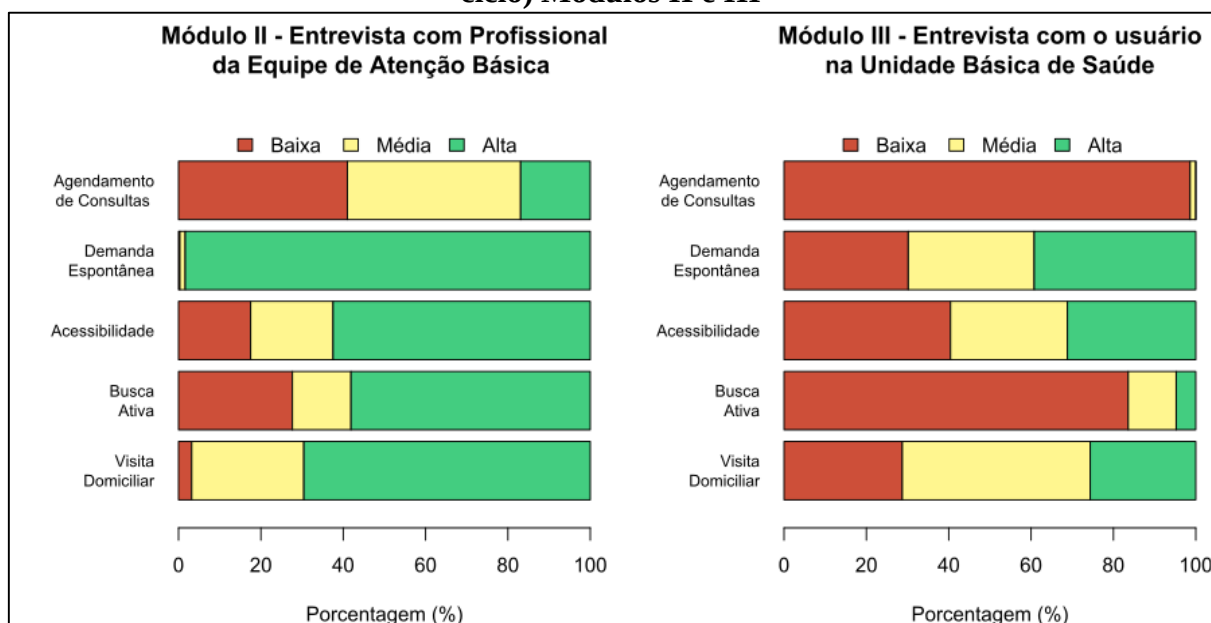
O Bloco 2 - Demanda Espontânea foi o melhor classificado pela eSF, que em sua maioria estabeleceu como alta qualidade (98,4%), restando apenas 1,3 % para média e 0,3% para baixa qualidade. Por outro lado, os usuários se dividiram na percepção entre alta (39,2%), média (30,6%) e baixa (30,2%) qualidade na demanda espontânea, sendo o único item que a maioria dos usuários percebeu como alta qualidade.

No Bloco 3 – Acessibilidade, os profissionais consideraram majoritariamente com 62,5% esse item como alta qualidade, 20% como média e 17,5% como baixa qualidade. Os usuários avaliaram em maior parte (40,4%) como baixa qualidade, 28,4% como média e 31,2% como alta qualidade.

Em relação ao Bloco 4 - Busca Ativa, os usuários também foram de forma geral mais críticos e avaliaram com 83,6% como baixa qualidade. Dos demais, 11,6% categorizou como média e 4,8% como alta qualidade. Já os profissionais estabeleceram 58,1% (alta), 14,2% (média) e 27,7 % (baixa) qualidade.

O levantamento de dados sobre o Bloco 5 - Visita Domiciliar mostrou que para a maioria das eSF (69,6%) existe alta qualidade, 27,2% média e apenas 3,2% baixa qualidade. Todavia, o usuário identifica o mesmo ponto com média qualidade (45,6%), 28,7% baixa e 25,7% alta qualidade.

Figura 2 - Análise Visual dos Índices de Qualidade das variáveis similares entre a perspectiva das eSF e percepção dos usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III



Assim como anteriormente, foi efetuado o estudo da nota mínima, máxima, média e DP relativos aos blocos e módulos, esses dados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise Descritiva entre indicadores de qualidade das variáveis similares entre eSF e usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III

Bloco	Módulo	Mín	Máx	Média	DP
Bloco 1 - Agendamento de Consultas	Mód II	1,20	5,00	2,60	0,75
	Mód III	0,00	5,93	2,31	0,75
Bloco 2 - Demanda Espontânea	Mód II	0,00	1,00	0,98	0,07
	Mód III	0,00	1,00	0,58	0,27
Bloco 3 - Acessibilidade	Mód II	0,00	2,00	1,45	0,77
	Mód III	0,00	1,00	0,50	0,29
Bloco 4 - Busca Ativa	Mód II	0,00	15,00	10,08	4,80
	Mód III	0,00	1,00	0,19	0,23
Bloco 5 - Visita Domiciliar	Mód II	0,00	2,00	1,66	0,53
	Mód III	0,00	2,00	1,12	0,41

Fonte: Dados da pesquisa

Vale destacar que o Bloco 1/Módulo I foi o único que não atingiu a nota mínima possível, tendo como nota mais baixa o valor de 1,20. Todas as notas máximas recebidas pelas eSF (Módulo II), foram as notas máximas possíveis. Entretanto, no Módulo III, que se estabelece pela ótica dos usuários, reitera-se que a nota do Bloco 1/Módulo III não foi a máxima possível (5,93). A nota máxima que poderia ter sido atingida é 8.

A nota para o Bloco 1/Módulo II variou entre 1,20 a 5 (DP = 0,75) e no Módulo III entre 0 a 5,93 (DP = 0,75). No Bloco 2/Módulo II variou entre 0 e 1 (DP = 0,07) e no Módulo III, também entre 0 e 1 (DP = 0,27). No Bloco 3/Módulo II variou entre 0 e 2 (DP = 0,77) e no Módulo III entre 0 e 1 (DP = 0,29). No Bloco 4/Módulo II variou entre 0 e 15 (DP = 4,80) e no Módulo III entre 0 e 1 (DP = 0,23). No Bloco 5/Módulo II variou entre 0 e 2 (DP = 0,53) e no Módulo III entre 0 e 2 (DP = 0,41).

Do mesmo modo, foi verificado a correlação existente entre as notas obtidas pela perspectiva das equipes – Módulo II e percepção dos usuários – Módulo III. Também foi utilizado o coeficiente de Spearman (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlação entre indicadores de qualidade das variáveis similares entre eSF e usuários na Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos II e III

Indicador	Correlação	Valor-p
Bloco 1 - Agendamento de Consultas	0,30	<0,001
Bloco 2 - Demanda Espontânea	0,10	<0,001
Bloco 3 - Acessibilidade	0,07	<0,001
Bloco 4 - Busca Ativa	0,07	<0,001
Bloco 5 - Visita Domiciliar	0,08	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados acima revelam que todas correlações foram significativas (Valor-p <0,001) e positivas. Pode-se interpretar que quanto melhor for os indicadores das eSF melhor tende a ser a percepção dos usuários.

O último grupo, com as variáveis muito relacionadas à satisfação dos usuários e as Dimensões II (Módulo I) e IV (Módulo II) da avaliação externa do PMAQ-AB foi analisado com intuito de verificar se quando o usuário fosse abordado somente com perguntas relacionadas à satisfação com a UBS e eSF, sua percepção mudaria. Na junção dos bancos de dados, encontrou-se correspondência entre 29.239 eSF e seus usuários respondentes. O Índice de Qualidade do Cuidado pela Dimensão II e IV e o Índice de Satisfação dos Usuários e foram criados através das notas geradas pelas eSF e pela média das notas geradas pelos usuários por equipe, respectivamente. Após isso, foi feita a categorização entre alta, média ou baixa satisfação e qualidade, conforme mostra o Quadro 10.

Quadro 10 - Análise Descritiva do Índice de Satisfação dos Usuários e do Índice de Qualidade do Cuidado na Dimensão II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I, II e III

Índice de Satisfação dos Usuários (Variáveis selecionadas da Dimensão V)						Índice de Qualidade do Cuidado pelas Dimensões II e IV					
Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde						Módulo I/Dimensão II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS e Módulo II/Dimensão IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
22.551	77,1	5.381	18,4	1.307	4,5	154	0,5	11.689	40,0	17.396	59,5
Total: 29.239											

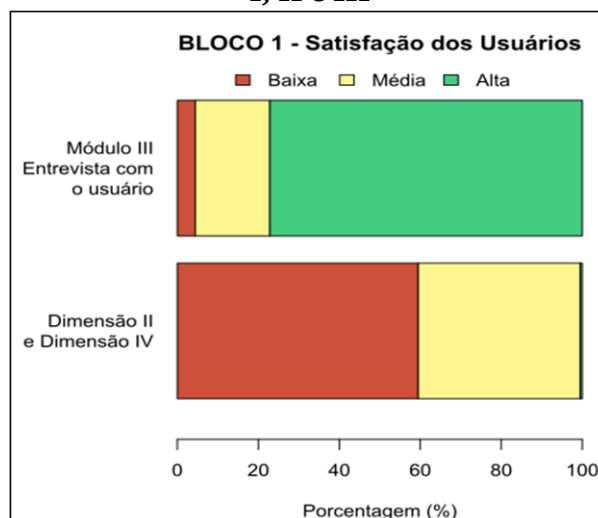
Fonte: Dados da pesquisa

Apesar de todos os resultados observados nas outras análises do primeiro e segundo grupos, já mencionados nesta pesquisa, os resultados do terceiro grupo demonstraram que quando o usuário é questionado efetivamente sobre a satisfação com o cuidado ofertado, com a equipe ou com a UBS, 77,1% dos usuários foram considerados como altamente satisfeitos. Por

outro lado, somente 4,5% têm baixa satisfação e 18,4% estabeleceram média satisfação. A nota das equipes pela somatória da Dimensão II e IV, evidenciou que 0,5% das equipes foram consideradas com alta qualidade, 40% como média e 59,5% com baixa qualidade.

A seguir a Figura 3 apresenta com representatividade visual os dados colhidos:

Figura 3 - Análise Visual do Índice de Satisfação dos Usuários e do Índice de Qualidade do Cuidado na Dimensão II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo) Módulos I, II e III



Fonte: Dados da pesquisa

Igualmente nas fases anteriores, a nota mínima, máxima, média e o DP foram explorados. O Índice de satisfação dos Usuário alcançou a mínima e a máxima possíveis. No entanto, conforme é apresentado na Tabela 5, o Índice de Qualidade do Cuidado pelas Dimensões II e IV obteve um valor mínimo de 2,06 e uma máxima de 57,02, em uma escala que varia de zero até 75 pontos.

Tabela 5 - Análise Descritiva entre as variáveis de satisfação dos usuários com a certificação das eSF pela nota da Dimensão II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo)

Indicador	Mín	Máx	Média	DP
Índice de Satisfação dos Usuários	0,00	4,00	3,14	0,57
Índice de Qualidade do Cuidado pelas Dimensões II e IV	2,06	57,02	35,09	8,28

Fonte: Dados da pesquisa

A nota do Índice de Satisfação dos Usuários variou entre 0 a 4 (DP = 0,57), enquanto a nota do Índice de Qualidade do Cuidado pelas Dimensões II e IV variou entre 2,06 a 57,02 (DP = 8,28).

A Correlação entre os indicadores de Satisfação e Qualidade do Cuidado pelas Dimensões II e IV, na Tabela 6, foi apontada como correlação significativa (Valor-p <0,001) e positiva, ou seja, quanto melhores os Índices de Qualidade do Cuidado pelas Dimensões II e IV, melhor tende a ser o Índice de Satisfação dos Usuários.

Tabela 6 - Correlação entre as variáveis de satisfação dos usuários com a certificação das eSF pela nota da Dimensão II e IV da Avaliação Externa do PMAQ-AB (2º ciclo)

Indicador	Correlação	Valor-p
Índice de Satisfação dos Usuários e Índice de Qualidade do Cuidado pelas Dimensões II e IV	0,18	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa

5.2 Segunda Etapa

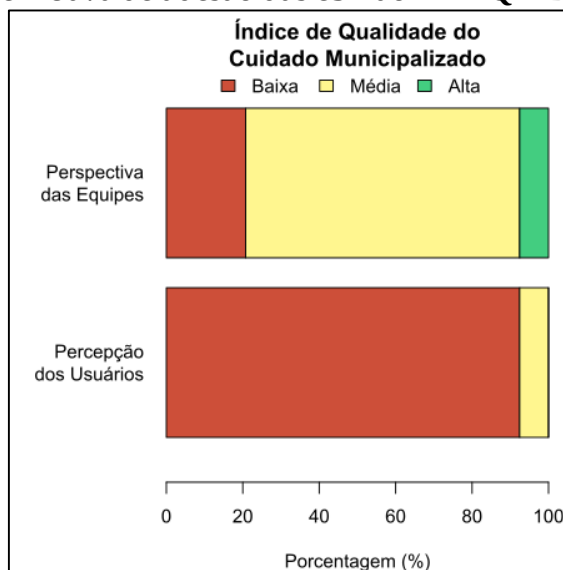
Nesta etapa foi verificado o Índice Municipalizado da Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF e dos usuários, através do IC = 90% e com municípios com adesão maior de 80% das eSF ao PMAQ-AB, totalizando 106 municípios. Os dados apontam, por meio da média aritmética das eSF por município, que para maioria das equipes dos municípios, a qualidade do cuidado é considerada média (71,7%), sendo que 20,8% dizem ser baixa e apenas 7,5% consideram ser alta. Os usuários demonstraram serem mais exigentes no julgamento da qualidade do cuidado, sendo que a grande prevalência (92,5%) retrataram a qualidade como baixa. Nenhum usuário classificou como alta e 7,5% entenderam a qualidade como média. Os resultados revelados estão contidos da Tabela 7 e na Figura 4. Deve-se ressaltar que os dados dessa etapa foram extraídos de um banco de dados estruturado pelo Ministério da Saúde para a certificação das eSF.

Tabela 7 - Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB)

Perspectiva das Equipes						Percepção dos Usuários					
Alta		Média		Baixa		Alta		Média		Baixa	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
8	7,5	76	71,7	22	20,8	0	0,0	8	7,5	98	92,5
Total: 106											

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 4 - Análise Visual do Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB)



Fonte: Dados da pesquisa

As notas mínimas, máximas, média e o DP (IC = 90% e adesão maior que 80% das eSF ao PMAQ-AB) estão contidos na Tabela 8. Na perspectiva das equipes as notas poderiam variar entre 0 a 90 pontos, enquanto que na percepção dos usuários variavam entre 0 a 10 pontos. Para classificação entre alta, média ou baixa, foi levado em consideração a forma de criação dos índices já relatada na metodologia deste estudo. A nota máxima obtida pelas equipes foi de 67,81, a mínima 31,53 e média de 50,45 (DP = 8,37). Já pelos usuários, a máxima foi de 5,56, a mínima 2,98 e a média 4,23 (DP = 0,55).

Tabela 8 - Análise Descritiva entre o Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado na perspectiva das eSF e percepção dos usuários (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB)

Indicador	Mín	Máx	Média	DP
Perspectiva das eSF	31,53	67,81	50,98	8,37
Percepção dos usuário	2,98	5,56	4,23	0,55

Fonte: Dados da pesquisa

Buscou-se ainda verificar a existência de correlação entre a qualidade do cuidado na perspectiva da equipe e na percepção do usuário. Diante do coeficiente de 90% e adesão maior de 80%, a correlação, dados na Tabela 9, é classificada como significativa (Valor-p <0,001) e positiva, ou seja, quanto melhor a qualidade do cuidado na perspectiva da eSF, melhor tende a ser a percepção dos usuários sobre a qualidade.

Tabela 9 - Correlação entre o Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado na perspectiva das eSF e percepção dos usuários (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB)

Indicador	Correlação	Valor-p
Perspectiva das eSF e Percepção dos usuário	0,47	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa

5.3 Terceira Etapa

Nesta etapa realizou-se a associação da qualidade do cuidado por Dimensões do Módulo I e II do PMAQ-AB, na perspectiva da eSF, na percepção do usuário e pela satisfação do usuário em relação ao IVS e outras variáveis de ajuste.

Dos 106 municípios da amostra, 8 municípios (7,5%) foram classificados com alta taxa de vulnerabilidade social, 35 municípios (33%) tem média vulnerabilidade e 63 municípios (59,5%) possuem baixa vulnerabilidade. Em relação a cobertura da AB, 29 municípios (26,6%) possuem baixa, 33 municípios (31,1%) possuem média e 44 municípios (42,3%) possuem alta cobertura. Do total, 13 municípios (12,6%) possuem médio porte populacional, 86 municípios (81,1%) grande porte e apenas 7 municípios (6,3%) se enquadraram como metrópole. Das regiões brasileiras 11 municípios (10,4%) se encontram no Centro-Oeste, 33 municípios (31,1%) no Nordeste, 7 municípios (6,3%) no Norte, 36 municípios (34%) no Sudeste e 19 municípios (18,2%) no Sul.

Na Dimensão I (Tabela 10), 8 municípios (7,5%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 98 foram considerados com média/alta qualidade (92,5%). A maioria dos municípios independente do IVS, apresentou média/alta qualidade do cuidado ($p = 0,268$). Todavia, municípios com maior vulnerabilidade apresentaram maior porcentagem de baixa qualidade. A maioria também obteve média/alta qualidade independente da cobertura da AB ($p = 0,903$). Nenhum município de médio porte ou metrópole, nessa dimensão, foi considerado com baixa qualidade do cuidado ($p = 0,768$). Houve associação significativa ($p = 0,020$) entre a Dimensão I e a Região, uma vez que todas as equipes do Sudeste apresentaram qualidade média/alta, enquanto que no Norte, apenas 71,4% das equipes apresentaram nota média/alta.

Na Dimensão II (Tabela 11), 67 municípios (63,2%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 39 foram considerados com alta/média qualidade (36,8%). A maioria dos municípios com alta, média ou baixa vulnerabilidade apresentou baixa qualidade do cuidado. Todavia, nenhum município com a taxa de IVS alta apresentou média/alta qualidade do cuidado, todos foram classificados em baixa qualidade. O que gerou uma associação

significativa ($p = 0,046$). A maioria dos municípios obteve baixa qualidade independente da cobertura da AB ($p = 0,845$). Também em relação ao porte populacional, a maioria dos municípios foram considerados com baixa qualidade ($p = 0,223$). Com exceção do Sul, todas as demais regiões tiveram a maioria dos municípios considerados com baixa qualidade do cuidado ($p = 0,072$).

Na Dimensão III (Tabela 12), 57 municípios (53,8%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 49 foram considerados com alta/média qualidade (46,2%). A maioria dos municípios com alto IVS (62,5%) e com baixo IVS (55,6%) apresentou baixa qualidade do cuidado, nos municípios com médio IVS a quantidade de municípios entre baixa e média/alta qualidade foi quase igual 48,6% e 51,4%, respectivamente ($p = 0,749$). Na cobertura baixa e média um pouco mais da metade dos municípios foram considerados com média/alta qualidade nessa dimensão. Já na alta cobertura, apenas 31,8% apresentaram média/alta qualidade. Portanto, a associação foi significativa ($p = 0,039$). Os municípios de médio e grande porte estão mais delimitados na baixa qualidade e as metrópoles em média/alta qualidade ($p = 0,107$). Houve uma associação significativa entre a Dimensão III e as regiões, pois as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste tiveram mais municípios com baixa qualidade, enquanto os restantes das regiões obtiveram mais municípios com média/alta qualidade ($p = 0,037$).

Tabela 10 - Associação entre Dimensão I e as variáveis do estudo

Dimensão I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica

Variáveis / Dimensão I		Qualidade baixa		Qualidade média/alta		Valor-p
		n	%	n	%	
IVS	Alta	1	12,5%	7	87,5%	0,268
	Média	4	11,4%	31	88,6%	
	Baixa	3	4,8%	60	95,2%	
Cobertura AB	Baixa	2	6,9%	27	93,1%	0,903
	Média	2	6,1%	31	93,9%	
	Alta	4	9,1%	40	90,9%	
Porte Municipal	Médio porte	0	0,0%	13	100,0%	0,768
	Grande porte	8	9,3%	78	90,7%	
	Metrópole	0	0,0%	7	100,0%	
Região	Centro-Oeste	1	9,1%	10	90,9%	0,020
	Nordeste	2	6,1%	31	93,9%	
	Norte	2	28,6%	5	71,4%	
	Sudeste	0	0,0%	36	100,0%	
	Sul	3	15,8%	16	84,2%	

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 11 - Associação entre Dimensão II e as variáveis do estudo**Dimensão II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS**

Variáveis / Dimensão II		Qualidade baixa		Qualidade média/alta		Valor-p
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
IVS	Alta	8	100,0%	0	0,0%	0,046
	Média	23	65,7%	12	34,3%	
	Baixa	36	57,1%	27	42,9%	
Cobertura AB	Baixa	17	58,6%	12	41,4%	0,845
	Média	21	63,6%	12	36,4%	
	Alta	29	65,9%	15	34,1%	
Porte Municipal	Médio porte	11	84,6%	2	15,4%	0,223
	Grande porte	52	60,5%	34	39,5%	
	Metrópole	4	57,1%	3	42,9%	
Região	Centro-Oeste	9	81,8%	2	18,2%	0,072
	Nordeste	24	72,7%	9	27,3%	
	Norte	5	71,4%	2	28,6%	
	Sudeste	22	61,1%	14	38,9%	
	Sul	7	36,8%	12	63,2%	

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 12 - Associação entre Dimensão III e as variáveis do estudo**Dimensão III – Valorização do Trabalhador**

Variáveis / Dimensão III		Qualidade baixa		Qualidade média/alta		Valor-p
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
IVS	Alta	5	62,5%	3	37,5%	0,749
	Média	17	48,6%	18	51,4%	
	Baixa	35	55,6%	28	44,4%	
Cobertura AB	Baixa	12	41,4%	17	58,6%	0,039
	Média	15	45,5%	18	54,5%	
	Alta	30	68,2%	14	31,8%	
Porte Municipal	Médio porte	10	76,9%	3	23,1%	0,107
	Grande porte	45	52,3%	41	47,7%	
	Metrópole	2	28,6%	5	71,4%	
Região	Centro-Oeste	8	72,7%	3	27,3%	0,037
	Nordeste	17	51,5%	16	48,5%	
	Norte	3	42,9%	4	57,1%	
	Sudeste	24	66,7%	12	33,3%	
	Sul	5	26,3%	14	73,7%	

Fonte: Dados da pesquisa

Na Dimensão IV (Tabela 13), 20 municípios (18,9%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 86 foram considerados com média/alta qualidade (81,1%). A maioria dos municípios independente do IVS, apresentaram média/alta qualidade do cuidado ($p = 0,123$). A maioria também obteve média/alta qualidade em relação a cobertura da AB, associação ($p = 0,704$). Independentemente do porte populacional a maioria dos municípios foram categorizados com média/alta qualidade ($p = 0,393$). Assim como na variável anterior, todas as regiões apresentaram a maioria dos municípios com média/alta qualidade ($p = 0,403$).

Tabela 13 - Associação entre Dimensão IV e as variáveis do estudo

Dimensão IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho

Variáveis / Dimensão IV		Qualidade baixa		Qualidade média/alta		Valor-p
		n	%	n	%	
IVS	Alta	2	25,0%	6	75,0%	0,123
	Média	10	28,6%	25	71,4%	
	Baixa	8	12,7%	55	87,3%	
Cobertura AB	Baixa	7	24,1%	22	75,9%	0,704
	Média	6	18,2%	27	81,8%	
	Alta	7	15,9%	37	84,1%	
Porte Municipal	Médio porte	1	7,7%	12	92,3%	0,393
	Grande porte	17	19,8%	69	80,2%	
	Metrópole	2	28,6%	5	71,4%	
Região	Centro-Oeste	2	18,2%	9	81,8%	0,403
	Nordeste	4	12,1%	29	87,9%	
	Norte	3	42,9%	4	57,1%	
	Sudeste	8	22,2%	28	77,8%	
	Sul	3	15,8%	16	84,2%	

Fonte: Dados da pesquisa

No tocante do “Índice de Qualidade do Cuidado” na perspectiva da eSF (Tabela 14), 22 municípios (20,8%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 84 foram considerados com média/alta qualidade (79,2%). A maioria dos municípios, apresentaram média/alta qualidade do cuidado na associação com o IVS, porém houve uma associação significativa entre a qualidade do cuidado e o IVS. Pois, os municípios com baixa vulnerabilidade apresentam 87,3% de média/alta qualidade, enquanto os municípios com alta vulnerabilidade apresentaram apenas 62,5% de média/alta qualidade ($p = 0,031$). A maioria também obteve média/alta qualidade em relação a cobertura da AB ($p = 0,469$). Independentemente do porte populacional a maioria dos municípios foram categorizados com

média/alta qualidade ($p = 0,804$). Assim como na variável anterior, todas as regiões apresentaram a maioria dos municípios com média/alta qualidade ($p = 0,498$).

Tabela 14 - Associação entre o Índice de Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF e as variáveis do estudo

Índice de Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF						
Variáveis / Dimensão eSF		Qualidade baixa		Qualidade média/alta		Valor-p
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
IVS	Alta	3	37,5%	5	62,5%	0,031
	Média	11	31,4%	24	68,6%	
	Baixa	8	12,7%	55	87,3%	
Cobertura AB	Baixa	8	27,6%	21	72,4%	0,469
	Média	7	21,2%	26	78,8%	
	Alta	7	15,9%	37	84,1%	
Porte Municipal	Médio porte	2	15,4%	11	84,6%	0,804
	Grande porte	18	20,9%	68	79,1%	
	Metrópole	2	28,6%	5	71,4%	
Região	Centro-Oeste	2	18,2%	9	81,8%	0,498
	Nordeste	5	15,2%	28	84,8%	
	Norte	3	42,9%	4	57,1%	
	Sudeste	9	25,0%	27	75,0%	
	Sul	3	15,8%	16	84,2%	

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao “Índice de Qualidade do Cuidado” na percepção do usuário (Tabela 15), 98 municípios (92,5%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 8 foram considerados com média/alta qualidade (7,5%). Nenhum município com o IVS considerado alto ou médio atingiu uma média/alta qualidade, sendo todos classificados com baixa qualidade. Todavia, a maioria dos municípios com baixa vulnerabilidade (87,3%) também foram categorizados em baixa qualidade ($p = 0,059$). A maioria obteve baixa qualidade em relação a cobertura da AB ($p = 0,230$). Independentemente do porte populacional a maioria dos municípios foram categorizados com baixa qualidade ($p = 0,451$). A maioria das regiões apresentaram todos os municípios com baixa qualidade, somente as regiões Sudeste e Sul tiveram alguns municípios considerados média/alta qualidade ($p = 0,074$).

Tabela 15 - Associação entre o Índice de Qualidade do Cuidado na percepção do usuário e as variáveis do estudo

Índice de Qualidade do Cuidado na percepção dos Usuários						
Variáveis / Dimensão Usuário		Qualidade baixa		Qualidade média/alta		Valor-p
		N	%	N	%	
IVS	Alta	8	100,0%	0	0,0%	0,059
	Média	35	100,0%	0	0,0%	
	Baixa	55	87,3%	8	12,7%	
Cobertura AB	Baixa	26	89,7%	3	10,3%	0,230
	Média	29	87,9%	4	12,1%	
	Alta	43	97,7%	1	2,3%	
Porte Municipal	Médio porte	13	100,0%	0	0,0%	0,451
	Grande porte	79	91,9%	7	8,1%	
	Metrópole	6	85,7%	1	14,3%	
Região	Centro-Oeste	11	100,0%	0	0,0%	0,074
	Nordeste	33	100,0%	0	0,0%	
	Norte	7	100,0%	0	0,0%	
	Sudeste	31	86,1%	5	13,9%	
	Sul	16	84,2%	3	15,8%	

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao “Índice de Satisfação do Usuário” (Tabela 16), 35 municípios (33%) apresentaram baixa qualidade na satisfação, enquanto, 71 foram considerados com média/alta qualidade (67%). Os municípios com alta vulnerabilidade foram igualmente divididos entre baixa e média/alta qualidade. A maioria dos municípios com média e baixa vulnerabilidade foram identificados com média/alta qualidade. Houve uma associação significativa ($p = 0,047$), quanto mais baixo o IVS melhor o Índice de Satisfação do Usuário. A maioria obteve média/alta qualidade em relação a cobertura da AB ($p = 0,267$). Para o porte populacional a maioria dos municípios foram categorizados com média/alta qualidade ($p = 1,000$). As regiões Nordeste, Sudeste e Sul tiveram a maioria dos municípios com média/alta qualidade, porém Centro-Oeste e Norte adquiriu maioria com baixa qualidade. Sendo assim, houve associação significativa ($p = 0,014$) entre o “Índice de Satisfação do Usuário” e as regiões do Brasil.

Tabela 16 - Associação entre o Índice de Satisfação do Usuário e as variáveis do estudo
Índice de Satisfação do Usuário

Variáveis / Satisfação Usuário		Baixa		Média/Alta		Valor-p
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
IVS	Alta	4	50,0%	4	50,0%	0,047
	Média	16	45,7%	19	54,3%	
	Baixa	15	23,8%	48	76,2%	
Cobertura AB	Baixa	10	34,5%	19	65,5%	0,267
	Média	14	42,4%	19	57,6%	
	Alta	11	25,0%	33	75,0%	
Porte Municipal	Médio porte	4	30,8%	9	69,2%	1,000
	Grande porte	29	33,7%	57	66,3%	
	Metrópole	2	28,6%	5	71,4%	
Região	Centro-Oeste	6	54,5%	5	45,5%	0,014
	Nordeste	15	45,5%	18	54,5%	
	Norte	4	57,1%	3	42,9%	
	Sudeste	7	19,4%	29	80,6%	
	Sul	3	15,8%	16	84,2%	

Fonte: Dados da pesquisa

6 DISCUSSÃO

Este estudo de forma geral, demonstrou que existem diferenças na avaliação da qualidade do cuidado oferecida pelas UBS/equipes e a percepção desse cuidado pelos usuários. Para a maioria dos usuários o funcionamento, a estrutura e os medicamentos disponibilizados pela UBS não foram fatores causadores de descontentamento.

Sobre o funcionamento das UBS, percebe-se que a maioria das unidades (99,3%) funciona, na percepção dos profissionais, da forma classificada como alta ou média qualidade, abertas na maioria das vezes, em 5 dias da semana e não fechando para horário de almoço. Isso vai de encontro com estudo de Fausto *et al.* (2014), no qual 83% das eSF foram classificadas como mais acessíveis, funcionando no mínimo 5 dias da semana com carga horária de 8 horas ou mais.

Para a maioria dos usuários (86,4%) o horário de funcionamento foi considerado de alta qualidade, ou seja, adequado as suas necessidades. Essa boa percepção dos usuários com o horário de funcionamento das UBS também foi verificada nos estudos com dados do PMAQ-AB (1º ciclo) de Albuquerque *et al.* (2014) em Pernambuco e Fausto *et al.* (2014) no Brasil, nesse último é ainda melhor nos municípios de menor porte. Já o estudo de Protasio *et al.* (2017b), também com dados do PMAQ-AB (1º ciclo), constatou que quando o horário da unidade não atende as necessidades dos usuários implica na redução na satisfação dos usuários em todas as regiões do Brasil, principalmente na região Sul (2,5 vezes) e no Norte (2,4 vezes). De forma geral no Brasil, quando a UBS não funciona cinco dias na semana diminui 29% a chance de satisfação do usuário em relação às UBS que abrem cinco vezes na semana (PROTASIO *et al.* 2017a). No presente estudo, a correlação desse item também revelou que quando se melhora o período de funcionamento da UBS, isso tende a melhorar a avaliação do usuário. Internacionalmente, quando avaliado dados do inquérito realizado com pacientes da Inglaterra, pode-se dizer que os usuários brasileiros demonstram estar mais satisfeitos nesse quesito, pois o resultado inglês aponta que apenas 64,7% dos pacientes estão satisfeitos ou bastante satisfeitos com o horário de funcionamento do serviço de saúde da APS (GPPS, 2019a).

Deve-se levar em consideração que muitos usuários trabalham no horário de funcionamento das UBS e que os usuários que foram entrevistados, provavelmente, são os que possuem maior disponibilidade para estarem nas unidades no horário padrão de funcionamento e talvez, por isso, demonstrem melhor percepção do acesso. Bulgarelli *et al.* (2018) afirma que somente por ter acesso os usuários se sentem satisfeitos.

No bloco que avaliou a estrutura das UBS as classificações entre alta, média e baixa foram mais distribuídas tanto na observação da UBS, quanto pela percepção dos usuários. Sendo que para ambos os casos, mesmo que pouco expressivo, o maior quantitativo foi para alta qualidade. Pode-se afirmar com esses resultados que existe uma heterogeneidade nas estruturas das UBS do Brasil. Contudo, o bloco medicamentos, foi mal avaliado pela observação na UBS, apenas 10,5% das UBS obtiveram alta qualidade. Todavia, o maior quantitativo de usuários avaliou como alta qualidade. Portanto, a maioria das unidades não tem disponível parte dos medicamentos, mas os usuários não percebem tão bem essa falta de disponibilidade. Para se obter uma boa avaliação durante a observação das UBS todas as variáveis contidas no bloco Estrutura da UBS e Medicamentos tinham que ser visualizadas pelos entrevistadores. Posto isso, acredita-se que os dados obtidos nesses quesitos sejam mais fidedignos.

Vários estudos (ALBUQUERQUE *et al.* 2014; GARCIA *et al.* 2015; MEDEIROS *et al.* 2010; MISHIMA, *et al.* 2016; MOURA *et al.* 2010) apontam que grande parte das UBS apresentam estrutura físicas inadequadas ou improvisadas, além da falta de medicações. Tanto na avaliação da estrutura e principalmente, no fornecimento de medicações, os usuários foram menos críticos em relação a verificação feita na UBS. Callou Filho *et al.* (2017) no estudo realizado em Fortaleza, Vieira *et al.* (2016) em estudo realizado no Pará e Jorge *et al.* (2007) em estudo realizado no Ceará, também encontraram que a maior parte dos usuários acreditam que as UBS têm uma infraestrutura adequada. Reforça esse cenário o estudo de Gouveia *et al.* (2011), no qual apontou que os aspectos relacionados a disponibilidade de medicamentos e equipamentos adequados foram os que mais contribuíram para aumentar a satisfação. Magalhães Junior e Pinto (2014) relatam que os dados do PMAQ-AB no 1º ciclo apontaram que 90% dos usuários afirmaram que conseguem os medicamentos que precisam para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a *Diabetes Mellitus* (DM). Isso pode ser explicado, de acordo com Santiago *et al.* (2013) e Protasio *et al.* (2017b), que o usuário ao avaliar as condições oferecidas pela unidade, também levam em consideração a forma como é tratado pelos profissionais, não sabendo distinguir ao certo o julgamento. Ferri *et al.* (2007) em um estudo qualitativo contribui com essa perspectiva ao afirmar que os usuários que foram bem atendidos ou bem recebidos não se incomodam com as instalações das unidades, eles também acreditam que é “normal” serviços públicos serem menos estruturados.

Nesses dois últimos blocos a correlação demonstrou que uma melhora ou piora na estrutura da UBS e fornecimento de medicamentos tendem a gerar uma avaliação proporcional pelo usuário.

Nos blocos relacionados as variáveis similares entre as equipes e os usuários, houve na maioria dos casos, uma discrepância de avaliações, fato também encontrado no estudo de Lima *et al.* (2016). No presente estudo, enquanto os usuários classificaram, na maioria das vezes, os blocos em baixa ou média qualidade, as eSF classificaram os mesmos blocos em alta qualidade. Com exceção, para as equipes, está o bloco de agendamento de consultas, no qual, a maioria das equipes definiu esse quesito como média qualidade, porém o percentual encontrado foi próximo à baixa qualidade. Já para os usuários, a exceção foi o bloco demanda espontânea, no qual, a maioria definiu como alta qualidade, todavia, os percentuais foram bem distribuídos entre as categorias. Alguns estudos também registraram que os profissionais de saúde tendem a realizar uma avaliação mais positiva de suas ações em relação aos usuários (IBAÑEZ *et al.* 2006; FAUSTO *et al.* 2014; PEREZ *et al.* 2013; SILVA e CALDEIRA, 2010; VAN STRALEN, 2008).

O agendamento de consulta e a busca ativa foram destaques como piores itens avaliados pelos usuários, nessa ordem, recebendo quase pela totalidade de usuários uma classificação como de baixa qualidade.

Existe maior concordância que o agendamento de consultas é um dificultador para as eSF e principalmente, para os usuários. É raro no Brasil a marcação de consultas por telefone ou *internet*, tendo que, muitas vezes, o usuário enfrentar filas e pegar senhas. Fato que foi indicado, segundo estudo de Fausto *et al.* (2014), com 31% dos usuários no 1º ciclo do PMAQ-AB. Dados do NHS da Inglaterra (GPPS, 2019a e 2019b), reiteram que a facilidade de conseguir marcar uma consulta por telefone ou pela *internet* foram decisivos para o aumento do grau de satisfação dos pacientes. Um inquérito realizado com pacientes do NHS revelou que 77% dos usuários apontaram ser fácil acessar o GP *website*, a grande maioria dos usuários (77,8%) já agendou consulta para atendimento médico via telefone, 14,4% já usaram aplicativos de *smartphones* ou outros canais eletrônicos, apenas 42,1% já agendaram pessoalmente e 10% não usou nenhuma dessas opções (GPPS, 2019a). No mesmo estudo, a maioria (68,7%) conseguiu que sua consulta fosse marcada no mesmo dia, no dia seguinte ou alguns dias depois. Tendo em vista esses dados, 73,6% ficaram satisfeitos com as consultas que foram oferecidas e 67,4% descreveram sua experiência em marcar uma consulta como boa. O inquérito ainda concluiu que oferecer escolhas aos pacientes para marcação de consulta causa um impacto positivo na satisfação (GPSS, 2019b).

A demanda espontânea garante o acesso oportuno e universal dos usuários às ações de saúde. Desse modo, os resultados encontrados neste estudo, evidenciam que apesar da maioria das eSF afirmarem prestar alta qualidade de atendimento nesse item, os usuários ainda

perceberam empecilhos nesse acolhimento, visto que a distribuição foi quase equânime entre baixa, média ou alta qualidade. Isso vai de encontro com o estudo de Bulgarelli (2018) que observou que as necessidades/expectativas dos usuários não foram satisfatoriamente atingidas durante o primeiro contato. Estudos internacionais (GROL *et al.* 2000; PETEK *et al.* 2011) apontam que o tempo de espera para ter o primeiro atendimento foi um dos únicos critérios considerado relativamente negativo pelos usuários. Fausto *et al.* (2014), também observou uma percepção das eSF mais positiva em relação às variáveis relacionadas a porta de entrada da APS. Contrariando esse estudo e o presente estudo, o primeiro contato foi identificado com baixo escore pelos profissionais em algumas pesquisas (CASTRO *et al.* 2012; VITORIA *et al.* 2013). Devido à distribuição entre as classificações da percepção dos usuários sobre esse primeiro atendimento é importante realizar avanços nesse sentido.

O bloco acessibilidade, que continha variáveis mais relativas à acessibilidade dos usuários aos profissionais (vínculo), foi a uma das menos depreciada pelos usuários, apesar de ter sido considerado pela maioria como baixa qualidade. Assim como o bloco demanda espontânea, teve percentuais mais divididos entre as classificações possíveis. Corroborando com esse fato estudo realizado por Perez *et al.* (2013), que concluiu que um bom relacionamento profissional/paciente aumenta em 4,8 vezes a chance de obter satisfação. Outro estudo revela que quando o usuário nem sempre acha fácil conversar com os profissionais da equipe a chance de satisfação caiu em 14% (PROTASIO *et al.* 2017a). No critério relação profissional de saúde e usuário os resultados encontrados no inquérito da Inglaterra apontam alto grau de satisfação. Quase todos os pacientes (95,5%) tinham confiança no profissional de saúde que viram ou falaram pela última vez (GPPS, 2019b). Outra pesquisa também conduzida na Inglaterra por Paddison *et al.* (2015) aponta que boa comunicação com o seu médico é talvez, o elemento mais importante para melhoria da experiência do paciente na atenção primária. Esse critério foi relativamente bem avaliado pela eSF, 62,5% consideram como alta qualidade. Todavia, no estudo de Lima *et al.* (2016) a acessibilidade obteve o menor valor entre os atributos avaliados pelos profissionais da APS.

A busca ativa e a visita domiciliar também não foram tópicos bem avaliados pelos usuários, sendo que a grande maioria (83,6%) considerou a busca ativa com baixa qualidade, enquanto a maioria (45,5%) classificou a visita domiciliar com média qualidade. Um dos pontos mais fortes do PSF é a busca ativa, a equipe vai em busca dos usuários, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde (BRASIL, 2001). Nas diversas situações abordadas, neste estudo, para realização de busca ativa, somente 58,1%, na percepção das equipes, foram bem avaliadas.

Tendo em vista esses dados é importante potencializar essa ação, objetivando um impacto significativo na saúde coletiva.

Deve-se destacar que no bloco visita domiciliar, as variáveis direcionadas para as equipes abordavam sobre a presença de visitas e de critérios e protocolos para a sua realização. Dessa forma, a maioria das equipes entendem que fazem visita e possuem protocolo e critérios para isso. Já para os usuários só haviam, no instrumento do PMAQ-AB, variáveis sobre a visita dos ACS e sobre a frequência das visitas feitas pela equipe. Ou seja, a percepção dos usuários, nesse estudo, está relacionada as visitas feitas pelos ACS e ao quantitativo de visitas realizadas pela equipe, sendo considerado de média qualidade. Assim, esse estudo aponta uma certa escassez na frequência de visita domiciliar pela percepção dos usuários, esse fato vai de encontro com outros estudos. Albuquerque e Bosi (2009), reitera que quando as visitas domiciliares são realizadas, são esporádicas. A realização de visita domiciliar pela equipe aumenta quase cinco vezes a chance de o usuário ficar satisfeito (PÉREZ *et al.* 2013). Quando a eSF não visita a casa do usuário a chance de satisfação é reduzida em 25% (PROTASIO *et al.* 2017a).

As correlações entre as percepções apontam que a melhoria nos indicadores das eSF tendem a influenciar uma melhor avaliação da qualidade do cuidado pelo usuário.

Quando se julgou somente as variáveis muito relacionadas à satisfação do usuário, criando-se o “Índice de Satisfação dos Usuários”, percebeu-se que apesar dos usuários serem bem críticos nas estratificações deste estudo por blocos temáticos, os mesmos foram considerados, em sua maioria (77,1%), altamente satisfeitos com as equipes e UBS. Na literatura sobre satisfação de usuários é bastante comum observar, mesmo usando diferentes formas de medir a satisfação, em estudos qualitativos ou quantitativos, o alto grau de satisfação (ABREU *et al.* 2018; BRANDÃO, 2011; ESPERIDIÃO e TRAD, 2006; GOMES e PINHEIRO, 2005; GPPS, 2019a e 2019b; GROU *et al.* 2000, MEDEIROS *et al.* 2010; PAIVA *et al.* 2015; PETEK *et al.* 2011; PROTASIO *et al.* 2017b; SERRANO-DEL ROSAL e LORIENTE-ARIN, 2008), esse fato é reportado, segundo Esperidião e Trad (2006) mesmo quando as expectativas sobre o serviço são negativas.

Nota-se, dessa forma, que os usuários apontam os problemas existentes no processo de trabalho das eSF e UBS, porém ao serem questionados diretamente sobre o cuidado ofertado, se mudaria ou recomendaria a equipe ou UBS, eles demonstram uma visão positiva. Estudo realizado com o PMAQ-AB (1º ciclo) no estado do Pará aborda também sobre o alto grau de satisfação dos usuários em relação ao cuidado recebido, sendo que mais da metade se consideram satisfeitos, 71,6% não mudariam de equipe ou unidade e 80,8% recomendaria a

unidade para amigos ou familiares (VIEIRA *et al.* 2016). Nacionalmente, com o uso de dados do mesmo programa e no mesmo ciclo, os usuários também tiveram majoritariamente uma visão positiva, mais de 80% não mudaria de equipe e mais de 85% indicariam a unidade para amigos e familiares (FAUSTO *et al.* 2017). Isso vai ao encontro com um estudo internacional europeu que demonstrou que mais 80% dos pacientes consideraram o atendimento bom ou excelente, entretanto, foram mais negativos sobre os aspectos organizacionais do cuidado (GROL *et al.* 2000).

Esse achado pode ser explicado pela conotação de vínculo que as perguntas feitas aos usuários podem gerar. Como a abordagem foi feita diretamente sobre às eSF e UBS, os usuários podem responder pensando apenas na assistência humanizada ofertada. Os usuários dão mais importância à forma como são tratados e a resolubilidade de suas demandas, entretanto, não são indiferentes aos problemas do processo de trabalho (FERRI *et al.* 2007).

Todavia, como relatado por Moita, Barbosa e Raposo (2019) há uma enorme escassez de instrumentos para mensurar a satisfação dos usuários com os serviços de saúde, sendo que os autores também não identificam nenhuma metodologia que seja robusta, padronizada e validada para isso. Por isso, muitas pesquisas emergem resultados conflitantes. Um exemplo, seria uma pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ao DATAFOLHA em 2015 com 2.069 pessoas, na qual foi encontrado uma suposta insatisfação de mais de 87% dos entrevistados com a saúde pública do Brasil (CFM, 2015). Enquanto, uma pesquisa de opinião encomendada pelo CONASS mais de 80% avaliaram os serviços de saúde públicos como bom ou excelente (BRASIL, 2003c).

Pela análise de correlação entre a satisfação do usuário e a qualidade do cuidado ofertado pelas equipes nas Dimensões II e IV foi possível notar que há uma tendência de melhora da satisfação quando se melhora o cuidado.

Os resultados obtidos, referentes a primeira etapa do estudo, vão de encontro com os resultados revelados na segunda etapa. Destaca-se que nesta etapa foi incorporado critérios mais rigorosos para a seleção da amostra, estabelecendo IC = 90% e municípios com adesão maior de 80% das eSF ao PMAQ-AB. Salienta-se ainda que diante dessa seleção houve a exclusão de municípios de pequeno porte. E os municípios com maior porte populacional apresentaram em estudos com dados do PMAQ-AB (NEVES *et al.* 2018; TOMASI *et al.* 2015) melhores serviços de APS. Também é importante mencionar que os dados para as últimas duas etapas deste trabalho formam retirados de um banco estruturado pelo Ministério da Saúde com as notas para certificação das equipes. Sendo assim, nesse banco, algumas variáveis de qualidade que são

classificadas como “Essencial”, quando estão em conformidade não alteram a nota da certificação.

Foi observado uma disparidade na avaliação da Qualidade do Cuidado entre as eSF e usuários. As equipes, na maioria dos casos (71,7%) avaliou que o cuidado ofertado é de média qualidade, enquanto a maioria dos usuários (92,5%) avaliou ser de baixa qualidade. Ibañez *et al.* (2006) também avaliaram a satisfação entre profissionais e usuários de 62 municípios do estado de São Paulo e encontrou, similarmente a este estudo, distinções nas avaliações, sendo que 80% dos profissionais avaliam bem os serviços de saúde, enquanto 60% dos usuários avaliaram como razoável. Ou seja, os profissionais são mais propensos a pensar que os serviços ofertados pela equipe possuem qualidade, por outro lado, os usuários apontam dificuldades, tornando essa qualidade significativamente pior avaliada.

Ainda assim, na análise de correlação, quanto melhor a qualidade do cuidado na perspectiva da equipe, melhor tende a ser a percepção dos usuários sobre a qualidade do cuidado ofertado.

Os dados aqui alcançados, ainda apontam que apesar dos notórios avanços obtidos nas últimas décadas com a consolidação da APS existem desafios a serem superados para a obtenção da melhoria da qualidade do cuidado ofertado, visto que foram baixas a porcentagem de municípios identificados, tanto pelas equipes, como pelos usuários, com alta qualidade.

Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) além de problemas de infraestrutura e de falta de recursos humanos, há também dificuldades na organização dos serviços, na gestão das eSF, na prática profissional para garantir oferta de ações e cuidados de saúde, mesmo diante da disponibilidade de padrões, referências, diretrizes, metas e protocolos de trabalho. A mesma referência ainda demonstra, similarmente ao que foi exemplificado no presente estudo, que quando se interroga diretamente o receptor desse cuidado ofertado, ou seja, o usuário, essa preocupação com a baixa qualidade fica mais evidente. Tomasi *et al.* (2017a) verificou dados do PMAQ-AB relacionados a avaliação das usuárias sobre o pré-natal e encontrou uma situação na qual apenas 15% das entrevistadas indicaram receber uma atenção de qualidade. Quando entrevistados os portadores de diabetes, Tomasi *et al.* (2017b) aponta que somente 48,9% recebeu orientação sobre cuidados com os pés e 32,7% relatou ter seus pés examinados. Sobre a avaliação da prevenção do câncer de mama, 37,7% das mulheres relataram nunca terem feito um exame clínico das mamas e 30,3% dizem nunca terem feito a mamografia (TOMASI *et al.* 2015). Já 21% dos hipertensos entrevistados notaram que não realizaram consulta ou acompanhamento para a hipertensão arterial nos últimos 6 meses (FAUSTO *et al.* 2017). Ao serem questionados se saíram da consulta com a próxima consulta marcada, 58% dos usuários

com HAS e 55% com DM responderam negativamente (MAGALHÃES JUNIOR e PINTO, 2014).

Ao buscar na literatura sobre a qualidade de alguns quesitos descritos acima, porém na perspectiva do prestador do cuidado, notou-se também que há avanços que devem ser alcançados. Os resultados da pesquisa de Magalhães Junior e Pinto (2014) inferem que há deficiência na coordenação do cuidado e na gestão clínica de casos que necessitam de cuidado prolongado. Fato que também vai ao encontro à esta pesquisa. No atendimento ao pré-natal, o município de Niterói, teve adequação considerada apenas regular ou boa (JANSSEN, FONSECA e ALEXANDRE, 2016). Na atenção à pessoa com diabetes, Neves *et al.* (2018) traz que o estudo do PMAQ-AB em 2012 e 2014 obteve apenas 4% e 8%, respectivamente, das UBS do Brasil que possuíam todos os materiais necessários para o atendimento ao diabético. O mesmo estudo observou insuficiência nos medicamentos e estrutura para o atendimento desse público. No 1º ciclo identificou-se que apenas 61% das eSF tinham registro das gestantes de alto risco, 77% e 52% agendavam consultas e exames para usuários com HAS e DM, respectivamente, de acordo com a estratificação de risco (MAGALHÃES JUNIOR e PINTO, 2014).

Quando comparado diretamente as percepções dos profissionais e usuários cuidadores de crianças menores de cinco anos, mais profissionais do que cuidadores disseram que as ações de saúde eram acessíveis (PEREZ *et al.* 2013). Nesse mesmo estudo embora poucos cuidadores pesquisados relataram já ter recebido algum conselho (18%) ou ter participado de atividades educativas (2%) sobre tratamento de diarreia, quase todos os profissionais relataram que normalmente dão conselhos aos cuidadores de crianças (97%). Notou-se ainda, nesse último estudo mencionado, que quando há melhora na percepção dos profissionais há também melhora na percepção dos usuários.

Não obstante, deve-se atentar quando se faz uma comparação das perspectivas entre profissionais e usuários com relação a qualidade do cuidado, pois a relevância dos fatores que determinam a qualidade de um serviço é diferente entre esses grupos de indivíduos. Volpato (2014) identificou em uma revisão sistemática entre 1990 a 2013, apenas algumas características que determinam qualidade dos serviços de saúde comuns aos usuários e aos profissionais: boa relação profissional-usuário, número adequado de profissionais e boas condições na estrutura física. Já Ibañez *et al.* (2006) identificou opiniões semelhantes desses autores somente nas dimensões: acessibilidade, porta de entrada e vínculo. Nessa lógica, os gestores tendem a focar o olhar para rendimento, custo e eficiência; os profissionais de saúde buscam reconhecimento profissional e um bom ambiente de trabalho; os usuários entende,

qualidade como obtenção dos benefícios e das necessidades esperadas (ARAÚJO *et al.* 2017). Também é importante ressaltar que há poucas publicações que comparam a percepção de usuários e profissionais que atuam na APS.

Conhecer a percepção dos profissionais e dos usuários a respeito da qualidade pode ser um passo inicial para o desenvolvimento de ações que levarão a melhoria do serviço de saúde, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer a percepção de ambos para melhor direcionar suas estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais.

Quando analisado os resultados da terceira etapa identificou-se, diante da amostra de municípios deste estudo, que a grande maioria possuía baixa taxa de vulnerabilidade social. Vale destacar que todos os oito municípios classificados com alto IVS estão localizados no Norte (1) e no Nordeste (7) e nenhum desses é considerado metrópole. Dados do IPEA (2018) em 2010, também apontam que as regiões Norte e Nordeste eram as únicas na faixa de alta vulnerabilidade social. A mesma referência ainda alerta que há clara relação entre o maior porte populacional e os valores mais baixos no IVS (faixas baixa e muito baixa). Neste estudo, a maioria dos municípios são de grande porte populacional, não havendo nenhum de pequeno porte para associação e análise. Os municípios foram melhor distribuídos em relação à cobertura da AB e entre as regiões do Brasil.

Na estratificação por dimensões, relacionadas aos Módulo I e II, que aborda a observação na UBS e a percepção da eSF, ficou exposto que a maiorias dos municípios obteve média/alta qualidade do cuidado, exceto na Dimensão II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS e Dimensão III – Valorização do Trabalhador que apresentou maior quantitativo de municípios com baixa qualidade. Diante disso, pela perspectiva dos trabalhadores da AB são essas as dimensões que necessitariam de mais avanços. Para Soratto *et al.* (2018) a gestão em saúde tem como compromisso promover serviços com mínimas condições estruturais, com ventilação e iluminação. Os mesmos autores ainda abordam que também é dever da gestão reduzir fatores que geram desmotivação profissional e consequente piora na qualidade da assistência, é necessário investimento em capital humano, com valorização do trabalhador, por meio da implantação de planos de carreira e qualificação profissional.

Na Dimensão I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica houve associação significativa com a variável região, o Sudeste foi o melhor avaliado, seguido do Nordeste, Centro-Oeste e Sul. Enquanto, o Norte foi o pior avaliado. As subdimensões relacionadas à Dimensão I estão vinculadas ao apoio matricial que as equipes das recebem. Machado *et al.* (2016) também encontraram no 1º ciclo do PMAQ-AB melhor distribuição do

nível de apoio nas regiões Nordeste (32,7%) e Sudeste (31,2%). Confirma esse cenário o estudo de Fonseca Sobrinho *et al.* (2014) que ao analisar a distribuição de grau de apoio pelas regiões do Brasil, encontrou que apenas no Sudeste a maior parcela das equipes possui alto grau de apoio, enquanto o Norte destacou-se por ter o pior grau de apoio. Isso posto, apesar da Dimensão I ser bem avaliada pelas equipes, há relevantes desigualdades regionais.

Perante a Dimensão II – Estrutura e Condição de Funcionamento da UBS foi possível observar que todos municípios com alto IVS apresentaram baixa qualidade. Entretanto, os municípios com média e baixa vulnerabilidade também obtiveram baixa qualidade. Isso reforça o encontrado por Bousquat *et al.* (2017), que também utilizou a Avaliação Externa do PMAQ-AB em 2012. Esses autores notaram que a carência de equipamentos e insumos é observada em todos os tipos de UBS.

Já na Dimensão III - Valorização do Trabalhador houve associação significativa com a variável região, os municípios do Centro-Oeste, seguido dos municípios do Sudeste, Nordeste e Norte foram piores avaliados. Os municípios do Sul foram os melhores avaliados. Assim, pode-se pressupor que os municípios do Sul avaliados nesta pesquisa, valorizam mais seus trabalhadores.

Também na Dimensão III, no aspecto da cobertura da AB é importante apontar que os municípios classificados com alta cobertura foram na maioria dos casos apontados como tendo baixa qualidade do cuidado. Estudo de Guimarães (2018) aponta que houve desde 2009 no Brasil, uma mudança em relações as coberturas da AB, até esse ano as coberturas eram maiores nos municípios com condições mais favoráveis, após esse ano houve expansão da cobertura nos municípios com condições menos favoráveis.

Através do “Índice de Qualidade do Cuidado” na perspectiva das eSF, percebeu-se que a maioria das equipes foi avaliada como média/alta qualidade. A associação da qualidade do cuidado pela perspectiva das eSF demonstrou que as equipes pertencentes à municípios com baixas taxas de IVS possuem melhor qualidade ao serem comparados com os municípios com alta vulnerabilidade. Dialoga com esses resultados o trabalho de Alves *et al.* (2014) que utilizou como critério socioeconômicos o IDHM e os estratos propostos pelo PMAQ-AB. O estudo citado encontrou que os municípios com IDHM muito alto apresentaram maior proporção no acesso e acolhimento, enquanto que os municípios do estrato 1, que possuem piores condições, tiveram menor acesso, acolhimento e disponibilidade. Como conclusão, os autores inferem que os desempenhos das equipes localizadas na região Sudeste, em capitais, em municípios de maior porte e com maior número de eSF foi mais favorável para obtenção de um melhor cuidado.

Já sobre o “Índice de Qualidade do Cuidado” na percepção dos usuários, os municípios, em grande maioria, foram identificados com baixa qualidade. Sobretudo, nenhum município com alta ou média vulnerabilidade atingiu a qualidade do cuidado considerada média/alta na percepção do usuário. Ou seja, os usuários que vivem em municípios considerados mais vulneráveis socialmente, sendo esses municípios de porte médio, grande ou metrópole - casos deste estudo, classificam pior a qualidade do cuidado ofertada. Partindo-se do pressuposto que os indivíduos entrevistados nesses municípios mais vulneráveis apresentam piores condições sociais, os achados indagam alguns estudos brasileiros que afirmaram que os usuários de camadas mais populares são mais satisfeitos com os serviços (BRANDÃO, GIOVANELLA e CAMPOS, 2013; BULGARELLI, *et al.* 2018; COTTA *et al.* 2005; ESPERIDIÃO e TRAD 2006; SANTIAGO *et al.* 2013). Esse dado também questiona a afirmação de Esperidião e Trad (2006) de que a população mais pobre é menos exigente, ficando mais satisfeitas com padrões mínimos humanitários e com insumos básicos. Porém, o encontrado neste estudo é relacionado a maioria das descobertas internacionais apontou que pessoas com rendimento abaixo da mediana eram mais prováveis de estarem insatisfeitos com os serviços de saúde ofertados (BLENDON *et al.* 2002; HALL e DORNAN, 1990; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017; PETEK *et al.* 2011). Algumas pesquisas nacionais também apontaram isso (BASTOS e FASOLO, 2013; GOUVEIA *et al.* 2009; GOUVEIA *et al.* 2011; PROTASIO *et al.* 2017a; SILVA, MENEZES e DIAS, 2014). Têm se ainda que indivíduos com melhores condições socioeconômicas podem ter maior facilidade em obter cuidado de saúde que indivíduos pobres (ALMEIDA *et al.* 2017).

Foi realizado também a análise utilizando somente variáveis muito relacionadas a satisfação do usuário. O termo “satisfação” pode ser interpretado de diversas formas e ademais, como mencionado por Brandão, Giovanella e Campos (2013), pode ser caracterizado pelo seu dinamismo e por receber influência de vários fatores. Dentre os fatores que influenciam pode-se citar: sexo, idade, renda, emprego, distância da UBS da residência do usuário (PROTASIO *et al.* 2017a), além de nível educacional, auto percepção da saúde, quantidade de vezes que o indivíduo internou (BLEICH, OZALTIN E MURRAY, 2009), saúde mental do indivíduo, PIB do país, país de nascimento (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017), dentre outros.

Os resultados encontrados mediante o “Índice de Satisfação do Usuário” apontam melhor percepção, desses mesmos autores, se comparado a avaliação feita sobre a qualidade do cuidado. Nesse aspecto os usuários que vivem em municípios com alta vulnerabilidade, sendo esses municípios de porte médio, grande ou metrópole - casos deste estudo, classificaram igualmente em porcentagem em baixa ou média/alta qualidade, não havendo neste estudo distinção da satisfação entre indivíduos residentes de municípios com alta taxa de

vulnerabilidade. No entanto, indivíduos residentes em municípios com média e baixa vulnerabilidade foram mais satisfeitos.

Os dados também apontaram que há diferença na satisfação dos usuários em relação as regiões. Sendo que a maior insatisfação foi encontrada nas regiões Norte (57,1%), Centro-Oeste (54,5%) e Nordeste (45,5%) do Brasil. Já as regiões Sul e Sudeste apresentaram muito menor índice de insatisfação, 19,4% e 15,8%, respectivamente. Protasio *et al* (2017b) analisou a satisfação por regiões do Brasil usando dados do 1º ciclo do PMAQ-AB e percebeu que houve diferenças de satisfação por região, encontraram maior insatisfação no Norte (36,8%), seguido do Nordeste (28,5%), Centro-Oeste (22,5%), Sudeste (19,9%) e Sul (17,1%). Os mesmos autores também revelam que os fatores que influenciam no aumento da satisfação são diferentes de acordo com a região. Para Gouveia *et al.* (2009) é maior a chance de o usuário ser satisfeito na região Sul, enquanto é menor se for da região Nordeste. Esses fatos reforçam a ideia das desigualdades existentes nas diversas regiões do país. Os dados analisados mostram ainda haver disparidades importantes na oferta de cuidado da APS brasileira. Todavia, situação semelhante também foi encontrada no inquérito com pacientes realizado na Inglaterra em 2019 (GPPS. 2019b). Entre os usuários que descreveram a experiência com o GP como boa, há uma variação de 69,1% a 92,1% de acordo com a região do país.

Apesar de acrescentar a percepção dos usuários no contexto da qualidade do cuidado em saúde, existem algumas limitações neste estudo. Os usuários que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB foram entrevistados dentro das UBS, assim, já tinham tido, de alguma forma, acesso ao serviço. Os usuários que nunca tiveram acesso não foram entrevistados, isso pode ter causado um inevitável viés de seleção. Pode ainda reforçar esse viés, o fato das equipes que desejaram aderir ao 2º ciclo do programa serem, provavelmente, mais organizadas.

Além disso, uma vez que o programa está associado à repasse de recursos financeiros, pode existir interesse tanto do gestor, como da equipe em apontar respostas mais positivas para o alcance de superior desfecho. É necessário, portanto, melhorar os critérios de seleção destes indivíduos, o que pode gerar uma abordagem mais verídica dos problemas detectados para garantir a qualidade da APS.

Se os serviços de saúde forem identificados pelos usuários como um favor e não como um direito, pode surgir o viés de gratidão, o que traz dificuldade em expressar opiniões negativas, aumentando a satisfação.

Há escassez de instrumentos padronizados, homogêneos, com metodologia pertinente e robusta para avaliação da qualidade e satisfação com os serviços de saúde, de modo a possibilitar a comparação entre países. Por isso, perdura a necessidade de aperfeiçoar desenhos

metodológicos que consigam captar com maior exatidão, para monitorar constantemente, o que gera melhor ou pior avaliação do usuário com o cuidado recebido. Somente essa coleta sistemática, feita com o sujeito principal (o usuário dos serviços de saúde), irá garantir melhoria efetiva da qualidade do cuidado.

Sendo uma pesquisa transversal está subordinada às limitações inerentes desse tipo de delineamento. Limites relacionados à seleção da amostra acarreta prudência na generalização dos resultados. Na segunda e terceira etapa desta pesquisa, os critérios de seleção, impediram a utilização de uma análise multivariada e excluíram os municípios de pequeno porte. Outro possível dificultador foi o uso de dados secundários, que não foram colhidos e tabulados pela autora deste estudo, nesse banco de dados haviam variáveis sem respostas. Entretanto, foram excluídas essas variáveis que não comprometeram a análise. O banco de dados com as notas para certificação, utilizado para a segunda e terceira etapas deste trabalho, emprega critérios de relevância e exclui algumas variáveis, por isso deve-se ter cautela na interpretação desses resultados.

Apesar disso, o estudo apresenta diversos pontos fortes. A coleta de dados para a avaliação externa foi realizada por várias instituições de ensino competentes, utilizou-se instrumento padronizado para ser usado à nível nacional. A pouca quantidade de estudos nacionais sobre o tema garante a relevância dos achados e ressalta a necessidade da realização de outros estudos para averiguar os aspectos não contemplados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou uma análise global e generalizada da percepção dos profissionais e usuários do SUS. A partir dos dados expostos foi possível obter uma visão sobre a forma como a APS brasileira tem respondido às expectativas dos usuários. Os resultados apontaram que a boa avaliação dos usuários da AB está mais alusiva à assistência humanizada e ao vínculo desse com os profissionais que realizam o cuidado. Dessa forma, deve-se sempre buscar um bom relacionamento entre esses atores.

Apesar dos elementos desse estudo apontarem para uma melhor visão do cuidado relativo às equipes de saúde é importante salientar que para se ter um serviço de alta qualidade é necessário que o usuário também identifique essa qualidade do cuidado de forma satisfatória.

Observou-se um alto índice de satisfação dos usuários. No entanto, os dados também apontam que os usuários não se sentiram impedidos de manifestar insatisfações resultantes do processo de trabalho. Ou seja, ao realizar uma reflexão mais aprofundada, percebe-se que a população entende as insuficiências do SUS, mas desejam a sua manutenção, uma vez que se demonstram satisfeitos, porém também sinalizam mudanças que devem ser feitas. Sendo assim, é importante identificar e investigar o que emergiu como negativo - isso indica o que não está sendo bem avaliado, o que precisa mudar.

É importante reconhecer as críticas sobre as fragilidades no âmbito dos estudos de satisfação dos usuários. Destaca-se que a percepção da qualidade do cuidado não é igual para todos, recebe influências de diversos fatores individuais e externos, que certamente influenciam os resultados deste estudo. Os fatores individuais remetem ao sexo, idade, valores culturais, auto percepção da saúde, escolaridade, renda, expectativas em relação ao atendimento, dentre outros. Os fatores externos estão relacionados ao vínculo entre profissionais e usuários, características do município ou sistema de saúde do país analisado, dentre outros. Outro fator não muito mencionado, mas que merece destaque como apresentado no estudo de Bleich, Ozaltin e Murray (2009), é a influência da mídia, líderes políticos, eventos nacionais como guerra, que podem parcialmente interferir na satisfação com os serviços de saúde. Portanto, nem todos esses fatores foram avaliados no presente estudo.

As diferenças observadas entre o contexto socioeconômico e sociogeográfico reforçam as inequidades presentes no Brasil. Na contramão de alguns estudos brasileiros que identificaram maior satisfação com os serviços de saúde em indivíduos mais vulneráveis, esta pesquisa corrobora com a maioria dos estudos internacionais que encontrou o contrário. Assim, pôde-se observar que os municípios com maior vulnerabilidade, possuem pior qualidade,

talvez, por possuírem piores condições dos serviços. Consequentemente, os usuários são menos satisfeitos.

Os dados do 2º ciclo do PMAQ-AB aqui averiguados, poderão servir de base para futuras comparações. Os resultados obtidos nesta investigação podem ser úteis para a gestão dos serviços de saúde, na reorientação dos processos de trabalho e implementação de melhorias nas políticas públicas nacionais, regionais e locais. Algumas das mudanças não requer grandes investimentos e permitem avançar na prática da avaliação contínua da gestão em saúde, com o intuito de garantir as diretrizes preconizadas pelo SUS, tornar o acesso mais equânime e o cuidado mais humanizado. Estabelece-se, desta forma, que a boa avaliação do cuidado na percepção do usuário será sempre o objetivo final, com consequente fortalecimento do SUS e melhorias para os profissionais que atuam na APS, através dos avanços no processo de trabalho, infraestrutura e recursos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Daisy Maria Xavier de *et al.* Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017111, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n3/2237-9622-ress-27-03-e2017111.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.
- AGRESTI, Alan. Analysis of ordinal categorical data. John Wiley & Sons, 2010.
- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1103-1112, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000500017&script=sci_abstract> Acesso em: 25 jul. 2019.
- ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de *et al.* Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, n. SPE, p. 182-194, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600182&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 fev. 2018.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1055-1064/>>. Acesso em: 06 out. 2019.
- ALMA-ATA, Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.
- ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho *et al.* Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000100502&script=sci_arttext&tln=pt>. Acesso em: 07 mar. 2018.
- ALMEIDA, Gisele *et al.* La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e104, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>>. Acesso em: 30 set. 2018.
- ALVES, Márcia Guimarães de Mello *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 34-51, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S01031042014000600034&script=sci_arttext&tln=pt>. Acesso em 19 set. 2019.
- ANDRADE, Renata Tannous Sobral de; SANTOS, Adriano Maia dos; OLIVEIRA, Marcio Campos. Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica no município de Amargosa, Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, v. 40, n. 1, 2017 Disponível em:

<<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/796/1797/>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

AOKI, Takuya; INOUE, Machiko. Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: a cross-sectional study in Japan. **PloS one**, v. 12, n. 9, p. e0184565, 2017. Disponível em:

<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0184565>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

ARAÚJO, Átila Chagas de *et al.* Qualidade dos serviços na Estratégia Saúde da Família sob interferência do PMAQ-AB: análise reflexiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 712-717, 2017. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&bse=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30526&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo de *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3521-3532, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521>. Acesso em: 06 jun. 2018.

ARAKAWA, Aline Megumi *et al.* Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 6, p. 1108-1114, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/71-11.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* "O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios". In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

BALDIE, Deborah J. *et al.* Exploring the impact and use of patients' feedback about their care experiences in general practice settings—a realist synthesis. **Family practice**, v. 35, n. 1, p. 13-21, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article/35/1/13/4060999>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, 2001. v. 51, n. 1, p. 138-145. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35108/37847>>. Acesso em: 06 out. 2019.

BARCELOS, Mara Rejane Barroso *et al.* Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: an external assessment of primary health care access and quality improvement program. **Health Systems & Reform**, v. 4, n. 1, p. 42-55, 2018. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1405770>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, 2016. v. 15, n. 1, p. 1-10. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112654/>>. Acesso em: 06 out. 2019.

BASTOS, Gisele Alsina Nader; FASOLO, Luisa Rabeno. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 114-124, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100114>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BLEICH, Sara N.; ÖZALTIN, Emre; MURRAY, Christopher JL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, p. 271-278, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672587/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

BLENDON, Robert J. *et al.* Inequities in health care: a five-country survey. **Health Affairs**, v. 21, n. 3, p. 182-191, 2002. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.21.3.182>>. Acesso em: 15 set. 2018.

BÓS, Antônio MG; BÓS, Ângelo JG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Revista de saúde pública*, v. 38, p. 113-120, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000100016&script=sci_abstract>. Acesso em: 06 set. 2018.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins de. Quality dimensions in health evaluation: manager's conceptions. **Revista de saúde pública**, v. 44, n. 2, p. 318-324, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102010000200012&script=sci_arttext&tlng=E>. Acesso em 02 out. 2018.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00037316, 2017. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

BRANDÃO, Ana Laura da Rocha Bastos. Avaliação da Atenção Básica pela Perspectiva dos Usuários: Adaptação do Instrumento Europep para Grandes Centros Urbanos Brasileiros – uma Aplicação na Comunidade de Manguinhos [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.

BRANDÃO, Ana Laura da Rocha Bastos; GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 103-114, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília. 2003c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opinioao_brasileiros1.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2019.

BRASIL, Lei nº. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 06 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Série E. Legislação de Saúde. 2.^a edição. Brasília, DF. 2007. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília. V. 143, n. 61. Seção 1, p. 71-76. 2006. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 25 jan. 2008. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, julho de 2011, nº 138, p. 79. 2011b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, setembro de 2017, nº 183, p. 68-76. 2017a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de out. de 2011a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 16 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 676, de 03 de junho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0676_03_06_2003.html>. Acesso em: 16 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. PROESF-Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília – DF, jun. de 2003b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 140 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) terceiro ciclo: Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde Bucal e Equipe de Saúde Bucal Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): nota metodológica da certificação das equipes. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pmaq.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 3º ciclo (2015-2016). Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Etapa de Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ é iniciada. [online]. Data da publicação: 01 ago. 2017c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2429>>. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico Cobertura SF. ago. 2019. [online]. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 04 out. 2019.

BRYMAN, Alan; CRAMER, Ducan. **Quantitative Data Analysis with SPSS 12 and 13**. A Guide for Social Scientists. London, New York: Routledge, 2005.

BULGARELLI, Patricia Tavora *et al.* A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, v.11, n.3, 2018. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2443>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2005-

2008, 2006. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n9/2005-2008/>>. Acesso em: 07 set. 2018.

CALLOU FILHO, Cesario Rui *et al.* Estratégia Saúde da Família: satisfação dos usuários no município de Fortaleza-CE. **Saude e pesqui. (Impr.)**, v. 10, n. 2, p. 339-346, 2017/09 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5880>> . Acesso em: 10 ago. 2018.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. saúde mater. infant**, p. 63-69, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000500007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 jun. 2018.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

CANÇADO, Taynara Candida Lopes; SOUZA, Rayssa Silva de; CARDOSO, Cauan Braga da Silva. Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social. 2014. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/abep.info/files/trabalhos/trabalho_completo/TC-10-45-499-410.pdf>. Acesso em: jul. 2018.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00101417, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n3/e00101417/>>. Acesso em: 07 jul 2018.

CARROLL, June C. *et al.* Academic family health teams: Part 2: patient perceptions of access. **Canadian family physician**, v. 62, n. 1, p. e31-e39, 2016. Disponível em: <<https://www.cfp.ca/content/62/1/e31.short>>. Acesso em: 22 out. 2018.

CASOTTI, Elisette. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil : uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, 2014. v. 38, n. N. Especial, p. 140–157. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000600140&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 out. 2019.

CASTRO, Henrique Carlos de O. de *et al.* A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, v. 14, n. 2, p. 113-134, 2008. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/375/332>>. Acesso em: 05 set. 2018.

CASTRO, Marcia C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619312437>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 28, p. 1772-1784, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2012000900015&tlng=>. Acesso em: 05 jul. 2019.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **DataFolha, Instituto de pesquisa**. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde. Set. 2015. Disponível em:

<<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolhaplanos15.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2019

CHAVES, Lenir Aparecida *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00201515, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205004>. Acesso em: 09 jul. 2018.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. In: **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. 2004.

COTTA, Rosângela Minarde Mitre *et al.* A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, v. 15, n. 4, p. 227-234, 2005.

Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewDownloadInterstitial/1572/7927>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

CRUZ, Marly Marques da *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 124-139, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000600124&script=sci_abstract>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CRUZ, P.J.S.C.; BRUTSCHER, V.J. Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: MENDONÇA, M.H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2018. Cap 8, p. 244.

DONABEDIAN, Avedis. Garantia y monitoría de la calidad de la atención médica. [S. l.]: [S. n.], 1992.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990. Disponível em:

<<https://europepmc.org/abstract/med/2241519>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

DRACHLER, Maria de Lourdes *et al.* Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 3849-3858, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000903849&script=sci_abstract>. Acesso em: 08 out. 2019.

DRACHLER, Maria de Lourdes *et al.* Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 461-470, 2003. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/csc/2003.v8n2/461-470/pt>>. Acesso em: 08 out. 2019.

ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 303-312, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232005000500031&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 10 mar. 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. s159-s172, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 13-33, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000600013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 jul. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable?. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, p. S60, 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252503>>. Acesso em: 10 out. 2018.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 821-829, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821>. Acesso em: 15 jul. 2018.

FERRI, Sonia Mara Neves *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 515-529, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300009>. Acesso em: 28 jul. 2018.

FITZPATRICK, Ray. Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. **BMJ: British Medical Journal**, v. 302, n. 6781, p. 887, 1991. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1669267/pdf/bmj00121-0035.pdf>>.

Acesso em: 03 out. 2019.

FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 237-247, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100237>.
Acesso em: 14 jul. 2018.

FONSECA SOBRINHO, Dêlcio da *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 83-93, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000600083&script=sci_abstract>.
Acesso em: 01 jul. 2018.

FREITAS, Priscila da Silva *et al.* Avaliação de um programa de melhoria da atenção básica na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 5, p. 1926-1935, 2017. Disponível em:
<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&bse=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31384&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro *et al.* Ambiência na estratégia saúde da família. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 3, n. 2, p. 36-41, 2015.
Disponível em: <<file:///C:/Users/Maia/Downloads/484-Texto%20do%20artigo-2509-2-10-20150529.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* Contribuição dos Estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M.H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2018. Cap. 19, p 569-610.

GLANTZ, Stanton A. **Princípios de bioestatística**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH Ed., 2014.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 287-301, 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141432832005000200006&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 22 dez. 2018.

GOMES, Romeu *et al.* A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4513-4521, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000200387&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018.

GOUVEIA, Giselle Campos *et al.* Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. S109-S118, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000700012>.
Acesso em: 05 abr. 2018.

GOUVEIA, Giselle Campos et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1849-1861, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232011000300020&script=sci_abstract>. Acesso em: 18 set. 2019.

GOUVEIA, Giselle Campos et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, p. 281-296, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300001>. Acesso em: 10 jun. 2018.

GPPS, *General Practitioner Patient Survey*. National results 2019 survey. **Ipsos MORI**, Social Research Institute; v.1; PUBLIC. aug. 2019a. [online]. Disponível em:

<<https://www.gppatient.co.uk/surveysandreports>>. Acesso em: 05 out 2019.

GPPS, *General Practitioner Patient Survey*. GP Patient Survey. National report. 2019 Publication. **Ipsos MORI**. 2019b. [online]. Disponível em:

<<https://www.gppatient.co.uk/surveysandreports>>. Acesso em: 05 out. 2019.

GPPS, *General Practitioner Patient Survey*. GP Patient Survey. Technical Annex. 2018 annual report. **Ipsos MORI**. Aug 2018. [online]. Disponível em:

<<https://gppatient.co.uk/Downloads/archive/2018/GPPS%202018%20Technical%20Annex%20PUBLIC.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2019.

GROL, Richard *et al.* Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. **Br J Gen Pract**, v. 50, n. 460, p. 882-887, 2000. Disponível em:

<<https://bjgp.org/content/50/460/882.short>>. Acesso em: 12 out. 2018.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça. A teoria da equidade reversa se aplica na atenção primária à saúde? Evidências de 5 564 municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e128, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.128>>. Acesso em: 14 set. 2018.

HALL, Judith A.; DORNAN, Michael C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. **Social science & medicine**, v. 30, n. 7, p. 811-818, 1990. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953690902057>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 2005.

HOLLANDA, Eliane *et al.* Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3343-3352, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232012001200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2018.

IBAÑEZ, Nelson *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 683-703, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2006.v11n3/683-703/>>. Acesso em: 01 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?viem=detalhes&id=249230>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

IOM, *Institute of Medicine*. National Roundtable on Health Care Quality. **Measuring the Quality of Health Care**. Washington DC: National Academy Press; 1999.

IPEA. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : IPEA, 2015. 77 p. : gráfs., mapas color. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/Ivs/publicacao_atlas_ivs.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

IPEA. Sistema de indicadores de percepção social, Saúde. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

IPEA. Territórios em números : insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de municípios e Unidades da Federação brasileira, livro 1 / Organizadores: Bárbara Oliveira Marguti, Marco Aurélio Costa, Carlos Vinícius da Silva Pinto. – Brasília : IPEA : INCT, 2017. 245 p. : il., gráfs., mapas color.

IPEA. Vulnerabilidade Social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Textos para discussão. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Brasília: Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32296>. Acesso em: 30 jun. 2019.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social?. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 2, p. 301-308, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527332009.pdf>>. Acesso em: 01 dez 2018.

JANSSEN, Mariana; FONSECA, Sandra Costa; ALEXANDRE, Gisele Caldas. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 140-152, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010311042016000400140&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 03 abr. 2019.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 256, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Pinto11/publication/266492936_AVALIACA_O_DA_QUALIDADE_DO_PROGRAMA_SAUDE_DA_FAMILIA_NO_CEARA_A_SATI>

[SFACAO DOS USUARIOS/links/54e09c680cf24d184b0b568e.pdf](#)>. Acesso em: 09 jan. 2019.

KAUERMANN, Goeran; KUECHENHOFF, Helmut. Stichproben: Methoden und praktische Umsetzung mit R. **Springer-Verlag**, 2010.

KUANG, Li *et al.* Family practice and the quality of primary care: a study of Chinese patients in Guangdong Province. **Family practice**, v. 32, n. 5, p. 557-563, 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article/32/5/557/691976>>. Acesso em: 07 fev. 2019.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida *et al.* An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300553>. Acesso em: 09 ago. 2018.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc Anna Nery**. [online]. vol.20, n.2, pp.275-280. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452016000200275&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 out. 2019.

MACHADO, Antônio Thomaz Gonzaga da Matta *et al.* Asistencia sanitaria, certificación de calidad y apoyo institucional: la atención primaria en Brasil. **Salud pública de méxico**, v. 58, n. 3, p. 358-365, 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000300358>. Acesso em: 25 set. 2018.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>>. Acesso em: 06 mar. 2019.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.; ROCHA, Marcia Gomes. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, p. S4, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338882/>>. Acesso em: 10 out. 2018.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg. saúde debate**, p. 15-37, 2014. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/15/1.b%20-%20Divulgacao-52.pdf#page=17>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda e PINTO, Hêider Aurélio. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?. **Divulg. saúde debate**, p. 14-29, 2014. Disponível em: <<https://heiderpinto.blog/2017/04/09/artigo-atencao-basica-enquanto-ordenadora-da-rede-e-coordenadora-do-cuidado-ainda-uma-utopia/>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

MARANDOLA JUNIOR, Eduardo; HOGAN, Daniel Joseph. As Dimensões Da Vulnerabilidade. São Paulo em Perspectiva, 2006. v. 20, n. 1, p. 33–43. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_03.pdf>. Acesso em: 06 out. 2019.

MEDEIROS, Flávia A. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud Pública**, v. 12, p. 402-413, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MEDRADO, Josiane Ribeiro Silva; CASANOVA, Angela Oliveira; OLIVEIRA, Cátia Cristina Martins de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 1033-1043, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042015000401033&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MELO, Daiane Celestino et al. Avaliação externa do PMAQ-AB: elementos facilitadores e restritivos em capital do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 3-17, 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5821294>>. Acesso em: 20 out. 2018.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042018000400038&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 nov. 2019.

MELO DOTTO, Júlia *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 21, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/5385>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

MISHIMA, Silvana Martins *et al.* Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems?. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4822691/?tool=pubmed>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

MODES, Siniak dos Anjos; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 455-465, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300455>. Acesso em: 25 set. 2018.

MOITA, Galba Freire; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; RAPOSO, Vitor Manuel Reis. Quality Saúde—uma adaptação transcultural multicêntrica dos constructos da escala Servqual de satisfação para o SUS, por translação de conhecimento de especialistas e usuários. **Revista do Serviço Público**, v. 70, n. 2, p. 325-364, 2019. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3142/2291>>. Acesso em: 17 ago. 2019

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pinheiro. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, 2011. v. 17, n. 2, p. 29– 40. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/40317461-O-marco-conceitual-da-vulnerabilidade-social.html>>. Acesso em: 06 out. 2019.

MORAES, Paulo Navarro de; IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 416-426, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010311042013000300005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 set. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011>. Acesso em: 01 ago. 2018.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar [National Primary Care Access and Quality Improvement Program: issues to discuss]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf>>. Acesso em 20 set. 2018.

MOURA, Bárbara Laisa Alves *et al.* Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292010000500007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 13 ago. 2019.

MUNOZ SÁNCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 319-324, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232007000200007&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 25 ago. 2018.

MURILLO, Carles; SAURINA, Carme. Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. **Gaceta Sanitaria**, v. 27, n. 4, p. 304-309, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 02 jul. 2018.

MURRAY, Christopher J.; GAKIDOU, Emmanuela E.; FRENK, Julio. Health inequalities and social group differences: what should we measure?. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 77, n. 7, p. 537, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557698/>>. Acesso em: 08 out. 2019.

NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00072317, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405003>. Acesso em: 05 jul. 2019.

NHS, *National Health Service*. The NHS Plan - A plan for investment. A plan for reform. Norwich: The Stationery Office, jul. 2000. 144p. Disponível em: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124064356/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_118522.pdf. Acesso em: 29 ago. 2018.

NIGENDA-LÓPEZ, Gustavo *et al.* Identificação dos usuários segundo nível de satisfação nos módulos gerontológicos empregando a análise de conglomerados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 421-425, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342013000200021. Acesso em: 10 jul. 2018.

NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi *et al.* Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. **Comun. ciênc. saúde**, v. 21, n. 4, p. [289-300], 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/estudo_etnografico.pdf. Acesso em: 14 out. 2018.

OLESZCZYK, Marek *et al.* Experiences of adult patients using primary care services in Poland—a cross-sectional study in QUALICOPC study framework. **BMC family practice**, v. 18, n. 1, p. 93, 2017. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0665-6>. Acesso em: 15 set. 2018.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100229. Acesso em: 02 set. 2018.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2056>. Acesso em: 04 mar. 2019.

PADDISON, Charlotte AM *et al.* Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. **Health Expectations**, v. 18, n. 5, p. 1081-1092, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23721257>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PAGANO, Marcello; GAUVREU, Kimberlee. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, c2004. xv, 506p.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611600548>. Acesso em: 09 jul. 2018.

PAIVA, Marcele Bocater Paulo de *et al.* Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 925-950, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000300925&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva de *et al.* Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342016000200335>. Acesso em: 03 jun. 2018.

PEREIRA JÚNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 895-908, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18suppl1/895-908/pt/>>. Acesso em: 17 out. 2018.

PEREZ, Lilian G. *et al.* Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. **Revista de saúde pública**, v. 47, p. 403-413, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102013000300403&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 19 jul. 2019.

PÉREZ-ROMERO, Shirley. *et al.* Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 31, n. 5, p. 300-308, 2016. Disponível em: <<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X16300148>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

PÉREZ-ROMERO, Shirley *et al.* Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n. 5, p. 416-422, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301395>>. Acesso em: 03 set. 2018.

PETEK, Davorina *et al.* Patients' evaluations of European general practice—revisited after 11 years. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 6, p. 621-628, 2011. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/23/6/621/1820074>>. Acesso em: 10 out. 2018.

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. In: **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. 2009. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2018.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 145-160, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de

uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 358-372, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38nspe/358-372/pt/>>. Acesso em: 05 set. 2018.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORENCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>>. Acesso em: 09 set. 2018.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n. 2, 2017a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000205007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2018.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1829-1844, 2017b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1829.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PROWSE, Martin. Towards a clearer understanding of 'vulnerability' in relation to chronic poverty. 2003. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1754445>. Acesso em: 10 out. 2018.

RASELLA, Davide; AQUINO, Rosana; BARRETO, Mauricio L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. e534-e540, 2010. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/126/3/e534.abstract>>. Acesso em: 08 set. 2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 237-251, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010311042014000600237&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ROBERTSON, Ruth; APPLEBY, John; EVANS, Harry. Public satisfaction with the NHS and social care in 2017. Results and trends from the British social attitudes survey. **London: King's Fund**, 2018. Disponível em: <<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-02/nut-kf-bsa-2018-web.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2019.

ROCHA, Romero; SOARES, Rodrigo R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health economics**, v. 19, n. S1, p. 126-158, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.1607>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

RODRIGUES, Valéria; SANTOS, Cleber Ronald Inácio dos; PEREIRA, Mariana Uchoa. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde em Debate**,

v. 38, p. 173-181, 2014. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042014000600173&script=sci_arttext>. Acesso em 01 nov. 2018.

ROSENBERG, Mark W.; WILSON, Kathleen. Gender, poverty and location: how much difference do they make in the geography of health inequalities?. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 2, p. 275-287, 2000. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699004530>>. Acesso em: 08 out. 2019.

SAMPAIO, Juliana et al. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. **Rev Enferm UFPE online**, v. 10, p. 4318-28, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Maia/Downloads/11179-25017-1-PB.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

SANTIAGO, Renata Florêncio *et al.* Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 35-44, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005>. Acesso em: 03 set. 2018.

SANTOS, Maria Lizzia Moura Ferreira *et al.* Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-163.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

SANTOS, T.C. *et al.* PMAQ-AB e os pactos do SUS: função dispositivo ou repetição. In: LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. Atenção Básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede Unida; 2016, p. 75-99.

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 149-156, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/714/71425827028.pdf>> Acesso em: 05 jan. 2019.

SCHMIDTLEIN, Mathew C. *et al.* A sensitivity analysis of the social vulnerability index. **Risk Analysis: An International Journal**, v. 28, n. 4, p. 1099-1114, 2008. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1539-6924.2008.01072.x>>. Acesso em: 08 out. 2019.

SCHUMANN, Livia Rejane Miguel Amaral. A multidimensionalidade da construção teórica da vulnerabilidade: análise histórico-conceitual e uma proposta de índice sintético. 2014. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional). **Universidade de Brasília**. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17001/1/2014_LiviaRejaneMiguelAmaralSchumann.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/rccs/343>>. Acesso em: 24 set. 2018.

SERRANO-DEL ROSAL, R.; BIEDMA, L. El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. In: **IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada: Libro de resúmenes.** 2005.

SERRANO-DEL ROSAL, Rafael; LORIENTE-ARÍN, Nuria. La anatomía de la satisfacción del paciente. **salud pública de méxico**, v. 50, n. 2, p. 162-172, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200010>. Acesso em: 12 out. 2018.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde entre a iniquidade e a justiça : contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciencia e Saude Coletiva**, 2005. v. 10, n. 1, p. 129–142. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100020>. Acesso em: 06 out. 2019.

SILVA, Abiúde Nadabe. *et al.* A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 2, p. 236-243, Apr. 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200236&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 aug. 2018.

SILVA, Bernardo dos Santos; MENEZES, Débora Cristina Guimarães; DIAS, Orlene Veloso. Receptividade e empatia: percepção dos usuários da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros/MG. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 1, p. 69-81, 2014. Disponível em: <<http://revistageraisaude.mg.gov.br/index.php/gerais41/article/view/293/144>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1187-1193, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2010000600012&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SILVA, Ligia M.; PAIM, Jairnilson S.; COSTA, Maria da CN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 187-197, 1999. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101999000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 abr. 2018.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da estratégia saúde da família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 692-705, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400692>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SORATTO, Jacks *et al.* Aspectos geradores de satisfação e insatisfação dos profissionais da estratégia saúde da família de um município de pequeno porte da região sul do Brasil. **Rev. CEFAC**, vol.20 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462018000100069&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 set. 2019.

SOSSAI, Thaís Antunes *et al.* Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 1, p. 111-119, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Maia/Downloads/15142-41949-1-SM.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 517-539, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 ago. 2018.

SOUZA, Miriam Francisco de *et al.* Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. **Revista de saúde pública**, v. 51, p. 87, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102017000100278&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 05 set. 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2 ed. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde; 2004.

TELLES, Rosimeri *et al.* Implementação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/7978>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

TOMASI, Elaine *et al.* Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality—PMAQ. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, p. S12, 2017b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338878/>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

TOMASI, Elaine *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 15, n 2. Recife. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171>. Acesso em: 15 ago. 2019.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00195815, 2017a. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001>. Acesso em: 15 ago. 2019.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva de Monteiro. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, editor. Políticas e sistema de saúde no Brasil. **Fiocruz** Rio de Janeiro (RJ): p.215-46. 2008.

TURCI, Maria Aparecida. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte: **HMPComunicação**, 432 pp.: il., p&b, tabs., grafs., maps. 2008.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1561-1569, 2002. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600009&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 27 out. 2018.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300017&script=sci_arttext&tlng=E>. Acesso em: 08 mar. 2018.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s148-s158, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001300019&script=sci_abstract>. Acesso em: 19 jul. 2018.

VIEIRA, Alessandra dos Santos Tavares *et al.* Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 3, p. 58-64, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Maia/Downloads/15743-43645-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Maia/Downloads/15743-43645-1-SM%20(1).pdf)>. Acesso em: 26 jul. 2018.

VITORIA, Angela Moreira *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. Vol. 8, n. 29, p. 285-293, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140041>>. Acesso em: 05 out. 2019.

VOLPATO, Luciana Fernandes. Utilização de uma ferramenta para análise da qualidade nos serviços públicos de saúde. 2014. 96 p. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/289860>>. Acesso em: 17 ago. 2019.

ANEXO A

Municípios utilizados na 2ª e 3ª etapa do estudo através da seleção da amostra (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB) e categorizados com os critérios desse estudo

(continua)

UF	MUNICÍPIO	PORTE MUNICIPAL	Vulnerabilidade Social	Índice de Qualidade do Cuidado (eSF)	Índice de Qualidade do Cuidado (Usuário)	Índice de Satisfação do Usuário
AL	Arapiraca	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
AM	Itacoatiara	Médio porte	alta	baixa	baixa	baixa
AM	Manaus	Metrópole	média	baixa	baixa	alta/média
AP	Macapá	Grande porte	média	baixa	baixa	alta/média
BA	Feira de Santana	Grande porte	média	alta/média	baixa	baixa
BA	Juazeiro	Grande porte	média	alta/média	baixa	baixa
BA	Porto Seguro	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
BA	Teixeira de Freitas	Grande porte	média	alta/média	baixa	baixa
BA	Vitória da Conquista	Grande porte	média	alta/média	baixa	baixa
CE	Barbalha	Médio porte	média	alta/média	baixa	baixa
CE	Crato	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
CE	Iguatu	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
CE	Itapipoca	Grande porte	alta	alta/média	baixa	alta/média
CE	Maracanaú	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
CE	Maranguape	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
CE	Sobral	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
ES	Linhares	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
ES	Serra	Grande porte	média	alta/média	baixa	baixa
ES	Vitória	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
GO	Anápolis	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
GO	Aparecida de Goiânia	Grande porte	média	alta/média	baixa	baixa
GO	Goiânia	Metrópole	baixa	alta/média	baixa	baixa
GO	Senador Canedo	Médio porte	média	alta/média	baixa	alta/média
GO	Trindade	Grande porte	média	baixa	baixa	baixa
GO	Valparaíso de Goiás	Grande porte	média	baixa	baixa	baixa

Municípios utilizados na 2ª e 3ª etapa do estudo através da seleção da amostra (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB) e categorizados com os critérios desse estudo

(continuação)

UF	MUNICÍPIO	PORTE MUNICIPAL	Vulnerabilidade Social	Índice de Qualidade do Cuidado (eSF)	Índice de Qualidade do Cuidado (Usuário)	Índice de Satisfação do Usuário
MG	Barbacena	Grande porte	baixa	baixa	baixa	alta/média
MG	Belo Horizonte	Metrópole	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MG	Caratinga	Médio porte	baixa	baixa	baixa	alta/média
MG	Governador Valadares	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MG	Ibirité	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
MG	Itabira	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MG	Janaúba	Médio porte	média	alta/média	baixa	alta/média
MG	Montes Claros	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MG	Muriaé	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MG	Patos de Minas	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MG	Poços de Caldas	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MG	Uberaba	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MG	Uberlândia	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MS	Campo Grande	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MS	Dourados	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
MT	Cuiabá	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
MT	Rondonópolis	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
MT	Sorriso	Médio porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
PA	Santarém	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
PB	Campina Grande	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
PB	João Pessoa	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
PB	Patos	Grande porte	baixa	baixa	baixa	alta/média
PB	Santa Rita	Grande porte	alta	baixa	baixa	baixa
PE	Abreu e Lima	Médio porte	alta	alta/média	baixa	alta/média
PE	Cabo de Santo Agostinho	Grande porte	alta	baixa	baixa	baixa
PE	Camaragibe	Grande porte	alta	alta/média	baixa	baixa
PE	Olinda	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média

Municípios utilizados na 2ª e 3ª etapa do estudo através da seleção da amostra (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB) e categorizados com os critérios desse estudo

(continuação)

UF	MUNICÍPIO	PORTE MUNICIPAL	Vulnerabilidade Social	Índice de Qualidade do Cuidado (eSF)	Índice de Qualidade do Cuidado (Usuário)	Índice de Satisfação do Usuário
PE	Paulista	Grande porte	média	baixa	baixa	alta/média
PE	Recife	Metrópole	média	alta/média	baixa	baixa
PE	Vitória de Santo Antão	Grande porte	alta	alta/média	baixa	alta/média
PI	Floriano	Médio porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
PI	Parnaíba	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
PI	Picos	Médio porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
PI	Piripiri	Médio porte	média	alta/média	baixa	baixa
PR	Apucarana	Grande porte	baixa	baixa	baixa	alta/média
PR	Arapongas	Grande porte	baixa	baixa	baixa	alta/média
PR	Curitiba	Metrópole	baixa	alta/média	baixa	alta/média
PR	Foz do Iguaçu	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
PR	Maringá	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
PR	Ponta Grossa	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
RJ	Barra Mansa	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
RJ	Duque de Caxias	Grande porte	média	baixa	baixa	alta/média
RJ	Macaé	Grande porte	baixa	baixa	baixa	alta/média
RJ	Nilópolis	Grande porte	baixa	baixa	baixa	alta/média
RJ	Niterói	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
RJ	Nova Iguaçu	Grande porte	média	baixa	baixa	baixa
RJ	Petrópolis	Grande porte	baixa	alta/média	alta/média	alta/média
RJ	Resende	Grande porte	baixa	alta/média	alta/média	alta/média
RJ	São Gonçalo	Metrópole	média	baixa	baixa	alta/média
RJ	São João de Meriti	Grande porte	média	baixa	baixa	baixa
RJ	Três Rios	Médio porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
RJ	Volta Redonda	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
RN	Macaíba	Médio porte	alta	alta/média	baixa	alta/média
RN	Mossoró	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa

Municípios utilizados na 2ª e 3ª etapa do estudo através da seleção da amostra (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB) e categorizados com os critérios desse estudo

(continuação)

UF	MUNICÍPIO	PORTE MUNICIPAL	Vulnerabilidade Social	Índice de Qualidade do Cuidado (eSF)	Índice de Qualidade do Cuidado (Usuário)	Índice de Satisfação do Usuário
RN	Natal	Grande porte	baixa	baixa	baixa	baixa
RN	Parnamirim	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
RN	São Gonçalo do Amarante	Médio porte	média	alta/média	baixa	alta/média
RO	Porto Velho	Grande porte	média	alta/média	baixa	baixa
RS	Alvorada	Grande porte	média	baixa	baixa	baixa
RS	Caxias do Sul	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
RS	Gravataí	Grande porte	média	alta/média	baixa	alta/média
RS	Rio Grande	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
SC	Blumenau	Grande porte	baixa	alta/média	alta/média	alta/média
SC	Brusque	Grande porte	baixa	alta/média	alta/média	alta/média
SC	Chapecó	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
SC	Criciúma	Grande porte	baixa	alta/média	alta/média	alta/média
SC	Florianópolis	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
SC	Lages	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
SC	Palhoça	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
SC	São José	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
SC	Tubarão	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
SP	Araçatuba	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
SP	Guarujá	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
SP	Marília	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
SP	Praia Grande	Grande porte	média	baixa	baixa	baixa
SP	Ribeirão Preto	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	alta/média
SP	Santo André	Grande porte	baixa	alta/média	alta/média	alta/média
SP	São Caetano do Sul	Grande porte	baixa	alta/média	alta/média	alta/média
SP	São Paulo	Metrópole	baixa	alta/média	alta/média	alta/média
TO	Araguaína	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa
TO	Palmas	Grande porte	baixa	alta/média	baixa	baixa

Fonte: Dados da pesquisa

ANEXO B

Artigo

VULNERABILIDADE SOCIAL E FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DO CUIDADO NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

RESUMO

O objetivo do estudo foi verificar a associação entre a qualidade do cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva das equipes de saúde da família (eSF), dos usuários e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Trata-se de um estudo transversal, que utilizou dados do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A amostra foi selecionada através dos municípios que apresentavam representatividade dos usuários pesquisados e que tinham adesão maior que 80% das eSF (n=106). Na 1ª etapa foi realizado a análise da qualidade do cuidado na perspectiva das eSF e dos usuários e a correlação existente. Na 2ª etapa verificou-se a influência do IVS na qualidade do cuidado segundo as eSF e usuários. Essa influência foi medida através da análise de associação. Todas as análises de correlação foram significativas e positivas (Valor-p <0,001). Os dados apontam que os usuários são mais exigentes na avaliação da qualidade. Entretanto, a satisfação foi considerada, para maioria dos usuários, como média/alta. Há uma tendência de melhora da percepção dos usuários quando se melhora o cuidado. Algumas associações foram consideradas significativas: qualidade do cuidado na perspectiva da eSF e o IVS ($p = 0,031$) e satisfação do usuário e o IVS ($p = 0,047$) e região ($p = 0,014$). A associação da qualidade do cuidado pela perspectiva das eSF aponta que as equipes pertencentes à municípios com baixas taxas de IVS têm melhor qualidade ao comparar com os municípios com alto IVS. Os usuários que vivem em municípios considerados mais vulneráveis, classificam pior a qualidade do cuidado. As diferenças observadas entre o contexto socioeconômico e sociogeográfico reforçam as inequidades presentes no Brasil.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação da Assistência à Saúde; Satisfação do Paciente e Fatores Socioeconômicos.

INTRODUÇÃO

Desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde tem sido uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Também no âmbito nacional, a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas (CAMPOS, 2005, FACCHINI *et al.* 2008; HARTZ e SILVA, 2005)^{1,2,3}. De fato, nos últimos anos, a qualidade é considerada um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado (SERAPIONI, 2009)⁴.

Vaitsman e Andrade (2005)⁵ acreditam que o primeiro elemento para a qualidade em saúde seria o acesso, visto que a população precisa, primeiramente, conseguir acessar o serviço. Nessa lógica, deve-se pensar que a APS tem extrema importância para a garantia da qualidade dos serviços de saúde, posto que é considerada a porta preferencial de acesso dos usuários.

O conceito de qualidade em saúde é complexo e amplo, visto que sofre influência do também amplo conceito de saúde, dos diversos atores que agem nos âmbitos dos serviços de saúde e da pluralidade de abordagens e metodologias para classificar qualidade em saúde. Esse significado também varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados (BRASIL, 2010)⁶. Para Facchini, Tomasi e Dilélio (2018)⁷, qualidade é alcançar o melhor, sendo essencial para a avaliação da integralidade e verificação da capacidade de respostas do Sistema Único de Saúde (SUS) às necessidades de saúde. No campo das práticas em saúde, podemos dizer que qualidade e avaliação estão estreitamente relacionadas. Dessa forma, para conhecer a qualidade ou para melhorá-la, é necessário avaliar (BRASIL, 2010)⁶. Nessa lógica, a melhoria da qualidade é um processo em ciclos e contínuo, no qual a avaliação leva ao diagnóstico das deficiências, que leva à definição de objetivos e metas, com a implementação de ações e o retorno da avaliação após um prazo determinado (CAMPOS, 2005)¹.

Houve inúmeras tentativas de qualificar a atenção no SUS, baseado em ferramentas de avaliação e planejamento. No ano de 2011, o Ministério da Saúde realizou uma nova tentativa para institucionalizar a avaliação da APS, criando o Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O objetivo principal do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2012)⁸. Em uma das fases do programa, a Avaliação Externa, é feito um processo de verificação *in loco* dos padrões de qualidade das Equipes de Saúde da Família (eSF). Através da observação das unidades, perspectiva das eSF e percepção dos seus usuários (BRASIL, 2013)⁹.

Qualquer programa proposto para melhoria da qualidade da APS, como é o caso do PMAQ-AB, tem como objetivo final o usuário, tanto em relação ao progresso de sua saúde, quanto na sua satisfação com o serviço prestado. Nesse sentido, a satisfação do usuário, embora não seja o único, constitui-se como um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde (FAUSTO *et al.* 2017; JORGE *et al.* 2007)^{10,11}.

Dos diversos fatores que influenciam a satisfação dos usuários, os relacionados aos fatores socioeconômicos ainda não se apresentam totalmente estabelecidos. Hall e Dornan (1990)¹², em um estudo de meta-análise, encontraram maior satisfação entre usuários com maior *status*

social e contraditoriamente, foi maior a satisfação para os indivíduos com menor escolaridade. Em estudo conduzido por Blendon *et al.* (2002)¹³, em cinco nações (Austrália, Canadá, Estados Unidos, Nova Zelândia e Reino Unido), foi possível identificar que quanto menor a renda do indivíduo, menor a satisfação. Também se observou, em estudo realizado na Espanha, que a população que vivia em lugares com altas taxas de desemprego e baixa escolaridade, foi mais propensa a estar insatisfeita com os serviços de saúde (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017)¹⁴. Porém, no Brasil parece que essa associação é oposta, sendo que na maioria das publicações, os indivíduos mais pobres são mais propensos a estarem mais satisfeitos com os serviços de saúde oferecidos (COTTA *et al.* 2005; BRANDÃO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2013 e SANTIAGO *et al.* 2013)^{14,16,17}.

Através dessa realidade observada na literatura, tendo em vista que indivíduos pertencentes a um mesmo contexto socioeconômico, tenderão a ter níveis similares de satisfação com os serviços de saúde (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017)¹⁴ e que a pobreza deve ser entendida no aspecto mais amplo, com suas múltiplas causas (CANÇADO, SOUZA e CARDOSO, 2014)¹⁸ é importante utilizar o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e confrontá-lo com a satisfação dos usuários em relação ao cuidado ofertado pelas equipes.

O IVS, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômico Aplicada (IPEA), constitui um instrumento para averiguar as falhas de oferta de bens e serviços públicos no território nacional e se refere, principalmente, às três dimensões postuladas como essenciais para a garantia do bem-estar da população em geral, quais sejam: Infraestrutura Urbana, Capital Humano e Renda e Trabalho (IPEA, 2018)¹⁹.

Reitera-se que o Brasil é um país com extensa dimensão geográfica, possuindo desafios para alcançar serviços de alta qualidade devido às diferenças populacionais, sociais, políticas, econômicas e tecnológicas. Portanto, o presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre qualidade do cuidado na perspectiva das eSF, dos usuários e o IVS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários obtidos do 2º ciclo do PMAQ-AB, realizado entre 2013 e 2014 pelo Ministério da Saúde em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior em todo país.

O instrumento utilizado para realização do estudo foram os dados secundários do PMAQ-AB, somente da parte da Avaliação Externa, extraídos de um banco de dados estruturado pelo Ministério da Saúde.

Foram coletadas informações para análise das condições de acesso e de qualidade das eSF participantes do programa. Utilizou-se do instrumento de coleta de dados, três módulos: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde, com subdimensões relacionadas à estrutura física e recursos materiais, Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, com subdimensões relacionadas à valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho e o Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, com subdimensões relacionadas à acesso, utilização, participação e satisfação do usuário (BRASIL, 2013)⁹.

Nesse estudo foram analisadas as subdimensões e variáveis contidas nos bancos de dados do programa, referentes aos Módulo I de 25.043 Unidades Básicas de Saúde (UBS), Módulo II coletados em 29.456 eSF e Módulo III de 114.615 usuários, de 5077 municípios de todas as regiões de saúde brasileiras. Os usuários participantes do programa foram selecionados aleatoriamente, no total de 4 por eSF, no dia da avaliação da UBS. Como critérios de inclusão para seleção dos entrevistados, foram considerados: utilização do serviço há menos de 12 meses; e entrevista de, no mínimo, uma mãe ou responsável de crianças menores de dois anos e um idoso. Foram excluídos aqueles que tinham ido pela primeira vez na UBS ou aqueles que não frequentaram há mais de 12 meses.

Os dados foram municipalizados, utilizando a média das notas das equipes participantes do PMAQ-AB por município. Todavia, foram incluídos na análise somente os municípios que possuíam um número de usuários pesquisados que represente a população do município. Para isso, foi necessário verificar a população estimada por município no ano de 2014 (mesmo ano de realização do 2º ciclo do PMAQ-AB). Esse dado foi extraído do *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019)²⁰.

Para a seleção dos municípios com representatividade de usuários foi utilizado o cálculo de amostra para a proporção (KAUERMANN e KUECHENHOFF, 2010)²¹, considerando um Índice de Confiança (IC) de 95%-90% e proporções uniformes. Após esse cálculo obteve-se somente 14 municípios com o IC=95%, a grande maioria capitais, totalizando 11 capitais. Como a amostra encontrada foi muito baixa, julgou-se que seria mais interessante para esse estudo diminuir o nível de confiança para 90%, o que não causaria prejuízos metodológicos. Desta Forma, com o IC=90%, obteve-se 151 municípios.

Após esses procedimentos, também foi mantido na amostra apenas os municípios que tinham adesão maior que 80% das eSF no PMAQ-AB. Sendo assim, o total final de municípios a serem avaliados foi de 106. É importante destacar, portanto, que foram excluídos na análise os

municípios de pequeno porte. O tamanho amostral também impediu a utilização de uma análise multivariada.

As análises foram feitas em duas etapas. Na 1ª etapa, foi realizado uma análise da qualidade do cuidado na perspectiva das eSF e dos usuários, utilizando um conjunto de variáveis da Avaliação Externa.

Para isso, criaram-se índices municipalizados da Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF e na percepção dos usuários. Portanto, a tipologia da qualidade da assistência prestada pela eSF foi estabelecida através das subdimensões contidas nos Módulos I e II que serviram de base para criação de um “Índice de Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF”. Já para os usuários, a construção da tipologia foi realizada através das subdimensões do Módulo III que serviram de base para criação de um “Índice de Qualidade do Cuidado na percepção dos usuários”. Quando a nota atingiu o percentual maior ou igual à 70% a classificação foi como alta qualidade. Quando estivesse entre 69,9% a 50% a classificação foi como média qualidade. E quando estiver menor ou igual à 49,9% a classificação foi como baixa qualidade.

A seguir, ainda nessa etapa, foi verificado se há correlação, pelo Coeficiente de Spearman, entre a qualidade do cuidado na perspectiva das eSF e na percepção dos usuários.

Na 2ª etapa, pretendeu-se analisar a influência da Vulnerabilidade Social na qualidade do cuidado segundo as eSF e usuários. Os dados do IVS foram obtidos do Atlas de Vulnerabilidade Social do IPEA referente ao ano de 2010 (IPEA, 2015)²², que corresponde ao ano do último Censo realizado pelo IBGE, que serviu de base para construção do índice.

Além disso, nessa etapa também foi criado o “Índice de Satisfação do Usuário”. Esse índice foi estabelecido através das variáveis do Módulo III, identificadas como muito relacionadas à satisfação dos usuários com a UBS e eSF. As variáveis identificadas foram: 1) Caso o(a) senhor(a) tivesse opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?; 2) O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?; 3) Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe é? e 4) Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe é?

Dessa forma, nessa etapa foi realizado uma análise da associação entre qualidade do cuidado na perspectiva das eSF, na percepção dos usuários e o IVS. Assim, foi utilizado o IVS como variável independente. O “Índice de Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF”, o “Índice de Qualidade do Cuidado na percepção dos usuários” e o “Índice de Satisfação do Usuário” como variável dependente. E como variáveis de ajuste: a cobertura da AB; o porte populacional e a região. Apesar da variável IVS ser habitualmente categorizada em 5 níveis, nesse estudo houve a junção das categorias muito baixo e baixo; alto e muito alto. Nas variáveis dependentes,

na 2ª etapa, houve o agrupamento das categorias média/alta, pois foram poucos os municípios que se enquadrava na categoria alta. Na amostra desse estudo, não existiu nenhum município que, usando a tipologia anterior, utilizada na criação dos índices da 1ª etapa, apresentasse baixa qualidade na satisfação dos usuários. Isso impediria uma análise de associação. Portanto, somente essa variável foi então classificada da seguinte forma: quando a nota atingiu o percentual maior ou igual à 75% os municípios foram considerados com alta/média qualidade na satisfação e quando foi menor ou igual a 74,9% foram considerados com baixa satisfação dos usuários.

Para análise de associação, foi utilizado o Teste Exato de Fisher que é um algoritmo para ajustar modelos lineares generalizados comuns, verificando associação entre variáveis (AGRESTI, 2010)²³.

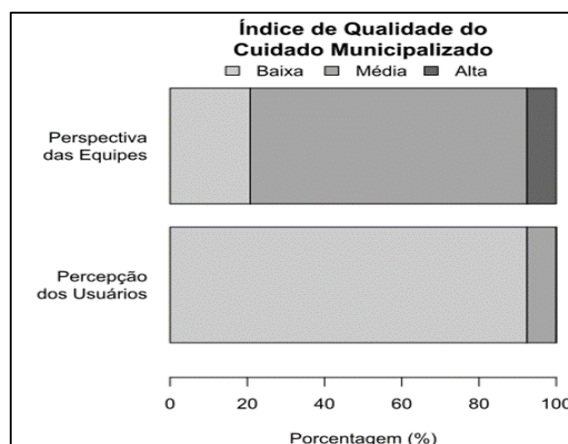
Todas as análises descritivas desse estudo foram realizadas através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. A junção de bancos de dados e as análises estatísticas foram efetuadas no ambiente do *software* estatístico R versão 3.6.0.

O estudo cumpre com as diretrizes de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na resolução 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 30/05/2012, com o número de registro 28804.

RESULTADOS

Para a maioria das equipes dos municípios, a qualidade do cuidado é considerada média (71,7%), sendo que 20,8% dizem ser baixa e apenas 7,5% consideram ser alta. Verificou-se que os usuários são mais exigentes no julgamento da qualidade do cuidado, sendo que a maioria (92,5%) retratou a qualidade como baixa. Nenhum usuário classificou como alta e 7,5% entenderam a qualidade como média. A Figura 1 demonstra visualmente a distribuições dessas percepções.

Figura 1 – Análise Visual do Índice de Qualidade do Cuidado Municipalizado IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB)



Fonte: Dados da pesquisa

Na perspectiva das equipes as notas poderiam variar entre 0 a 90 pontos, enquanto que pela percepção dos usuários variavam entre 0 a 10 pontos. Para classificação entre alta, média ou baixa, foi levado em consideração a forma de criação dos índices já relatada na metodologia desse estudo. A nota máxima obtida pelas equipes foi de 67,81, a mínima 31,53 e média de 50,45 (DP = 8,37). Pelos usuários a máxima foi de 5,56, a mínima 2,98 e a média 4,23 (DP = 0,55).

Buscou-se ainda verificar a existência de correlação entre a qualidade do cuidado na perspectiva da equipe e na percepção do usuário. A correlação (Tabela 1), é classificada como significativa (Valor-p <0,001) e positiva, ou seja, quanto melhor a qualidade do cuidado na perspectiva da eSF, melhor tende a ser a percepção dos usuários sobre a qualidade.

Tabela 1 - Correlação entre o “Índice de Qualidade do Cuidado” na perspectiva das eSF e percepção dos usuários (IC = 90% e > 80% de adesão das eSF ao PMAQ-AB)

Indicador	Correlação	Valor-p
Perspectiva das eSF e Percepção dos usuário	0,47	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa

Na 2ª etapa, realizou-se a associação da qualidade do cuidado na perspectiva da eSF, na percepção do usuário e pela satisfação do usuário em relação ao IVS e outras variáveis de ajuste. Dos 106 municípios da amostra, 8 municípios (7,5%) foram classificados com alta taxa de vulnerabilidade social, 35 municípios (33%) tem média vulnerabilidade e 63 municípios (59,5%) possuem baixa vulnerabilidade. Em relação a cobertura da AB, 29 municípios (26,6%) possuem baixa, 33 municípios (31,1%) possuem média e 44 municípios (42,3%) possuem alta

cobertura. Do total, 13 municípios (12,6%) possuem médio porte populacional, 86 municípios (81,1%) grande porte e apenas 7 municípios (6,3%) se enquadraram em metrópole. Das regiões brasileiras 11 municípios (10,4%) se encontram no Centro-Oeste, 33 municípios (31,1%) no Nordeste, 7 municípios (6,3%) no Norte, 36 municípios (34%) no Sudeste e 19 municípios (18,2%) no Sul.

Em relação ao “Índice de Qualidade do Cuidado” na perspectiva da eSF (Tabela 2), 22 municípios (20,7%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 84 foram considerados com média/alta qualidade (79,3%). A maioria dos municípios, apresentou média/alta qualidade do cuidado na associação com o IVS, porém houve uma associação significativa entre a qualidade do cuidado e o IVS. Pois, os municípios com baixa vulnerabilidade apresentam 87,3% de média/alta qualidade do cuidado, enquanto os municípios com alta vulnerabilidade apresentaram apenas 62,5% de média/alta qualidade do cuidado ($p = 0,031$). A maioria também obteve média/alta qualidade em relação a cobertura da AB ($p = 0,469$). Independentemente do porte populacional a maioria dos municípios foi categorizado com média/alta qualidade ($p = 0,804$). Assim como na variável anterior, todas as regiões apresentaram a maioria dos municípios com média/alta qualidade ($p = 0,498$).

Tabela 2 - Associação entre o “Índice de Qualidade do Cuidado” na perspectiva das eSF e as variáveis do estudo

Índice de Qualidade do Cuidado na perspectiva das eSF						
Variáveis / Dimensão eSF		Qualidade baixa		Qualidade média/alta		Valor-p
		N	%	N	%	
IVS	Alta	3	37,5%	5	62,5%	0,031
	Média	11	31,4%	24	68,6%	
	Baixa	8	12,7%	55	87,3%	
Cobertura AB	Baixa	8	27,6%	21	72,4%	0,469
	Média	7	21,2%	26	78,8%	
	Alta	7	15,9%	37	84,1%	
Porte Municipal	Médio porte	2	15,4%	11	84,6%	0,804
	Grande porte	18	20,9%	68	79,1%	
	Metrópole	2	28,6%	5	71,4%	
Região	Centro-Oeste	2	18,2%	9	81,8%	0,498
	Nordeste	5	15,2%	28	84,8%	
	Norte	3	42,9%	4	57,1%	
	Sudeste	9	25,0%	27	75,0%	
	Sul	3	15,8%	16	84,2%	

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao “Índice de Qualidade do Cuidado” na percepção do usuário (Tabela 3), 98 municípios (92,5%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 8 foram considerados com média/alta qualidade (7,5%). Nenhum município com o IVS considerado alto ou médio atingiu uma média/alta qualidade, sendo todos classificados com baixa qualidade. Todavia, a maioria dos municípios com baixa vulnerabilidade (87,3%) também foi categorizado em baixa qualidade ($p = 0,059$). A maioria obteve baixa qualidade em relação a cobertura da AB ($p = 0,230$). Independentemente do porte populacional a maioria dos municípios foi categorizado com baixa qualidade ($p = 0,451$). A maioria das regiões apresentou todos os municípios com baixa qualidade, somente as regiões Sudeste e Sul tiveram alguns municípios considerados média/alta qualidade ($p = 0,074$).

Tabela 3 - Associação entre o “Índice de Qualidade do Cuidado” na percepção do usuário e as variáveis do estudo

Índice de Qualidade do Cuidado na percepção dos Usuários						
Variáveis / Dimensão Usuário		Qualidade baixa		Qualidade média/alta		Valor-p
		N	%	N	%	
IVS	Alta	8	100,0%	0	0,0%	0,059
	Média	35	100,0%	0	0,0%	
	Baixa	55	87,3%	8	12,7%	
Cobertura AB	Baixa	26	89,7%	3	10,3%	0,230
	Média	29	87,9%	4	12,1%	
	Alta	43	97,7%	1	2,3%	
Porte Municipal	Médio porte	13	100,0%	0	0,0%	0,451
	Grande porte	79	91,9%	7	8,1%	
	Metrópole	6	85,7%	1	14,3%	
Região	Centro-Oeste	11	100,0%	0	0,0%	0,074
	Nordeste	33	100,0%	0	0,0%	
	Norte	7	100,0%	0	0,0%	
	Sudeste	31	86,1%	5	13,9%	
	Sul	16	84,2%	3	15,8%	

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao “Índice de Satisfação do Usuário” (Tabela 4), 35 municípios (33%) apresentaram baixa qualidade do cuidado, enquanto, 71 foram considerados com média/alta qualidade (67%). Os municípios com alta vulnerabilidade foram igualmente divididos entre baixa e média/alta qualidade. A maioria dos municípios com média e baixa vulnerabilidade foi identificado com média/alta qualidade. Houve uma associação significativa ($p = 0,047$), quanto mais baixo o IVS melhor o Índice de Satisfação do Usuário. A maioria obteve média/alta qualidade em relação a

cobertura da AB ($p = 0,267$). Para o porte populacional a maioria dos municípios foi categorizado com média/alta qualidade ($p = 1,000$). As regiões Nordeste, Sudeste e Sul tiveram a maioria dos municípios com média/alta qualidade, porém Centro-Oeste e Norte adquiriu maioria com baixa qualidade. Sendo assim, houve associação significativa ($p = 0,014$) entre o “Índice de Satisfação do Usuário” e as regiões do Brasil.

Tabela 4 - Associação entre o Índice de Satisfação do Usuário e as variáveis do estudo
Índice de Satisfação do Usuário

Variáveis / Satisfação Usuário		Baixa		Média/Alta		Valor-p
		n	%	n	%	
IVS	Alta	4	50,0%	4	50,0%	0,047
	Média	16	45,7%	19	54,3%	
	Baixa	15	23,8%	48	76,2%	
Cobertura AB	Baixa	10	34,5%	19	65,5%	0,267
	Média	14	42,4%	19	57,6%	
	Alta	11	25,0%	33	75,0%	
Porte Municipal	Médio porte	4	30,8%	9	69,2%	1,000
	Grande porte	29	33,7%	57	66,3%	
	Metrópole	2	28,6%	5	71,4%	
Região	Centro-Oeste	6	54,5%	5	45,5%	0,014
	Nordeste	15	45,5%	18	54,5%	
	Norte	4	57,1%	3	42,9%	
	Sudeste	7	19,4%	29	80,6%	
	Sul	3	15,8%	16	84,2%	

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Esse estudo observou disparidade na avaliação da Qualidade do Cuidado entre as eSF e usuários. Ibañez *et al.* (2006)²⁴ também avaliaram a satisfação entre profissionais e usuários de 62 municípios do estado de São Paulo e encontrou, similarmente a este estudo, distinções nas avaliações, sendo que 80% dos profissionais avaliam bem os serviços de saúde, enquanto que 60% dos usuários avaliaram como razoável. Ou seja, os profissionais são mais propensos a pensar que os serviços ofertados pela equipe possuem qualidade; por outro lado, os usuários apontam dificuldades, tornando essa qualidade significativamente pior avaliada.

Ainda assim, na análise de correlação quanto melhor a qualidade do cuidado na perspectiva da equipe, melhor tende a ser a percepção dos usuários sobre a qualidade do cuidado ofertado.

Os dados aqui alcançados, ainda apontam que apesar dos notórios avanços obtidos nas últimas décadas com a consolidação da APS existem desafios a serem superados para a obtenção da

melhoria da qualidade do cuidado, visto que foram baixas a porcentagem de municípios identificados, tanto pelas equipes, como pelos usuários, com alta qualidade.

Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio (2018)⁷ além de problemas de infraestrutura e de falta de recursos humanos, há também dificuldades na organização dos serviços, na gestão das eSF, na prática profissional para garantir oferta de ações e cuidados de saúde, mesmo diante da disponibilidade de padrões, referências, diretrizes, metas e protocolos de trabalho. A mesma referência ainda demonstra, similarmente ao que foi exemplificado no presente estudo, que quando se interroga diretamente o receptor desse cuidado ofertado, ou seja, o usuário essa preocupação com a baixa qualidade fica mais evidente. Tomasi *et al.* (2017a)²⁵ verificaram a avaliação das usuárias sobre o pré-natal, encontrou-se uma situação na qual apenas 15% das entrevistadas indicaram receber uma atenção de qualidade. Quando entrevistados os portadores de diabetes, Tomasi *et al.* (2017b)²⁶ aponta que somente 48,9% recebeu orientação sobre cuidados com os pés e 32,7% relatou ter seus pés examinados. Sobre a avaliação da prevenção do câncer de mama, 37,7% das mulheres relataram nunca terem feito um exame clínico das mamas e 30,3% dizem nunca terem feito a mamografia. Já 21% dos hipertensos entrevistados notaram que não realizaram consulta ou acompanhamento para a hipertensão arterial nos últimos 6 meses (FAUSTO *et al.* 2017)¹⁰. Ao serem questionados se saíram da consulta com a próxima consulta marcada, 58% dos usuários com HAS e 55% com DM responderam negativamente (MAGALHÃES JUNIOR e PINTO, 2014)²⁷.

Ao buscar na literatura sobre a qualidade de alguns quesitos descritos acima, porém na perspectiva do prestador do cuidado, notou-se também que há avanços que devem ser alcançados. Os resultados da pesquisa de Magalhães Junior e Pinto (2014)²⁷ inferem que há deficiência na coordenação do cuidado e na gestão clínica de casos que necessitam de cuidado prolongado. No atendimento ao pré-natal, o município de Niterói, teve adequação considerada apenas regular ou boa (JANSSEN, FONSECA e ALEXANDRE, 2016)²⁸. Na atenção à pessoa com diabetes, Neves *et al.* (2018)²⁹ traz que o estudo do PMAQ-AB em 2012 e 2014 obteve apenas 4% e 8%, respectivamente, das UBS do Brasil que possuíam todos os materiais necessários para o atendimento ao diabético. O mesmo estudo observou insuficiência nos medicamentos e estrutura para o atendimento desse público. No 1º ciclo identificou-se que apenas 61% das eSF tinham registro das gestantes de alto risco, 77% e 52% agendavam consultas e exames para usuários com HAS e DM, respectivamente, de acordo com a estratificação de risco (MAGALHÃES JUNIOR e PINTO, 2014)²⁷.

Quando comparado diretamente as percepções dos profissionais e usuários cuidadores de crianças menores de cinco anos, mais profissionais do que cuidadores disseram que as ações de

saúde eram acessíveis (PEREZ *et al.* 2013)³⁰. Nesse mesmo estudo embora poucos cuidadores pesquisados relataram já ter recebido algum conselho (18%) ou ter participado de atividades educativas (2%) sobre tratamento de diarreia, quase todos os profissionais relataram que normalmente dão conselhos aos cuidadores de crianças (97%). Notou-se ainda, nesse último estudo mencionado, que quando há melhora na percepção dos profissionais há também melhora na percepção dos usuários.

Não obstante, deve-se atentar quando se faz uma comparação das perspectivas entre profissionais e usuários com relação a qualidade do cuidado, pois a relevância dos fatores que determinam a qualidade de um serviço é diferente entre esses grupos de indivíduos. Volpato (2014)³¹ identificou em uma revisão sistemática entre 1990 a 2013, apenas algumas características que determinam qualidade dos serviços de saúde comuns aos usuários e aos profissionais: boa relação profissional-usuário, número adequado de profissionais e boas condições na estrutura física. Já Ibañez *et al.* (2006)²⁴ identificou opiniões semelhantes desses autores somente nas dimensões: acessibilidade, porta de entrada e vínculo. Nessa lógica, os gestores tendem a focar o olhar para rendimento, custo e eficiência; os profissionais de saúde buscam reconhecimento profissional e um bom ambiente de trabalho; os usuários entende, qualidade como obtenção dos benefícios e das necessidades esperadas (ARAUJO *et al.* 2017)³². Também é importante ressaltar que há poucas publicações que comparam a percepção de usuários e profissionais que atuam na APS.

Identificou-se, diante da amostra de municípios deste estudo, que a grande maioria possuía baixa taxa de vulnerabilidade social. Vale destacar que todos os oito municípios classificados com alto IVS estão localizados no Norte (1) e no Nordeste (7) e nenhum desses é considerado metrópole. Dados do IPEA (2018)¹⁹ em 2010, também apontam que as regiões Norte e Nordeste eram as únicas na faixa de alta vulnerabilidade social. A mesma referência ainda alerta que há clara relação entre o maior porte populacional e os valores mais baixos no IVS (faixas baixa e muito baixa). Neste estudo, a maioria dos municípios são de grande porte populacional, não havendo nenhum de pequeno porte para associação e análise. Os municípios foram melhor distribuídos em relação à cobertura da AB e entre as regiões do Brasil.

Através do “Índice de Qualidade do Cuidado” na perspectiva das eSF, percebeu-se que a maioria das equipes foi avaliada como média/alta qualidade. A associação da qualidade do cuidado pela perspectiva das eSF demonstrou que as equipes pertencentes à municípios com baixas taxas de IVS parecem ter melhor qualidade ao comparar com os municípios com alta vulnerabilidade. Dialoga com esses resultados o trabalho de Alves *et al.* (2014)³³ que utilizou como critério socioeconômicos o IDHM e os estratos propostos pelo PMAQ-AB. O estudo

citado encontrou que os municípios com IDHM muito alto apresentaram maior proporção no acesso e acolhimento, enquanto que os municípios do estrato 1, que possuem piores condições, tiveram menor acesso, acolhimento e disponibilidade. Como conclusão, os autores inferem que os desempenhos das equipes localizadas na região Sudeste, em capitais, em municípios de maior porte e com maior número de eSF foi mais favorável para obtenção de um melhor cuidado.

Já sobre o “Índice de Qualidade do Cuidado” na percepção dos usuários, os municípios, em grande maioria, foram identificados com baixa qualidade. Sobretudo, nenhum município com alta ou média vulnerabilidade atingiu a qualidade do cuidado considerada média/alta na percepção do usuário. Ou seja, os usuários que vivem em municípios considerados mais vulneráveis socialmente, sendo estes municípios de porte médio, grande ou metrópole - casos deste estudo, classificam pior a qualidade do cuidado ofertada. Partindo-se do pressuposto que os indivíduos entrevistados nesses municípios mais vulneráveis apresentam piores condições sociais, os achados indagam alguns estudos brasileiros que afirmaram que os usuários de camadas mais populares são mais satisfeitos com os serviços (COTTA *et al.* 2005; BRANDÃO, GIOVANELLA e CAMPOS, 2013; SANTIAGO *et al.* 2013; BULGARELLI, *et al.* 2018; ESPERIDIÃO e TRAD 2006;^{15,16,17,34,35}. Esse dado também questiona a afirmação de Esperidião e Trad (2006)³⁵ de que a população mais pobre é menos exigente, ficando mais satisfeitas com padrões mínimos humanitários e com insumos básicos. Porém, o encontrado neste estudo é relacionado a maioria das descobertas internacionais que apontou que pessoas com rendimento abaixo da mediana eram mais prováveis de estarem insatisfeitos com os serviços de saúde ofertados (HALL e DORNAN, 1990; BLENDON *et al.* 2002; PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017; PETEK *et al.* 2011)^{12,13,14,37}. Algumas pesquisas nacionais também apontaram isto (BASTOS e FASOLO, 2013; GOUVEIA *et al.* 2009; GOUVEIA *et al.* 2011; PROTASIO *et al.* 2017a; SILVA, MENEZES e DIAS, 2014)^{37,38,39,40,41}. Têm se ainda que indivíduos com melhores condições socioeconômicas podem ter maior facilidade em obter cuidado de saúde que indivíduos pobres (ALMEIDA *et al.* 2017)⁴².

Foi realizado também a análise utilizando somente variáveis muito relacionadas a satisfação do usuário. O termo “satisfação” pode ser interpretado de diversas formas e ademais, como mencionado por Brandão, Giovanella e Campos (2013)¹⁶, pode ser caracterizado pelo seu dinamismo e por receber influência de vários fatores. Dentre os fatores que influenciam pode-se citar: sexo, idade, renda, emprego, distância da UBS da residência do usuário (PROTASIO *et al.* 2017a)⁴⁰, além de nível educacional, auto percepção da saúde, quantidade de vezes que o

indivíduo internou (BLEICH, OZALTIN E MURRAY, 2009)⁴³, saúde mental do indivíduo, PIB do país, país de nascimento (PÉREZ-ROMERO *et al.* 2017)¹⁴, dentre outros.

Os resultados encontrados mediante o “Índice de Satisfação do Usuário” apontam melhor percepção, desses mesmos autores, se comparado a avaliação feita sobre a qualidade do cuidado. Nesse aspecto os usuários que vivem em municípios com alta vulnerabilidade, sendo estes municípios de porte médio, grande ou metrópole - casos deste estudo, classificaram igualmente em porcentagem em baixa ou média/alta qualidade, não havendo neste estudo distinção da satisfação entre indivíduos residentes de municípios com alta taxa de vulnerabilidade. No entanto, indivíduos residentes em municípios com média e baixa vulnerabilidade foram mais satisfeitos.

Os dados também apontaram que há diferença na satisfação dos usuários em relação as regiões. Sendo que a maior insatisfação foi encontrada nas regiões Norte (57,1%), Centro-Oeste (54,5%) e Nordeste (45,5%) do Brasil. Já as regiões Sul e Sudeste apresentaram muito menor índice de insatisfação, 19,4% e 15,8%, respectivamente. Protasio *et al* (2017b)⁴⁴ analisou a satisfação por regiões do Brasil usando dados do 1º ciclo do PMAQ-AB e percebeu que houve diferenças de satisfação por região, encontraram maior insatisfação no Norte (36,8%), seguido do Nordeste (28,5%), Centro-Oeste (22,5%), Sudeste (19,9%) e Sul (17,1%). Os mesmos autores também revelam que os fatores que influenciam no aumento da satisfação são diferentes de acordo com a região. Para Gouveia *et al.* (2009)³⁸ é maior a chance de o usuário ser satisfeito na região Sul, enquanto que é menor se for da região Nordeste. Esses fatos reforçam a ideia das desigualdades existentes nas diversas regiões do país. Todavia, situação semelhante também foi encontrada no inquérito com pacientes realizado na Inglaterra em 2019 (GPPS. 2019)⁴⁵. Entre os usuários que descreveram a experiência na APS como boa, há uma variação de 69,1% a 92,1% de acordo com a região do país.

Sendo uma pesquisa transversal está subordinada às limitações inerentes desse tipo de delineamento. Limites relacionados à seleção da amostra acarreta prudência na generalização dos resultados. Os critérios de seleção, impediram a utilização de uma análise multivariada e excluíram os municípios de pequeno porte.

Apesar disso, o estudo apresenta diversos pontos fortes. A coleta de dados para a avaliação externa foi realizada por várias instituições de ensino competentes, utilizou-se instrumento padronizado para ser usado à nível nacional. A pouca quantidade de estudos nacionais sobre o tema garante a relevância dos achados e ressalta a necessidade da realização de outros estudos para averiguar os aspectos não contemplados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou uma análise global e generalizada da percepção dos profissionais e usuários do SUS. A partir dos dados expostos foi possível obter uma visão sobre a forma como a APS brasileira tem respondido às expectativas dos usuários.

Apesar dos elementos desse estudo apontarem para uma melhor visão do cuidado relativo às equipes de saúde é importante salientar que para se ter um serviço de alta qualidade é necessário que o usuário também identifique essa qualidade do cuidado de forma satisfatória.

As diferenças observadas entre o contexto socioeconômico e sociogeográfico reforçam as inequidades presentes no Brasil. Na contramão de alguns estudos brasileiros que identificaram maior satisfação com os serviços de saúde em indivíduos mais vulneráveis, esta pesquisa corrobora com a maioria dos estudos internacionais que encontraram o contrário.

Os dados do 2º ciclo do PMAQ-AB aqui averiguados, poderão servir de base para futuras comparações. Os resultados obtidos nesta investigação podem ser úteis para a gestão dos serviços de saúde, na reorientação dos processos de trabalho e implementação de melhorias nas políticas públicas nacionais, regionais e locais. Algumas das mudanças não requer grandes investimentos e permitem avançar na prática da avaliação contínua da gestão em saúde, com o intuito de garantir as diretrizes preconizadas pelo SUS, tornar o acesso mais equânime e o cuidado mais humanizado.

Referências

1. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. saúde mater. infant**, p. 63-69, 2005.
2. FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. s159-s172, 2008
3. HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 2005.
4. SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65-82, 2009.
5. VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 140 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
7. FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
10. FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable?. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, p. S60, 2017.
11. JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 256, 2007.
12. HALL, Judith A.; DORNAN, Michael C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. **Social science & medicine**, v. 30, n. 7, p. 811-818, 1990.
13. BLENDON, Robert J. *et al.* Inequities in health care: a five-country survey. **Health Affairs**, v. 21, n. 3, p. 182-191, 2002.
14. PÉREZ-ROMERO, Shirley *et al.* Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n. 5, p. 416-422, 2017.
15. COTTA, Rosângela Minarde Mitre *et al.* A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, v. 15, n. 4, p. 227-234, 2005.
16. BRANDÃO, Ana Laura da Rocha Bastos; GIOVANELLA, Lígia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 103-114, 2013.
17. SANTIAGO, Renata Florêncio *et al.* Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 35-44, 2013.

18. CANÇADO, Taynara Candida Lopes; SOUZA, Rayssa Silva de; CARDOSO, Cauan Braga da Silva. Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social. 2014.
19. IPEA. Vulnerabilidade Social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Textos para discussão. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Brasília: Rio de Janeiro, 2018.
20. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011.
21. KAUERMANN, Goeran; KUECHENHOFF, Helmut. Stichproben: Methoden und praktische Umsetzung mit R. **Springer-Verlag**, 2010.
22. IPEA. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : IPEA, 2015. 77 p. : gráfs., mapas color.
23. AGRESTI, Alan. Analysis of ordinal categorical data. John Wiley & Sons, 2010.
24. IBAÑEZ, Nelson *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 683-703, 2006.
25. TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00195815, 2017a.
26. TOMASI, Elaine *et al.* Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality—PMAQ. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, p. S12, 2017b.
27. MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda e PINTO, Hêider Aurélio. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?. **Divulg. saúde debate**, p. 14-29, 2014.
28. JANSSEN, Mariana; FONSECA, Sandra Costa; ALEXANDRE, Gisele Caldas. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 140-152, 2016.
29. NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00072317, 2018.
30. PEREZ, Lilian G. *et al.* Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. **Revista de saude publica**, v. 47, p. 403-413, 2013.
31. VOLPATO, Luciana Fernandes. Utilização de uma ferramenta para análise da qualidade nos serviços públicos de saúde. 2014. 96 p. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP.

32. ARAÚJO, Átila Chagas de *et al.* Qualidade dos serviços na Estratégia Saúde da Família sob interferência do PMAQ-AB: análise reflexiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 712-717, 2017.
33. ALVES, Márcia Guimarães de Mello *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 34-51, 2014.
34. BULGARELLI, Patricia Tavora *et al.* A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, v.11, n.3, 2018.
35. ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 303-312, 2006.
36. PETEK, Davorina *et al.* Patients' evaluations of European general practice—revisited after 11 years. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 6, p. 621-628, 2011.
37. BASTOS, Gisele Alsina Nader; FASOLO, Luisa Rabeno. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 114-124, 2013.
38. GOUVEIA, Giselle Campos et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, p. 281-296, 2009.
39. GOUVEIA, Giselle Campos et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1849-1861, 2011.
40. PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de saúde publica**, v. 33, n. 2, 2017a.
41. SILVA, Bernardo dos Santos; MENEZES, Débora Cristina Guimarães; DIAS, Orlene Veloso. Receptividade e empatia: percepção dos usuários da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros/MG. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 1, p. 69-81, 2014.
42. ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho *et al.* Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.
43. BLEICH, Sara N.; ÖZALTIN, Emre; MURRAY, Christopher JL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, p. 271-278, 2009.
44. PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1829-1844, 2017b.

45. GPPS, *General Practitioner Patient Survey*. GP Patient Survey. National report. 2019 Publication. **Ipsos MORI**. 2019b. [online].