



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AOS  
CUIDADOS OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ANÁLISE  
A PARTIR DO 1º CICLO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB**

Ane Polline Lacerda Protasio

**João Pessoa  
2014**

**ANE POLLINE LACERDA PROTASIO**

**FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AOS  
CUIDADOS OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ANÁLISE  
A PARTIR DO 1º CICLO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regular para a obtenção do título de Mestre.

**Área de Concentração:** Modelos em Saúde

**Orientadores:**

Profa. Dra. Ana Maria Gondim Valença  
Profa. Dra. Liliane dos Santos Machado

**João Pessoa  
2014**

P967f Protasio, Ane Polline Lacerda.

Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB / Ane Polline Lacerda Protasio.- João Pessoa, 2014.

175f.

Orientadores: Ana Maria Gondim Valença, Liliane dos Santos Machado

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Serviços de saúde - acesso - avaliação. 4. Satisfação do usuário. 5. Regressão logística. 6. Saúde da família.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

**ANE POLLINE LACERDA PROTASIO**

**FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AOS  
CUIDADOS OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ANÁLISE  
A PARTIR DO 1º CICLO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB**

João Pessoa, 09 de dezembro de 2014

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Maria Gondim Valença  
Orientadora – UFPB

---

Profa. Dra. Liliane dos Santos Machado  
Orientadora – UFPB

---

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna  
Membro Interno – UFPB

---

Profa. Dra. Tatiene Correia de Souza  
Membro Interno – UFPB

---

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento  
Membro Interno – UFPB

---

Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti  
Membro Externo - UEPB

**Ao meu marido  
por seu apoio constante,  
paciência e por me mostrar  
um novo caminho.**

**Aos meus filhos amados.**

**Ao meu padrasto**

**Roberto Galiza (*in memoriam*)**

**a quem queria mostrar essa conquista.**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar sempre me guiando e me protegendo pelos caminhos da vida. Sei que Ele tem um propósito em tudo.

Aos meus filhos Letícia e Guilherme pela paciência e por entender sempre que mamãe dizia que estava estudando. Além de me tirar de frente do computador quando era necessário.

À Cleonilson Protásio, meu marido, por abdicar de suas obrigações e lazer para me ajudar e incentivar na elaboração desse trabalho.

À minha mãe, Reginalda Maria Teotônio de Lacerda, por ser ter dado meu alicerce para todas as conquistas que obtive na minha vida.

À meu Pai, Jesus Demosthenes, por me escutar e torcer por mim.

Aos meus avós, Voinho e Voinha, e a minhas irmãs, Ana Luíza e Ana Carolina, por estarem sempre presente na minha vida demonstrando seu amor e cuidando dos meus filhos quando eu precisava.

À Ana Maria e Liliane, minhas orientadoras, pela disponibilidade e orientação na elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos do mestrado, pelo incentivo e por compartilharmos os esforços e as preocupações no objetivo dos nossos trabalhos.

À todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, em especial ao professor João Agnaldo e a professora Tatiene.

## RESUMO

Na perspectiva que a Atenção Básica à Saúde no Brasil vem se fortalecendo, principalmente com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) visando a melhoria da qualidade do atendimento e a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Utilizando o Módulo III do instrumento de avaliação externa do 1º Ciclo do PMAQ-AB, que contém informações sobre a percepção e a satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização, este trabalho teve como objetivo analisar os principais fatores que influenciam na satisfação dos usuários dos serviços de saúde no Brasil e em suas regiões a fim de elaborar um modelo de suporte à decisão que auxilie o gestor em saúde na tarefa de definir ações promotoras que incrementem a qualidade dos serviços de saúde na percepção dos usuários e assim tomar decisões efetivas que fortaleçam essas ações. Para isso, foi realizado um estudo com dados secundários, produzidos pelo Ministério da Saúde, do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB realizado entre o ano de 2012 e o primeiro semestre de 2013. Dessa forma, realizou-se uma análise descritiva, uma análise de agrupamento para obter a variável dependente de satisfação do usuário e foi utilizada regressão logística para obtenção de modelos de decisão para o Brasil e suas regiões. Como resultado do estudo realizado, foram encontrados os principais fatores associados à satisfação do usuário com o serviço de saúde tanto para o Brasil quanto para cada um de suas regiões. Para o Brasil, os fatores em destaque foram: a percepção do usuário quanto a equipe não buscar resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde (OR = 0,39) e o usuário não (OR = 0,44) sentir-se respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião ou sentir-se apenas algumas vezes (OR = 0,49). Devido à diversidade do país, observa-se também que os fatores influenciadores da satisfação do usuário variam de acordo com a região geográfica, destacando-se: o horário de funcionamento da unidade não atender às necessidades dos usuários; o usuário não conseguir ser escutado quando vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema; e a dificuldade de conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde. Conclui-se que é importante que equipes e gestores continuem empenhando seus esforços para melhorar a qualificação do acesso, atendam às necessidades dos usuários, melhorem os aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho e, principalmente, fortaleçam o vínculo mediante o aprimoramento da relação entre usuários e profissionais de saúde, além das visitas domiciliares, considerando também a contribuição e a importância de análises de aspectos sócio geográficos e socioeconômicos.

**Palavras-Chaves:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de serviços de saúde; Avaliação em Saúde; Satisfação do Usuário; Regressão Logística; Acesso aos serviços de saúde; Saúde da Família.

## ABSTRACT

In view of the Primary Health Care in Brazil has been strengthened, mainly, with the new National Primary Care Policy (PNAB), the Brazilian Ministry of Health has created the Program of Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) that aimed to improve healthcare public service quality and to enhance the Brazilian qualified health services within the SUS (Brazil's Unified Public Health System). By using the Module III of the external evaluation instrument from the 1<sup>o</sup> cycle of PMAQ-AB, which contains a lot of information on perception and satisfaction of public health services users regard to their access and usage, this present work aims to identify, considering statistical tools, the main factors that influence the user satisfaction of health services in Brazil and in its regions in order to develop decision models to help health public officers to define actions that increase health service quality and to make effective decisions. In this way, this work was carried out considering secondary data from the 1<sup>o</sup> cycle of PMAQ-AB, which takes place from 2012 to the first half of 2013. It was obtained a descriptive analysis, a cluster analysis to find the dependent variable of user satisfaction and logistic regression was applied in order to obtain decision models for Brazil and its regions. As a result, the main factors associated with user satisfaction on the provided health service for Brazil and its regions were obtained. Considering the results on Brazil as a whole, the achieved main factors were the following: the users perception on the health care unit staff on not solving their health needs (OR = 0.39) and the user does not (OR = 0.44) feel respected by health professionals in relation to their cultural habits, customs, religion or feel it only a few times (OR = 0.49). It was also noticed that the factors that influence the user satisfaction vary according to the considered region of Brazil due to mainly its diversity. Beyond the factors observed in Brazil, the following factors were also noted in its regions: the health unit time table does not meet the user needs, the users cannot be served when they are in the health care unit unless an previous appointment and the users have difficult to make complaints or suggestions in the health care unit. It was concluded that it is important that health care unit staff and managers try to improve health care unit access, to serve the user needs, to improve organization, and especially to strengthen the link of users and health professionals, in addition to home visits, considering socio-geographic and socioeconomic aspects.

**Keywords:** Primary Health Care; Health services evaluation; Health Evaluation; Consumer Satisfaction; Logistic Models; Health services accessibility; Family health.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Sumário da análise <i>Two-Step Cluster</i> .....	65
<b>Figura 2</b> - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística do Brasil.....	97
<b>Figura 3</b> - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Nordeste....	101
<b>Figura 4</b> - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Norte.....	104
<b>Figura 5</b> - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Centro- Oeste.....	107
<b>Figura 6</b> - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Sul.....	110
<b>Figura 7</b> - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Sudeste.....	115

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: o horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do usuário?.....	121
<b>Gráfico 2 -</b>	Apresentação do OR e seu intervalo de confiança para a variável como o usuário faz para marcar consulta na unidade de saúde.....	123
<b>Gráfico 3 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário consegue ser escutado ao vir à unidade de saúde sem ter hora marcada.....	125
<b>Gráfico 4 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário sempre se sente respeitado pelos profissionais quanto aos seus hábitos culturais, costumes e religião.....	126
<b>Gráfico 5 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário resolve suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde.....	127
<b>Gráfico 6 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: o consultório para o atendimento é um lugar reservado.....	128
<b>Gráfico 7 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário não se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões.....	133
<b>Gráfico 8 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: os profissionais da unidade costumam a perguntar por familiares dos usuários.....	134
<b>Gráfico 9 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: os profissionais lembram do que aconteceu nas últimas consultas do usuário.....	136
<b>Gráfico 10 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: os profissionais não procuram o usuário para saber o que aconteceu e retomar o atendimento em caso de interrupção do tratamento por algum motivo ou por não vir à consulta nesta unidade de saúde.....	137
<b>Gráfico 11 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário precisa tirar dúvidas após as consultas, e não é sempre que encontra facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam.....	138
<b>Gráfico 12 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas quando o usuário precisa.....	138

<b>Gráfico 13 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário encontra sempre facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde.....	140
<b>Gráfico 14 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: O agente comunitário de saúde visita a casa do usuário.....	141
<b>Gráfico 15 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: os outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do usuário.....	142
<b>Gráfico 16 -</b>	Interpretação em percentual do OR para variável: os usuários conseguem facilmente fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde.....	143

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis socioeconômicas no Brasil.....	70
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis socioeconômicas por regiões.....	71
<b>Tabela 3</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil.....	72
<b>Tabela 4</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre o acesso aos serviços de saúde por regiões.....	73
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre marcação de consulta(s) e acolhimento à demanda espontânea na unidade de saúde no Brasil.....	75
<b>Tabela 6</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre marcação de consulta(s) e acolhimento à demanda espontânea na unidade de saúde por regiões.....	76
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre Atenção integral à saúde no Brasil.....	79
<b>Tabela 8</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre atenção integral à saúde por regiões.....	80
<b>Tabela 9</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado no Brasil.....	82
<b>Tabela 10</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado por regiões.....	94
<b>Tabela 11</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre satisfação do usuário no Brasil.....	87
<b>Tabela 12</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre satisfação do usuário por regiões.....	88
<b>Tabela 13</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre participação e interação dos usuários na US do Brasil.....	90
<b>Tabela 14</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre participação e interação dos usuários por regiões.....	90

<b>Tabela 15</b> - Média e desvio-padrão das notas de zero a dez atribuída pelo o usuário para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade.....	91
<b>Tabela 16</b> - Distribuição de frequência da amostra segundo a variável nota de zero a dez atribuída pelo usuário para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade.....	91
<b>Tabela 17</b> - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados do Brasil.....	92
<b>Tabela 18</b> - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Nordeste.....	98
<b>Tabela 19</b> - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Norte.....	102
<b>Tabela 20</b> - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Centro-Oeste.....	105
<b>Tabela 21</b> - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Sul.....	108
<b>Tabela 22</b> - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Sudeste.....	111
<b>Tabela 23</b> - Distribuição por regiões das variáveis de vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado.....	131

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Levantamento bibliográfico realizado.....	38
<b>Quadro 2</b> - Matriz de confusão.....	58
<b>Quadro 3</b> - Variáveis utilizadas no agrupamento <i>Two-Step Cluster Analysis</i> .....	64
<b>Quadro 4</b> - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Brasil...	66
<b>Quadro 5</b> - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística da região Nordeste.....	97
<b>Quadro 6</b> - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Norte....	101
<b>Quadro 7</b> - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Centro-Oeste.....	104
<b>Quadro 8</b> - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Sul.....	107
<b>Quadro 9</b> - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Sudeste	110
<b>Quadro 10</b> - Lista de Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB.....	115

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	RELEVÂNCIA.....	20
1.2	MOTIVAÇÃO.....	22
1.3	OBJETIVOS.....	23
1.4	CONTRIBUIÇÃO.....	23
1.5	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	24
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	29
2.3	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA NO USUÁRIO	33
2.4	REGRESSÃO LOGÍSTICA APLICADA NA ÁREA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.....	37
2.5	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ).....	39
2.6	TÉCNICAS ESTATÍSTICAS.....	48
<b>2.6.1</b>	<i>Análise Two-Step Cluster</i> .....	48
<b>2.6.2</b>	<i>Regressão Logística</i> .....	50
2.7	CONSIDERAÇÕES.....	60
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	61
3.1	CARACTERÍSTICA DO ESTUDO.....	61
3.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	62
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	69
4.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	69
4.2	MODELOS DE DECISÃO.....	91
<b>4.2.1</b>	<b>Modelo Logístico para o Brasil</b> .....	92
<b>4.2.2</b>	<b>Modelo Logístico para a região o Nordeste</b> .....	97
<b>4.2.3</b>	<b>Modelo Logístico para a região o Norte</b> .....	104
<b>4.2.4</b>	<b>Modelo Logístico para a região o Centro-Oeste</b> .....	104
<b>4.2.5</b>	<b>Modelo Logístico para a região o Sul</b> .....	104
<b>4.2.6</b>	<b>Modelo Logístico para a região o Sudeste</b> .....	111

4.3	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	115
4.3.1	<b>Características socioeconômicas.....</b>	117
4.3.2	<b>Acesso aos serviços de saúde.....</b>	119
4.3.3	<b>Marcação de consulta(s) na unidade de saúde.....</b>	122
4.3.4	<b>Acolhimento à demanda espontânea.....</b>	124
4.3.5	<b>Atenção integral à saúde.....</b>	127
4.2.6	<b>Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado.....</b>	131
4.3.7	<b>Mecanismos de participação e interação dos usuários.....</b>	143
4.4	FATORES MAIS IMPORTANTES QUE INFLUENCIAM NA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.....	144
4.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	146
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	148
5.1	SUGESTÃO DE NOVOS TRABALHOS.....	150
5.2	PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA.....	150
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	153
	<b>Apêndice A</b> – Universidades/instituições de ensino e pesquisa que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB.....	166
	<b>Apêndice B</b> – Instrumento de coleta de dados.....	167
	<b>Anexo A</b> – Parecer do Comitê de Ética do PMAQ-AB.....	175

## 1 INTRODUÇÃO

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro estabeleceu como uns de seus principais objetivos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária e igualitária (BRASIL, 1990). Esses objetivos marcaram o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, entre os quais está a saúde.

Em 1990, o país passou a contar com um novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado e criado para modificar o modelo tradicional até então vigente. O SUS é regido pelas Leis 8.080 e 8.142 de setembro e dezembro de 1990, respectivamente, e apresenta entre seus Princípios e Diretrizes, a “universalidade” do acesso, a “equidade”, a “integralidade” da assistência, a “hierarquização” dos problemas, a “descentralização” administrativa das ações, além da participação e “controle social” (BRASIL, 1990). Em 1994, como iniciativa do Ministério da Saúde para a implementação da atenção primária em saúde, surgiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), que estabeleceu que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde de modo a favorecer a articulação efetiva com os demais níveis de organização. Entretanto, o processo de implantação do SUS teve inúmeras limitações, pois, mesmo com notáveis progressos e do seu evidente fortalecimento, percebe-se que seus princípios norteadores ainda não se tornaram uma realidade no cotidiano da atenção à saúde. Princípios como a descentralização e a universalização são mais concretos do que outros, como o controle social e a integralidade, os quais necessitam ser mais trabalhados para terem um alcance maior (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Nesse cenário, tornou-se evidente a necessidade de se avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

A avaliação em saúde apresenta, nos seus conceitos e práticas, uma pluralidade por se constituir em um processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático desenvolvido no âmbito dos serviços de saúde. A avaliação em saúde vem sendo expandida desde o final do século XX, tanto em produção científica quanto em sua institucionalização. Informações para melhoria das intervenções em saúde e julgamentos acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários podem advir da avaliação e

seus conhecimentos devem ser incorporados ao cotidiano tanto dos gestores quanto dos profissionais de saúde (HARTZ; SILVA, 2005).

Pelo fato de a avaliação em saúde não ser um procedimento exclusivamente de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, deve-se ter em sua concepção o desenvolvimento de negociação entre os diversos atores sociais envolvidos no contexto da saúde. Nesse sentido, a avaliação em saúde deve fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Ademais, é importante que a avaliação em saúde possibilite a percepção de mudanças na perspectiva de reorganização do sistema e reorientação das práticas de saúde (BRASIL, 2003).

A avaliação, a partir da perspectiva dos usuários sobre a prática da APS, se faz importante, uma vez que a comunidade é a razão da existência da ESF e do SUS. Nessa conjuntura, o usuário, como sujeito ativo no processo de construção de sua saúde, fortalece a formação de vínculos entre este e o serviço de saúde, favorece a humanização do serviço, e propicia uma oportunidade de verificação, na prática, da resposta da comunidade à oferta dos serviços de saúde permitindo sua adequação às expectativas da comunidade adscrita (COTTA *et al.*, 2005).

O aperfeiçoamento dos processos de decisão em saúde se confronta com a complexidade do campo da avaliação, marcado pelos múltiplos fatores que permeiam a saúde e a doença, o que faz com que os resultados esperados na saúde da população sejam construídos com características e princípios próprios (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A avaliação em saúde e suas consequentes ações pós-avaliação por parte dos gestores em saúde permite promover uma maior satisfação dos usuários com o serviço de saúde, que, como consequência, traz ganhos valiosos quanto ao tratamento e sua continuidade, interferindo na efetividade terapêutica, com a maior adesão do usuário aos procedimentos recomendados (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Adicionalmente, a avaliação em saúde com respeito à qualidade dos serviços é uma ferramenta bastante eficiente, pois permite uma maior adequação da promoção da assistência à saúde a partir de suas reais necessidades (RODRIGUES *et al.*, 2012).

A qualidade da APS está sendo bastante demandada devido a evidências claras de que sistemas nacionais de saúde que têm como prioridade ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias tem alcançados melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002). Diante disso, a institucionalização da avaliação da atenção básica no Brasil está recebendo grande destaque com a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica no país.

O mais recente programa de avaliação em saúde executado no país é o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB**. O PMAQ-AB visa a melhoria da qualidade do atendimento e a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS e está organizado em quatro fases, que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AB) (BRASIL, 2012a). As quatro fases do PMAQ-AB são:

- 1- Adesão e contratualização,
- 2- Desenvolvimento,
- 3- Avaliação externa, e
- 4- Recontratualização.

Considerando somente a Fase 3 do PMAQ-AB, a **avaliação externa** está baseada em um conjunto de ações que visam verificar as condições de acesso e da qualidade dos serviços de saúde nos municípios e nas equipes da atenção básica participantes do programa. Nessa fase, destaca-se o apoio de Instituição de Ensino e Pesquisa na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo.

O processo de avaliação externa do PMAQ-AB também objetiva a certificação dos desempenhos das equipes, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes. Além disso, é realizado um levantamento de informações, que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica, e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços, para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde (BRASIL, 2012a).

Entre o ano de 2012 e o primeiro semestre de 2013, foi realizado o **1º ciclo do PMAQ-AB** no país. As informações obtidas no processo de avaliação externa desse ciclo foram disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para serem analisadas. Em meio aos aspectos levantados nessa avaliação, encontram-se, no módulo III<sup>1</sup>, informações sobre a percepção e a satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

---

<sup>1</sup> A Avaliação Externa é dividida em 3 módulos. O Módulo III trata da “Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário”.

Nesse contexto e considerando como base de estudo os dados obtidos no 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, este trabalho tem como objetivo principal identificar os principais fatores que influenciam na satisfação do usuário no Brasil e em suas regiões, a fim de elaborar um modelo de suporte à decisão que auxilie o gestor em saúde na tarefa de definir ações promotoras que incrementem a qualidade dos serviços de saúde na percepção dos usuários e assim tomar decisões que fortaleçam essas ações. Adicionalmente, o recorte territorial levantado neste trabalho pode ser um instrumento importante para a criação de políticas que considerem as particularidades de cada região além de levar em conta as características físicas e de infraestrutura de seus sistemas de saúde.

## 1.1 RELEVÂNCIA

A avaliação da qualidade dos serviços em saúde representa uma ação crítica por parte dos gestores e administradores de serviços de saúde e não deve ser considerada como uma atividade separada do processo de tomada de decisões (SERAPIONI, 2009). Contudo, uma das dificuldades no processo de tomada de decisões está no alto volume de dados e da pluralidade das fontes de dados, tais como: questionários, entrevistas, documentos, sistemas de informação e grupos focais, tornando difícil para os gestores elaborarem propostas adequadas de melhoria nos serviços de saúde e/ou tomarem decisões por meio de uma análise objetiva. A qualidade da informação é também importante para o tomador de decisão tanto para obter informações sobre pacientes e cuidadores quanto para avaliar os serviços ofertados (DY; PURNELL, 2012). Assim, o uso de técnicas que possibilitem a descoberta de padrões, similaridades e conhecimento de forma científica, a partir de bases de dados, facilita a análise das informações a serem utilizadas na tomada de decisão.

O PMAQ é um programa de avaliação e seus resultados, por serem extremamente abrangentes, tanto do ponto de vista populacional quanto aos setores dos serviços ofertados pela AB, podem fornecer subsídios relevantes que devem estar associados à tomada de decisão. Dessa forma, utilizar os dados do PMAQ para subsidiar o planejamento e, portanto, a tomada de decisão, com a finalidade de propor ações baseadas nas necessidades concretas da população, possibilitará gerar informações relevantes que contribuam significativamente para a melhoria da gestão em saúde no âmbito do SUS.

Dessa forma, torna-se relevante o estudo das informações contidas no PMAQ sobre a percepção e satisfação dos usuários acerca do acesso e a utilização dos serviços de saúde. Entretanto, tais estudos devem ter como base técnicas estatísticas de tomada de

decisão e assim poder determinar objetivamente características do serviço que influenciam na satisfação do usuário. Conseqüentemente, como resultado, esse estudo poderá favorecer o planejamento de ações por parte dos gestores na perspectiva de ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade.

Adicionalmente, levantar características e fatores que influenciam a satisfação do usuário atingirá o serviço em saúde em diferentes dimensões, ou seja, o indivíduo pode estar satisfeito com um ou mais aspectos de um serviço e/ou consulta e simultaneamente estar insatisfeito com outras dimensões do serviço, pois o grau de satisfação reflete em, além do âmbito eminentemente clínico, dimensões tais como estrutura do ambiente, processo da prestação do serviço (atendimento) e resultados obtidos com o tratamento.

Nesse contexto, a relevância desta pesquisa está na realização de um estudo científico sobre a percepção e satisfação dos usuários do Brasil e por regiões quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização, cuja base de dados foi obtida a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Ademais, verificar os fatores que influenciem na satisfação dos usuários de cada região do país é altamente relevante, pois leva em consideração as peculiaridades de cada região e torna possível aos gestores elaborarem políticas específicas por região.

## 1.2 MOTIVAÇÃO

O PMAQ é um programa do Ministério da Saúde que objetiva a melhoria dos serviços de saúde, com uma ampla gama de objetivos e estratégias que visa gerar movimento articulado nos gestores, nos trabalhadores, nos usuários e também nas universidades, em direção a resultados que interessam a esses três atores.

Um dos aspectos mais relevantes do PMAQ é sua meta de provocar mudanças significativas e concretas no trabalho cotidiano da Atenção Básica, tais como:

- A criação de um espaço de diálogo-negociação-gestão da tríade gestor-profissional-usuário;
- A criação do componente de qualidade do piso de atenção básica variável que estimula a adoção de lógicas de premiação e remuneração baseada em resultados e desempenho;
- A busca da adequada ambiência das unidades básicas de saúde (UBS) (melhorando da infraestrutura, instalações, equipamentos e insumos necessários ao processo de trabalho das equipes);
- A melhoria das condições de trabalho, da qualidade do vínculo, das relações de trabalho e do desenvolvimento profissional;
- Atuação de uma gestão municipal mais próxima da equipe de atenção básica proporcionando a identificação e compartilhamento dos problemas, soluções e planejamento;
- A valorização da participação da comunidade; e, por fim,
- O fortalecimento do foco do processo de trabalho das equipes para a garantia do acesso da população e na qualidade da atenção.

Diante da importância do PMAQ e do impacto que este pode proporcionar, este trabalho teve como motivação principal o desafio de se produzir um modelo de decisão com precisão e confiabilidade conhecida que, além de permitir uma interpretação bastante abrangente e direta, pode substanciar cientificamente os gestores de saúde a tomarem suas decisões para obterem uma maior satisfação por parte dos usuários da APS. Indiretamente, teve-se também como motivação deste trabalho, a possibilidade de se ter uma ferramenta de

gestão que justifique as decisões escolhidas, evitando-se assim decisões baseadas em intuições ou em aspectos políticos ou populismos.

### 1.3 OBJETIVOS

Neste trabalho, tem-se com objetivo geral identificar os fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na atenção básica em saúde e construir um modelo de tomada de decisão baseado na percepção dos usuários, quanto ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, sobre a satisfação do usuário no Brasil e em suas regiões, utilizando os dados do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.

Constituem-se em objetivos específicos do presente trabalho:

- Realizar uma análise descritiva e calcular as medidas de frequência das variáveis presentes no Módulo III do PMAQ;
- Ajustar um modelo de regressão logística a partir de variáveis coletadas no Módulo III do PMAQ no Brasil e por suas regiões;
- Identificar os fatores mais importantes associados a satisfação do usuário;
- Comparar os fatores associados a satisfação do usuário das regiões do Brasil; e
- Propor um meio de auxiliar a tomada de decisão quanto a satisfação do usuário por parte dos gestores.

### 1.4 CONTRIBUIÇÃO

Apesar da atual e crescente inclusão da percepção e satisfação dos usuários como foco das avaliações em saúde, ainda são escassos os trabalhos nesse sentido. Não obstante, estudos que avaliam a atenção básica no Brasil são poucos e os existentes priorizam causas específicas e focadas na heterogeneidade das situações a serem avaliadas, merecendo ser ampliadas, efetivamente aplicadas, e aperfeiçoadas continuamente em função dos resultados encontrados.

Ademais, esses estudos costumam se restringir à avaliação de um serviço em particular ou de um território mais delimitado, havendo carência de estudos de maior abrangência capazes de revelar diferenças entre contextos macrorregionais.

É importante ressaltar que os dados do 1º ciclo do PMAQ são atuais e, por isso, poucas análises estatísticas foram realizadas e as publicações são escassas. Entretanto, é grande o interesse dos profissionais de saúde, gestores e população em geral, sobre os resultados da avaliação levantadas nesse ciclo e em sua aplicabilidade para tomadas de decisões em saúde. Considerando-se que não é suficiente apenas obter dados e resultados, deve-se ter como consequência da obtenção desses a detecção de deficiências na aplicação dos princípios e procedimentos previstos no SUS e a definição de ações que visem modificar ou servir de base para a definição ou redirecionamento dos rumos da política em saúde.

Diante desse cenário, este trabalho tem como contribuição a proposição de modelos de decisão para auxiliar gestores de saúde em sua área de atuação em suas tomadas de decisões. Além disso, os resultados levantados neste trabalho também poderão auxiliar os gestores a terem um olhar peculiar para cada região, de forma a fornecer subsídios para melhorar os serviços de saúde de acordo com a realidade e necessidade de cada região do Brasil.

## 1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação é organizada como se segue. No Capítulo 2, referencial teórico, são expostos aspectos teóricos considerando a temática adotada: Atenção Básica à Saúde, Atenção Básica no Brasil, Avaliação da Atenção Básica na perspectiva no usuário, Regressão logística aplicada na área de Atenção Primária à Saúde e satisfação do usuário, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e as técnicas estatísticas (análise “*Two-Step Cluster*” e regressão logística).

No Capítulo 3, metodologia, expõe-se aspectos propostos para metodologia, tais como: característica do estudo e análise dos dados.

No Capítulo 4, resultados e discussão, apresenta-se dividido em: (4.1) análise descritiva dos dados obtidos por meio de valores absolutos e respectivos percentuais, (4.2) modelos logísticos obtidos no Brasil e por regiões com suas respectivas análises de qualidade de ajuste, (4.3) interpretação dos resultados confrontado com a literatura, (4.4) fatores mais importantes são evidenciados e (4.5) limitações do estudo.

No Capítulo 5, considerações finais, mostra-se as conclusões obtidas, sugestões para outros estudos no tema apresentado e a produção bibliográfica ao longo do mestrado.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fim de fundamentar este trabalho, neste capítulo é apresentado um breve histórico da Atenção Primária à Saúde no Mundo e no Brasil, os processos de avaliação da Atenção Básica na perspectiva do usuário, a utilização do modelo de regressão logística na área de Atenção Primária à Saúde e satisfação do usuário e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1920, o Reino Unido elaborou o Relatório *Dawson*, um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) com a concepção de organização dos serviços de saúde regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. A estrutura proposta nesse documento influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, o qual se tornou base para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Nos anos 1960, em um contexto global, a APS foi muito discutida a respeito de se superar a orientação predominantemente centrada no controle das doenças, destacando a determinação econômica e social da saúde, o que serviu de base para importantes movimentos de convergência na adequação de um novo paradigma que foi formalizado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (1978) no Cazaquistão. O resultado dessa conferência foi a Declaração de Alma-Ata que teve a proposta de estimular ações de diferentes comunidades internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento dos países, a fim de atingir a meta de saúde para todos até o ano 2000, priorizando a adoção da Atenção Primária em Saúde (APS) como estrutura fundamental em um sistema nacional de saúde (BRASIL, 2002). Três ideias permeavam a declaração de Alma-Ata: I - tecnologia apropriada, II - oposição ao elitismo médico, e III - o conceito de saúde como ferramenta para o desenvolvimento socioeconômico (CUETO, 2004).

Nesse contexto, percebeu-se um deslocamento de uma noção de “cuidados primários” para a de “atenção primária”, fazendo corresponder a primeira ao conteúdo de ações técnicas e a segunda a um nível de atenção ou a porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, o que caracterizaria uma inflexão histórica no conceito da APS (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Porém, existiam duas formas diferentes de conceber a atenção primária pelos organizadores da conferência de Alma-Ata, uma com um sentido integrado e outra com um sentido seletivo. Mesmo com essas divergências conceituais, a APS na Declaração de Alma-Ata marcou-se como uma estratégia de um sistema de saúde organizado, equitativo, apropriado e efetivo para atingir as necessidades de saúde dos seus usuários (FAUSTO *et al.*, 2007).

Como declarada na Declaração de Alma-Ata, a APS é definida como:

*“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contato com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde” (WHO, 1978).*

Mesmo com divergências conceituais, a APS na Declaração de Alma-Ata foi interpretada como estratégia central de organização do sistema de saúde, de forma a responder às necessidades de saúde, da população usuária dos serviços de saúde, de maneira mais equitativa, apropriada e efetiva e fortalecer a relação dos serviços de APS com os demais pertencentes ao sistema de saúde. Entretanto, apesar do entusiasmo inicial com essa nova proposta, foi difícil de implementar cuidados de saúde primários com uma concepção abrangente após Alma-Ata devido à crise econômica mundial, na década de 80, que induzira um esgotamento do financiamento das políticas sociais, principalmente dos países em desenvolvimento (MOROSINI; CORBO, 2007).

Além disso, em 1979, uma outra interpretação dos cuidados primários de saúde se fortaleceu na conferência intitulada Saúde e População em Desenvolvimento, realizada no *Bellagio Conference Center* na Itália, patrocinada pela Fundação Rockefeller, na qual foi proposta uma noção de atenção primária seletiva como um pacote de intervenção de baixo custo e dirigida às principais doenças que acometiam populações de países pobres (CUETO, 2004). Essa proposta nasceu a partir de críticas à concepção idealizada, ampla e com pouca aplicabilidade da APS presente na Declaração de Alma-Ata e foi difundida nos países pobres e em desenvolvimento, por ser de baixo custo e de fácil mensuração de seu impacto. A tensão

discursiva entre essas duas concepções de APS continuou durante toda a década de 1980 com reflexos na discussão sobre a organização dos serviços de saúde nos anos subseqüente (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Durante as décadas seguintes, visando mudanças no cenário da saúde mundial, surgiram muitas conferências internacionais ratificando a meta “saúde para todos”, entre elas se destacou a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/CA em novembro de 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública, que evidenciou a inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis (BRASIL, 2002)

Vale ressaltar que ao longo dos anos a compreensão do termo “Atenção Primária à Saúde” sofreu variações nos diferentes contextos políticos e socioeconômicos com predomínio de concepções mais abrangente ou mais restrita e seletiva de acordo com às particularidades de cada sistema de saúde, implementado sob interesses conflitantes (CASTRO; MACHADO, 2012). Segundo Giovanella (2006), as reformas dos sistemas de saúde dos anos 1980 e 1990 indicaram que a APS admitiria características diferentes nos países europeus referindo-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato e nos latino-americanos correspondendo a programas seletivos dirigidos a populações pobres.

Em 2007, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) elaborou uma proposta de renovação da Atenção Primária nas Américas que objetivava revitalizar a capacidade dos países em elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, prepará-los para novos desafios de saúde e melhorar a equidade (OPAS, 2007). Para Leão *et al* (2011), nessa proposta havia um propósito claro de fortalecimento da APS, com ênfase na incorporação de valores, princípios e elementos próprios da atenção, fato que representa um avanço em relação ao incentivo de incremento meramente numérico, sem compromisso com a qualidade.

Outro aspecto importante, é que o texto da proposta da OPAS continha afirmação de que os países com sistemas de saúde fortemente orientados à APS, em relação aos com fraca orientação, apresentam maior probabilidade de oferecer melhores resultados em saúde, mais equitativos, mais eficientes, com menores custos na atenção à saúde, além de alcançarem melhor satisfação do usuário (OPAS, 2007).

Em 2008, 30 anos após a Declaração de Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o relatório “*The World Health Report 2008*” chamado “*Primary Health Care: now more than ever*” que reafirmou a importância da APS como papel central nos

sistemas de saúde no cenário internacional (WHO, 2013). Esse relatório recomendava reformas para alinhar as expectativas sociais com sistemas de saúde comercializados, fragmentados e baseados em especialistas, e conseqüentemente direcionar os recursos da sociedade para fortalecer, nos serviços de saúde, valores como equidade, fim da exclusão, orientação para as necessidades e expectativas das pessoas e políticas públicas que garantam a saúde dos cidadãos. Nesse relatório ainda é afirmado que o movimento dos Cuidados Primários de Saúde, que eram considerados como radicais por muitos, tornaram-se expectativas sociais para a saúde, amplamente partilhadas e difundidas em muitas das sociedades do mundo, ainda que a linguagem utilizada possa diferir da usada em Alma-Ata (VAN LERBERGHE, 2008).

Dois anos depois, no relatório “*The World Health Report 2010*”, foi ressaltado que o conceito de cobertura universal da saúde deve ser desenvolvido voltado para três dimensões: I- os serviços de saúde que são necessários, II- o número de pessoas que precisam deles, e III- o financiamento dos sistemas da saúde com a finalidade de remover barreiras financeiras ao acesso, especialmente para os pobres. O objetivo da cobertura universal é para que todos possam obter os serviços de que necessitam, a um custo que é acessível a si e para a nação como um todo. Todos os governos devem, portanto, decidir quais serviços de saúde são necessários, e como certificar-se de que eles são universalmente disponível, eficiente e de boa qualidade, utilizando o financiamento dos sistemas de saúde construído em cada nação (WHO, 2010).

O relatório atual da OMS, em “*The World Health Report 2013*”, assumiu que a cobertura universal da saúde tem alguns desafios: o primeiro é definir os serviços e as políticas de apoio necessários para cada sistema de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, a população que precisa usar esses serviços, e o custo; e o segundo é de avaliar o progresso em direção a Cobertura Universal, por meio de indicadores válidos e dados apropriados. Por fim, ressaltou-se que os dois desafios associados a realização de pesquisas certamente resolverá ambos (WHO, 2013).

Souza e Menandro (2011) observaram que a APS ocupa um lugar central e estratégico nos sistemas de saúde no mundo. Nos artigos revisados, verificaram que mundialmente as recomendações para a organização dos serviços e para as práticas dos profissionais estão corroborando com os parâmetros estabelecidos em âmbito internacional: o sistema de saúde deve ter como porta de entrada e principal ponto de contato a APS a qual necessita ter resolutividade e fundamentar-se no vínculo e no cuidado longitudinal, modificando os padrões e os estilos de vida da população atendida. Em contrapartida, encontraram ainda

alguns problemas em comum que a APS enfrenta mundialmente, tais como: dificuldades no estabelecimento do vínculo com os usuários, da abordagem nas questões de saúde mental, da consolidação de uma clínica preventiva e conseqüentemente da transformação dos estilos de vida dos usuários.

É importante observar que a atenção primária está sendo explicitamente usada como uma plataforma para o reforço do sistema de saúde em vários países. Os países de renda baixa e média que fizeram APS como foco dos seus sistemas de saúde têm sido bem sucedidos na expansão da cobertura de serviços preventivos e curativos, além de, muitas vezes, estabelecer um forte compromisso com o acesso aos serviços de saúde. Isto é particularmente evidente em países como Cuba, Irã, Índia, Sri Lanka e Kerala, em que a expansão da atenção primária resultou no acesso universal aos cuidados de saúde (KRUK *et al.*, 2010).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

O mais recente conceito dado pelo Ministério da Saúde do Brasil para a APS consiste em:

*um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010a).*

Durante a década de 1970 e 1980 na América Latina, os novos conceitos da APS que permeavam o mundo já vinham sendo amplamente disseminados, em especial na área acadêmica, através da expansão da pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas à saúde (BRASIL, 2002).

Acompanhando esse movimento mundial, o Governo Federal formulou um programa nacional de extensão de cobertura, o **Programa de Interiorização das Áreas de Saúde e Saneamento** (PIASS) em 1978, o qual apresentava como propósito inicial a criação de uma infraestrutura de saúde pública seletiva, voltada para regiões mais pobres do país, atingindo grupos populacionais desprovidos de acesso aos recursos de saúde. No entanto, o PIASS contribuiu para a redefinição da política de saúde, propondo e investindo nas áreas

descentralizadoras e na reorientação da organização da atenção, tendo a atenção primária como porta de entrada, o que estimulou a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção em uma rede única (DA SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Em 1980, durante a VII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, foi debatida a implantação e o desenvolvimento do **Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde** (PREV-SAÚDE), uma tentativa de reedição do PIASS, tendo como objetivo principal expandir para toda população brasileira rapidamente os serviços de saúde, mediante uma implantação de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal. Entretanto, apesar de existir um consenso em sua formulação, do ponto de vista prático, esse programa não conseguiu avançar, sendo logo seguido pelo **Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária** (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a **Política de Ações Integradas de Saúde** (AIS) em 1983 (FAUSTO *et al.*, 2007).

Nesse contexto, emergem discussões acerca da necessidade de reformas nas políticas de saúde e surge o movimento conhecido como **Reforma Sanitária**, que tem como marco a **VIII Conferência Nacional de Saúde** que aconteceu em 1986, na qual foram pactuados os princípios e diretrizes para a reorganização do Sistema de Saúde Brasileiro, que posteriormente viriam embasar o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa conferência, a atenção básica teve destaque, porém não era questão central, os esforços estavam voltados para uma proposta mais ampla que abrangia a atenção básica, mas sem uma discussão objetiva sobre a reorientação do modelo de atenção, havendo maior destaque para as questões relativas à universalização, descentralização e financiamento (BRASIL, 1987)

Com grande incentivo do Governo Federal para os estados, em 1987, foi criado o **Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde** (SUDS), que tinha como objetivo principal contribuir para a construção de um sistema descentralizado e de direção única. Estabeleceu uma série de convênios e contratos que transferiram para o nível estadual as responsabilidades pela gestão dos serviços de saúde (VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 2013).

Em 1988, a Constituição Federal aprovou a criação do **Sistema Único de Saúde** (SUS), após alguns embates e apresentações de diferentes propostas relacionadas ao setor de saúde na Assembleia Nacional Constituinte (CUNHA; CUNHA; CAMPOS, 2001). O SUS foi implantado no Brasil a partir da década de 1990 e concebeu uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país (SCOREL *et al.*, 2007). Assim, a saúde foi reconhecida como um direito a ser assegurado pelo Estado e

pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 1990).

Na década de 1990, com a institucionalização da Constituição de 1988, o processo de descentralização da saúde e o destaque assumido pela atenção primária à saúde na agenda setorial, ocorreram importantes mudanças na política nacional de atenção primária à saúde e houve um grande investimento na ampliação do acesso à saúde, o que marcou por ser um rompimento com os modelos, historicamente constituídos no sistema de saúde brasileiro, de assistências sanitarista campanhista e médico-privatista (CASTRO; MACHADO, 2010). Pode-se observar que tais transformações ganharam força com a aprovação da **Norma Operacional Básica do SUS** de 1996 (NOB-SUS 01/96) (BRASIL, 1996), o **Programa Agentes Comunitários de Saúde** (PACS) e o **Programa Saúde da Família** (PSF), estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde (CASTRO; MACHADO, 2012)

Para a organização do sistema de saúde foi importante o surgimento do PSF que, desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma Estratégia com vistas a tornar a atenção básica a forma privilegiada de acesso, assumindo a função de reestruturar todo o modelo de atenção e reorganizar as práticas assistenciais (ESCOREL *et al.*, 2007). Assim, a **Estratégia Saúde da Família** (ESF) é considerada pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012b).

Em 2003, o Ministério da Saúde elaborou o **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica à Saúde** (ABS) o qual deixava explícito que a denominação de atenção básica adotada no Brasil corresponderia ao que se tem chamado, na literatura internacional, de **Atenção Primária à Saúde** (APS). Esse documento ressaltou que essa designação está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção a qual compreende a atenção primária como a prestação de cuidados de saúde a parcelas excluídas da população, apoiadas num padrão de assistência médica (primária) de limitado alcance, baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações (BRASIL, 2003).

A ABS no Brasil vem se fortalecendo gradativamente com o aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família em todos os estados da federação e tornou-se em um esforço tripartite que superou as divergências político-partidárias para avançar na implantação dos preceitos constitucionais (MENDONÇA, 2009). Em outubro de 2013 havia, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, 5.327 municípios com ESF, 43.753 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde e uma cobertura populacional estimada de 56,12% (BRASIL, 2003). Nota-se que a ESF se reafirmou como uma política de elevado grau de institucionalidade, perpassando sucessivas gestões federais e gerando mudanças em várias áreas da política (CASTRO; MACHADO, 2012).

A rápida expansão da ESF, sob indução federal, favoreceu uma extensão da rede básica de serviços sob gestão municipal e ampliação do acesso à APS, porém, evidenciou problemas do SUS não equacionados, na medida em que o modelo de atenção proposto exigia recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema de referências para diversos níveis de complexidade (BRASIL, 2010b).

A valorização dessa política na agenda federal pode ser vista também a partir da publicação da **Política Nacional de Atenção Básica** (PNAB), devido à necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao momento contemporâneo do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, e da inclusão da atenção básica como um dos eixos prioritários do **Pacto pela Vida** (BRASIL, 2010b).

A partir de 2011, foi publicada uma série de portarias que afetaram de forma significativa a APS do país, culminando na **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011, que instituiu a **nova PNAB**. A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção e preconiza uma atenção básica capaz de responder, próximo às casas das pessoas, à maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de forma acolhedora e humanizada. Nessa PNAB pode-se perceber que a Saúde da Família continua sendo a estratégia prioritária para a APS no País (BRASIL, 2012b).

Em junho de 2011, ao regulamentar a Lei nº 8.080/90 com o Decreto nº 7.508, que tratava da organização do Sistema Único de Saúde, do planejamento da saúde, da assistência e da articulação interfederativa (BRASIL, 2011a), renasce o debate sobre a efetiva consolidação de princípios e diretrizes do SUS em âmbito nacional. Esse decreto ressalta que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Assim, estabelece-se que a atenção primária como porta de entrada do SUS, além

de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e acesso aberto (BRASIL, 2011a).

Nesse cenário de fortalecimento da atenção básica, os movimentos em direção a reorientação dos serviços de saúde necessitou de crescente conscientização dos tomadores de decisão, dos responsáveis pelo cuidado à saúde em instâncias acadêmicas, prestadoras de serviços, além de políticas que envolvam os diversos segmentos da sociedade (MENDES, 2004). Além disso, tornou-se evidente a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** (PMAQ-AB) que tem como diretriz o estímulo à mudança incremental do processo de trabalho na APS (FONTENELLE, 2012) e se propõe a induzir e avaliar papéis e ações da AB como parte das redes prioritárias. É pertinente ressaltar que o PMAQ-AB pretende ser uma estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, quanto na criação das condições concretas para que se garanta e se coordene a continuidade do cuidado nas linhas de cuidado priorizadas nas redes (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para Starfield (2002), a qualidade na APS tem sido um requisito bastante enfatizado atualmente em vários países e significa existir uma otimização no atendimento das necessidades de saúde pelos serviços, frente ao conhecimento da atualidade em relação à distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes aos serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde. Esse programa corrobora com um consenso entre especialistas latino-americanos para a construção de um marco analítico de avaliação, pois reconhece a coordenação como um dos objetivos da APS (HAGGERTY *et al.*, 2009).

### 2.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA NO USUÁRIO

No contexto da reformulação dos sistemas nacionais e internacionais de saúde nas últimas décadas, a qualidade no âmbito da APS tornou-se um tema especialmente relevante e prioritário (CAMPOS, 2005; SERAPIONI, 2009). Um sistema de atenção primária de qualidade é capaz de reduzir ocorrência de situações indicativas de cuidados insatisfatórios

como ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, longos intervalos para visitas de seguimento, dificuldades de acesso a serviços de referência, além de um excesso de hospitalizações por problemas passíveis de resolução mediante uma atenção primária satisfatória (STARFIELD, 2002). Dessa forma, faz-se necessário a incorporação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde.

A **avaliação da APS** é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão e que envolve alguns componentes fundamentais, tais como: medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão. Este último só é possível mediante ao juízo de valor dado no processo de avaliação, visando transformar esse nível de serviço na porta de entrada de uma rede de atenção. Com isso, a avaliação torna-se um instrumento político que pode modificar ou influenciar a direcionalidade e a velocidade da atenção à saúde (TANAKA, 2011).

Avaliar para uma instância de decisão deve ser um instrumento prospectivo e por isso é essencial considerar as consequências das suas decisões em matéria de equidade de acesso aos serviços e em relação ao respeito às liberdades individuais dos diferentes atores a fim de tornar-se um instrumento de transformação e inovação (BRASIL, 2004a). Nos processos de avaliação, é necessário considerar todas as dimensões, tais como: a dimensão da implementação das linhas diretivas baseadas nas evidências científicas; a dimensão das necessidades, dos valores e das prioridades de cada usuário; a dimensão da família e da comunidade envolvida no processo assistencial e de suporte do paciente; e a dimensão da acessibilidade e equidade. Logo, a avaliação da qualidade em saúde, do ponto de vista metodológico, deve abranger tanto as dimensões estruturais do ambiente sanitário, como as dimensões relacionadas às representações sociais dos atores envolvidos e às expectativas de saúde dos cidadãos (SERAPIONI, 2009).

No tocante ao objeto da avaliação em saúde, e em especial, da avaliação da atenção básica, deve-se ter considerar que esse está em movimento e as três esferas de governo são corresponsáveis e que se deve superar o tradicional enfoque punitivo e burocrático e enfatizar o caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas em saúde (BRASIL, 2003).

As avaliações em saúde, principalmente a avaliação da qualidade, devem incorporar os três aspectos teórico-metodológicos essenciais: 1- basear-se nos pressupostos científicos e metodológicos da pesquisa avaliativa e utilizar as técnicas e procedimentos disponíveis no repertório da pesquisa social; 2- adotar todas as precauções metodológicas e operacionais para que seus resultados sejam realmente utilizados para retroalimentar as organizações; 3-

preocupar-se com o envolvimento dos principais atores que atuam no serviço a ser avaliado (SERAPIONI, 2009).

A **qualidade na APS** envolve aspectos que a difere dos demais níveis do sistema de saúde, como aqueles ligados aos serviços ambulatorial e hospitalar. No contexto da APS, há uma preocupação maior com a identificação das necessidades de saúde dos pacientes independente da busca ao serviço; com o cuidado continuado aos pacientes crônicos ou ainda com a detecção precoce de doenças que podem ser prevenidas em estágios pré-sintomáticos ou sintomáticos, e com a satisfação dos usuários em termos de continuidade, vínculo, adesão e relação com os profissionais de saúde de uma forma geral (CAMPOS, 2005). Tendo em vista que os princípios do SUS são universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação dos cidadãos (BRASIL, 1996), Starfield (2002) afirma que só haverá APS de qualidade quando esses princípios ou atributos, que a constituem, sejam obedecidos e respeitados.

Mesmo existindo um consenso quanto à necessidade de se aumentar a qualidade do sistema de saúde, ainda há divergências a respeito de como mensurá-la e sobre a pertinência da sua avaliação, pois envolve um sistema complexo composto por grandes grupos de atores (*e.g.* profissionais de saúde, gestores, os planejadores, o mercado e a política) que intervêm conforme suas diferentes lógicas, níveis de atuação, cronogramas e valores (BRASIL, 2004a).

Segundo Mishima *et al* (2010), a avaliação, como parte do planejamento e do processo de tomada de decisão, tem a finalidade de direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações, inclusive o usuário, que é o beneficiado direto da ação de saúde.

A relação entre os serviços de saúde e usuários, como um indicador de alterações de saúde, marcaram a história da medicina ao longo do tempo (GOUVEIA *et al.*, 2005) e integra-se na dimensão do cuidado no processo de atenção à saúde individual ou na comunidade como um direito de ser (UCHOA *et al.*, 2011). Ademais, essa interação pode contribuir para a construção de alternativas conjuntas para intervenções mais adequadas para solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção e da gestão dos serviços de saúde (SAVASSI, 2012).

Os serviços de saúde necessitam apresentar resultados positivos que devem se estender além da cura, da restauração da capacidade funcional e da redução do sofrimento, para considerar também a satisfação do paciente (VUORI, 1991), pois esses estudos mostram as facilidades e dos obstáculos mais evidentes na busca por qualidade no âmbito do sistema

público (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). A avaliação de satisfação de usuários faz parte dos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde e como instrumento de controle social, fortalecendo a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Assim, o protagonismo do usuário nos processos avaliativos, tornando-o um avaliador real, amplifica seu direito como cidadãos e o envolvem também na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde, podendo de certa forma influenciar no modo da oferta dos cuidados e possibilitar uma maior qualidade e resolutividade (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

A sistematização da avaliação da satisfação do usuário como um serviço é um conceito recente e complexo, que utiliza modelos teóricos ainda pouco ou razoavelmente consistentes, por isso o conceito mais utilizado de satisfação está sob a égide de determinantes, tais como: características dos usuários (sócio demográficas; as expectativas sobre serviços e os seus estados de saúde); características dos profissionais que prestam o atendimento (personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado”); aspectos da relação médico-paciente; fatores estruturais e ambientais (*e.g.* acesso, tempo de tratamento, marcação de consulta e outros) (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; WEISS, 1988).

É necessário para o êxito dos serviços alcançar as expectativas do usuário, pois isso influencia no grau de adesão do paciente ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais, além de poder interferir no próprio desfecho terapêutico (SILVA; FORMIGLI, 1994). Nesse sentido, conhecer como os usuários avaliam o atendimento, é uma ferramenta imprescindível para subsidiar o processo de decisão compartilhada, de forma a se repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos, visando o seu aperfeiçoamento (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; LAFAIETE; MOTTA; VILLA, 2011) e o aumento do desempenho do papel de porta de entrada pela APS. Além do que não se deve esquecer que a qualidade de atenção em saúde também pode ser definida como o tipo de atenção em que o bem estar do paciente é esperado como o máximo, tendo em conta o equilíbrio entre os ganhos e perdas que se relacionam com todo o processo de atenção (DONABEDIAN, 1990).

Nesse contexto, realizou-se uma revisão sistemática na literatura, tomando-se os anos de 2009 a 2013, em revistas indexadas pelo *PubMed* e *Lilacs* e *Scielo* onde foram encontrados 42 artigos que avaliavam a APS no Brasil, a partir dos quais foi possível confirmar uma diversidade no foco dessas pesquisas avaliativas (PROTASIO; MACHADO; VALENÇA, 2014). Porém, a maioria desses trabalhos evidenciam a Estratégia de Saúde da Família,

abordando-a de diferentes maneiras, tanto na avaliação de implantações da própria estratégia como em relação a programas e projetos desenvolvidos nessa. Além disso, contemplaram avaliações de atenção à saúde, implantação, desempenho, completude de informações, oferta e produção, satisfação, eficiência, organização, acessibilidade, técnica gestão e processos de trabalho. Entre esses trabalhos, 83,3% utilizavam dados primários, e nesses, diversos atores eram privilegiados, sendo o principal deles o usuário, o que é uma forte tendência na avaliação de programas de saúde pública executadas por especialistas (SANTOS NETO *et al.*, 2012). Dentre esses trabalhos, apenas dois verificaram a satisfação do usuário, demonstrando que ainda é pouco o número de estudos que avaliam a atenção básica no Brasil mediante a satisfação do usuário. Os artigos encontrados não associaram avaliação e gestão com a tomada de decisão, o que não lhes confere peso e especificidade às ações de avaliação, pois as avaliações precisam fornecer elementos de conhecimento que subsidiem a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização (TANAKA; TAMAKI, 2012).

#### 2.4 REGRESSÃO LOGÍSTICA APLICADA NA ÁREA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A regressão logística é uma técnica que possui diversas aplicações e pode ser utilizada com a finalidade de se descrever a relação entre variáveis ou de prever a probabilidade de ocorrência de um fenômeno. No quadro 1 é mostrado um levantamento bibliográfico acerca de estudos utilizando regressão logística para analisar dados na área da Atenção Primária à Saúde e que levam em consideração a satisfação do usuário.

**Quadro 1** - Levantamento bibliográfico realizado

	<b>Autor/Data</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>Propósito para Regressão Logística</b>
1.	VILLADSEN <i>et al.</i> (2014)	Etiópia	Identificar os preditores da insatisfação com o serviço de pré-natal em Jimma.
2.	ARAIN; NICHOLL; CAMPBELL (2013)	Inglaterra	Estimar a influência de diferentes fatores sobre a satisfação dos pacientes com o serviço dos centros de clínica médica geral <i>walk-in</i> no Norte da Inglaterra.
3.	PEREZ <i>et al.</i> (2013)	Brasil	Avaliar quais os benefícios e os problemas que foram preditores significativos para a satisfação com ESF dos cuidadores de crianças menores de cinco anos na cidade de Vespasiano, Minas Gerais.
4.	KAMHAWI <i>et al.</i> (2013)	Jordânia	Verificar a associação entre a satisfação do cliente e utilização de materiais e diretrizes do programa de planejamento familiar "Consultar e Escolha" na cidade de Irbid.
5.	NANYONJO <i>et al.</i> (2013)	Uganda	Verificar a associação entre a percepção da qualidade do atendimento dos cuidadores de crianças tratadas por malária, pneumonia e diarreia com serviços oferecidos por agentes comunitários de saúde (TSC) e trabalhadores de serviços de saúde primários (PHFWs) em oito municípios da região Centro-Oeste.
6.	NIGENDA-LÓPEZ <i>et al.</i> (2013)	México	Verificar os principais fatores associados com a satisfação com a atenção recebida nos Módulos Gerontológicos dos usuários do Seguro Social dos Trabalhadores Públicos da Cidade do México.
7.	OSUNGBADE <i>et al.</i> (2013)	Nigéria	Identificar os aspectos que influenciam na satisfação dos pacientes com a Qualidade dos Serviços Anti-retroviral de <i>Continuação...</i> os estabelecimentos de saúde públicos e os privados.
8.	VUKOVIĆ <i>et al.</i> (2012)	Sérvia	Determinar o impacto de ter um médico da família como fator associado com a satisfação do paciente em 2008 em comparação com 2007 no Centro de Saúde Valjevo.
9.	DRAKOPOULOU <i>et al.</i> (2012)	Grécia	Determinar o nível dos cuidados de saúde fornecidos e os fatores que contribuem para a satisfação dos usuários e a satisfação quanto ao primeiro Centro de Saúde do Tipo Urbano no município de Vyronas.
10.	NUNES (2012)	Brasil	Utilizou regressão logística para comparar os tipos de atendimentos da ESF e da UBS referente ao referenciamento a outros serviços especializados as Unidades de Saúde da rede de Atenção Básica (ESF e UBS) do Distrito Sanitário Oeste da cidade de Ribeirão Preto.
11.	MUES <i>et al.</i> (2012)	Brasil	Identificar fatores de planejamento e fatores demográficos que afetam a satisfação do usuário (pais de crianças com menos de 5 anos de idade) com o PSF na cidade de Vespasiano, Minas Gerais.
12.	LLENA; CLEMENTE; FORNER (2011)	Espanha	Identificar os aspectos que explicaram significativamente a satisfação dos pais com o atendimento odontológico que seus filhos receberam em uma unidade de tratamento odontológico básico em Valência.
13.	AVORTRI; BEKE; ABEKAH-NKRUMAH (2011)	Gana	Identificar a associação entre as experiências durante o parto e satisfação com os serviços de parto em hospitais públicos de Gana.
14.	NEVES (2011)	Brasil	Identificação dos fatores associados com a satisfação com o Serviço Odontológico a gerência distrital Lomba-Partenon em Porto Alegre.
15.	VIEIRA (2010)	Brasil	Identificação dos fatores relacionados ao acesso e utilização de serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais.
16.	SAUCEDA-VALENZUELA <i>et al.</i> (2010)	México	Identificar os principais fatores associados à insatisfação dos usuários com a qualidade do atendimento no serviço de saúde no México.
17.	MURAKAMI <i>et al.</i> (2010).	Japão	Verificar a associação entre satisfação <i>Continuação...</i> de do tratamento em hospitais públicos japoneses com as variáveis de satisfação com os médicos, os enfermeiros, os exames médicos, os administradores e o arranjo de vida.
18.	HERRERA-ESPIÑEIRA <i>et al.</i> (2009)	Espanha	Explorar a possível associação entre o nível de ansiedade dos pacientes e sua satisfação com os diferentes aspectos da saúde em Granada.
19.	DOUBOVA <i>et al.</i> (2009)	México	Identificar fatores relacionados à insatisfação de pacientes que sofrem de diabetes tipo 2 e/ou hipertensão com cuidado oferecido em clínicas de medicina familiar.
20.	MORALES-ASENCIO <i>et al.</i> (2008)	Espanha	Determinar quais os fatores que têm o maior impacto sobre a recuperação da capacidade funcional dos pacientes pós-hospitalizados em Andaluzia.

Continua

Continuação

	<b>Autor/Data</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>Propósito para Regressão Logística</b>
21.	BEKELE <i>et al.</i> (2008).	Etiópia	Identificar a influência das características do serviço em comparação com outros componentes na satisfação com os serviços de saúde prestados pelo governo da Etiópia
22.	MEUWISSEN; GORTER; KNOTTNERUS (2006)	Nicarágua	Encontrar os principais determinantes da satisfação dos adolescentes do sexo feminino de áreas de baixa renda com o programa de cuidado de saúde sexual e reprodutiva (SSR) em Manágua.
23.	SILVA; RIBEIRO; SILVEIRA (2004)	Brasil	Identificação dos fatores que influenciam a satisfação do usuário em relação ao Programa Saúde da Família (PSF) no Bairro Furtado de Menezes em Juiz de Fora, Minas Gerais.
24.	AL-MANDHARI; HASSAN; HARAN (2004)	Arábia	Identificação dos fatores para prever o nível de satisfação com o processo dos serviços de saúde no Sultanato de Omã.
25.	LARIZGOITIA; STARFIELD (1997)	Espanha	Verificar o efeito de aspectos dos serviços de atenção primária à saúde nos sistemas de saúde comparando o modelo tradicional com modelo reformado na região de “ <i>the Basque</i> ”.

Diante das informações apresentadas no quadro 1, observa-se que, nos últimos anos, tem sido crescente o número de estudos que utilizam a regressão logística para analisar dados na área da Atenção Primária à Saúde e que levam em consideração a satisfação do usuário. Pode-se observar que a maioria procura prever os fatores que aumentam a satisfação dos usuários em uma população restrita e localizada.

## 2.5 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ)

Até a metade dos anos 1980, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde referia-se somente à qualidade na dimensão técnica, ou seja, aspectos diagnósticos e terapêuticos, aspectos financeiros ou as percepções dos pacientes isoladamente. A partir do final dos anos 1980, desenvolveu-se uma concepção mais focada nos aspectos organizacionais e nos processos gerenciais que as abordagens precedentes não tinham suficientemente considerado (GIARELLI *et al.*, 2002).

Há uma expansão de ações na área de **Qualidade dos Cuidados Primários à Saúde** no mundo, principalmente entre os países europeus e a Austrália (SAVASSI, 2012). No Brasil, a qualidade dos sistemas de saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde tem recebido uma atenção especial por parte do Ministério da Saúde para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País, mediante a constituição de um grupo de trabalho voltado para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2012c).

A partir do ano 2000, a partir da Coordenação de Saúde da Comunidade, foi criada a Coordenação de Investigação dentro do Departamento de Atenção Básica (DAB) no sentido de avaliar a Atenção Básica à Saúde. Em 2003, essa coordenação passou a denominar-se **Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB)** com a finalidade de fortalecer a avaliação como um importante instrumento de gestão do SUS, disseminar os resultados dos estudos realizados e favorecer a incorporação dos conhecimentos produzidos pelos atores envolvidos.

Nesse mesmo ano, após muitos debates, uma comissão específica definiu diretrizes da **Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica à Saúde** que representou um marco de superação de uma etapa inicial, em que as bases políticas e organizativas foram criadas para a institucionalização da avaliação da atenção básica no país, a qual deve ser capaz de integrá-la ao sistema organizacional e posteriormente influenciá-lo (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde estimulou a institucionalização da avaliação da Atenção Básica junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e financiou importantes pesquisas acadêmicas sobre a Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família. Várias foram as tentativas de qualificar a atenção no Sistema Único de Saúde, baseadas em ferramentas de planejamento como por exemplo: 1- a **Sala de Situação**, uma ferramenta de diagnóstico situacional de saúde, específica para equipes de Saúde da Família, com uma série de indicadores apresentando sua situação da unidade, com os dados demográficos, estrutura de saúde, profissionais envolvidos e dados de produtividade; 2- a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) proposto pelo **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)** em cooperação técnica com a OPAS com o foco na autonomia de gestão do processo de trabalho pelas equipes; 3- o *software* **Programação da Atenção Básica (Prograb)** que é um instrumento de planejamento voltado para a organização da agenda de trabalho dos profissionais de saúde; 4- o instrumento **PCA-Tool** (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária) proposto por Starfield, que apresenta parâmetros universais de avaliação (SAVASSI, 2012).

Atualmente, têm sido publicadas uma série de portarias que definem novas políticas, incluindo uma nova Política Nacional da Atenção Básica, e novos formatos de incentivos, dentre eles um novo mecanismo de avaliação instituído pela **Portaria 1.654 do Ministério da Saúde**, publicada em 19 de julho de 2011, denominado de **PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ)**. O Ministério da Saúde considera que esse programa se insere em um contexto no qual o Governo Federal, crescentemente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da

qualidade no SUS (BRASIL, 2013a). Dentre essas ações, pode-se destacar o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que avalia os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB.

O **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Atenção Básica** (PMAQ-AB) utiliza inovações em relação a modelos anteriores, pois vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB) o que é uma inflexão na lógica de repasse de recursos para a AB e proclama mudanças semelhantes no financiamento do SUS como um todo (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ tem como objetivo principal 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 Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011c, 2012a) e apresenta como diretrizes:

- 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, 2011c).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AB) (BRASIL, 2011c).

A **adesão ao programa** pelos gestores municipais constitui a **primeira fase do PMAQ-AB** e ocorre mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais e, destes, com o Ministério da Saúde em um processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. São 47 indicadores, monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que se subdividem em sete áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, produção geral, tuberculose e hanseníase e saúde mental) e classificados segundo a natureza de seu uso (indicadores de desempenho e de monitoramento) (BRASIL, 2011c).

A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB necessita do protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa. Assim, essa fase tem característica voluntária a fim de que, motivados, os trabalhadores associados aos gestores, percebam-se fundamentais para o êxito do processo de implementação do programa (BRASIL, 2011c).

Após a homologação da adesão, realizada pelo Ministério da Saúde, o município receberá, como incentivo financeiro, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por equipe de atenção básica participante (BRASIL, 2011c).

A **segunda fase do PMAQ-AB** é o **desenvolvimento** de estratégias relacionadas aos compromissos visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase é estruturada em quatro dimensões consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, produzindo, assim, melhorias contínuas da qualidade da atenção básica: (1) autoavaliação, (2) monitoramento, (3) educação permanente e (4) apoio institucional (BRASIL, 2011c).

A **autoavaliação** tem como finalidade identificar e reconhecer, mediante as próprias equipes, as dimensões positivas e problemáticas de seu próprio trabalho, produzindo sentidos e significados que tenha o potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços. O programa pressupõe que a autoavaliação advenha de uma ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou melhor, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica, tornando-se uma ferramenta de potencial pedagógico reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas (BRASIL, 2011b).

Para essa fase, o Departamento de Atenção Básica (DAB) oferece um instrumento autoavaliativo denominado Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) que foi construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente e tem como diretrizes: refletir os objetivos centrais e diretrizes do PMAQ, ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto organizacional como sobre a prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos, estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários, refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica; e possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de qualidade (BRASIL, 2011c).

Também é proposto que as equipes, após a autoavaliação realizem planos de intervenção, para o enfrentamento das fragilidades identificadas, a partir dos problemas menos complexos e que sejam possíveis sua resolução. Não há definição de periodicidade para a realização das autoavaliações, porém deve existir um período entre estas o suficiente para a equipe se mobilizar no sentido da melhoria da qualidade e, assim, possam identificar além dos impasses, os resultados de suas intervenções (BRASIL, 2011c).

O **monitoramento** dos indicadores contratualizados é considerado um dos elementos essenciais para a implementação do PMAQ. Essa dimensão busca orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as EAB e o gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS, auxiliar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das três esferas de governo, promover o aprendizado institucional ao permitir a identificação e priorização de desafios para a melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção, democratizar e obter transparência da gestão da AB além de fortalecer a participação do usuário, por meio da publicação de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e por fim fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios (BRASIL, 2011c).

O PMAQ inclui a dimensão da **educação permanente** como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional a fim de reformular o processo de qualificação dos

serviços de saúde e de seus profissionais e as mudanças no processo de trabalho em saúde, o que traz uma exigência a seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) de uma maior capacidade de intervenção e autonomia. Essa dimensão deve ser um processo pedagógico importante para estratégia de gestão e incorporado na prática e no planejamento dos serviços de saúde, visando aumentar as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2011c).

Já a dimensão de **apoio institucional** deve ser realizada como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Essa dimensão deve ser almejada a ajudar as equipes a analisar suas tarefas, seus trabalhos e as suas práticas, além da construção de intervenções com o objetivo potencializar a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano (BRASIL, 2011c).

A **terceira fase** do PMAQ-AB consiste na **avaliação externa** que, baseada em um conjunto de ações, verifica as condições de acesso e da qualidade dos serviços de saúde dos municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Nessa fase, destaca-se o apoio de Instituição de Ensino e Pesquisa na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo que resultará no reconhecimento e valorização de todo o esforço e resultados alcançados pelas equipes da atenção básica. Nessa fase, todos os municípios do país são visitados e todas as equipes participantes do programa avaliadas (BRASIL, 2011c).

Segundo o documento síntese de avaliação externa (BRASIL, 2012a), o processo de avaliação externa permitirá:

- Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;
- Subsidiar a reconstrução das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
- Conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada

lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis; e

- Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal.

O PMAQ-AB utiliza um instrumento semelhante àquele empregado no AMAQ, o qual contempla elementos relacionados à estrutura, equipamentos e condições de trabalho nas UBS; à qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; ao apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica; ao acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão; e à satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS avaliada (BRASIL, 2012a).

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos de acordo com o método de coleta das informações: **Módulo I** que corresponde a observação na Unidade Básica de Saúde e objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde; **Módulo II** que corresponde à entrevista com profissionais da equipe de atenção básica e à verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde e visa a obtenção de informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário, e, ao mesmo tempo, verificar documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador da qualidade; **Módulo III** que corresponde a entrevista com os usuários na Unidade Básica de Saúde e procura verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização; e por fim o **Módulo IV** que é o Módulo *on-line* e compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III respondidas por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB) (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde considerou para certificação das equipes de atenção básica, as seguintes dimensões: 10% da certificação para a implementação dos processos autoavaliativos pelas equipes de atenção básica; 20% da certificação para os resultados dos indicadores contratualizados desde a adesão ao programa por equipes e gestores municipais de saúde; e 70% da certificação para informações obtidas no processo de avaliação externa (BRASIL, 2011c, 2012a).

No processo de certificação e para assegurar maior equidade entre as EABs, ocorreu uma comparação entre essas e os municípios foram distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos e o desempenho de suas equipes serão

comparados à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato. Conforme regra do programa, será considerado o desempenho médio de cada estrato aquela obtida com o resultado da avaliação de 25% do total de equipes de cada estrato. Todas as equipes daquele estrato serão, portanto, comparadas com este desempenho e certificadas em função do quanto está na média ou acima ou abaixo dela (BRASIL, 2011c).

Por fim, o desempenho das equipes foi classificado em quatro categorias (BRASIL, 2012a):

- **Insatisfatório:** equipes que não cumprirem com os compromissos assumidos no Termo de Compromisso no momento da contratualização no PMAQ-AB e Portaria N° 1.654/GM, de 19 de julho de 2011, bem como não cumprirem com as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica previstas na Portaria N° 2.488 de 21 de outubro de 2011. Ressalta-se que nesta categoria a equipe perde o recurso do componente PAB qualidade.
- **Regular:** equipes com resultado menor do que a média do seu estrato. A equipe mantém o recurso do PAB qualidade em 20%.
- **Bom:** equipes com resultados maior ou igual a média do estrato e menor que +1 desvio padrão da média. A equipe aumenta o recurso do PAB qualidade para 60%.
- **Ótimo:** equipes com resultado maior ou igual a +1 desvio padrão da média. A equipe aumenta o recurso do PAB qualidade para 100%.

A **quarta** e última fase do PMAQ-AB foi a da **repactuação** entre a gestão municipal e as equipes de atenção básica, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa. Essa fase concretizou os objetivos principais do PMAQ-AB, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolve a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica.

No contexto de ciclos contínuos, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos a cada ciclo do programa, impulsionando avanços em direção ao desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população. As equipes que já estiverem no segundo ciclo, serão analisadas levando em conta o desenvolvimento em relação às demais equipes e também com o seu desenvolvimento entre uma certificação e outra, o que permitirá

considerar a evolução do seu desempenho no esforço de melhoria da qualidade empreendido desde a adesão ao programa.

Em 2013, o PMAQ iniciou o 2º ciclo com diferenciações quanto a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, atenção básica parametrizadas e saúde bucal. É importante destacar também a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ. Isso fez parte do processo em curso de redefinição e qualificação da atenção básica na ordenação das redes de atenção e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado.

Quanto aos NASFs, estes passaram a pertencer a Equipe de Atenção Básica no PMAQ-AB pela Portaria GM/MS Nº 535, de 3 de abril de 2013. Os NASFs se apresentam como equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes campos de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes (BRASIL, 2013b). Vale ressaltar que para que haja homologação no PMAQ das equipes de NASF, estas devem estar vinculadas as Equipes de Saúde da Família (ESF) e/ou EAB para populações específicas que também tenham realizado contratualização ao programa (BRASIL, 2013a).

Por sua vez, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) surgiu, mediante a Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013 como parte da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) que se constitui como umas das principais linhas de ação para reorganização da Atenção Básica, especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, da Atenção Especializada, por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal. O Ministério da Saúde visa com esse programa qualificar todos os CEOs do país, a partir de um processo pactuado de forma tripartite, e conseqüentemente possibilite a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos CEOs em todo o Brasil (BRASIL, 2013c).

Assim, pode-se afirmar que o PMAQ é uma experiência bastante rica em que certamente contribui positivamente nas atividades das equipes de saúde, permitindo aos profissionais analisarem seu trabalho por meio de instrumentos organizados e padronizados, identificando aspectos gerais da atenção básica, de modo a contribuir para que gestores tenham uma visão ampla da atenção, evidenciando de maneira objetiva as potencialidades e

limitações, podendo conduzir as mudanças para a melhoria do trabalho em equipe e a favor dos usuários (PORTELA; DIAS; VASCONCELOS, 2013).

## 2.6 TÉCNICAS ESTATÍSTICAS

Neste item será apresentado a teoria das técnicas estatísticas utilizadas na realização deste estudo: análise *two-step cluster* e regressão logística.

### 2.6.1 Análise *Two-Step Cluster*

A análise *two-step cluster* (análise de agrupamento em duas etapas) é uma técnica exploratória de análise multivariada que é utilizada para identificar grupos similares ou *clusters* de indivíduos ou variáveis dentro de conjuntos de dados que, dessa forma, revela agrupamentos naturais que de outra forma não seria aparente (BACHER; WENZIG; VOGLER, 2004). Ademais, essa técnica é particularmente interessante para segmentar grandes bases de dados onde se afiguram variáveis com diferentes níveis de mensuração.

Este trabalho utilizou esse método devido aos métodos tradicionais de *clusters* serem eficazes e precisos somente para pequenos conjuntos de dados e geralmente não são eficientes em conjuntos de dados muito grandes. Em geral, os métodos tradicionais têm desempenhos favoráveis em pequenos conjuntos de dados quando envolvem variáveis quantitativas contínuas, pressupostos básicos dos dois métodos tradicionais de *clusters*, a saber: os métodos hierárquicos e os não hierárquicos (ZHANG; RAMAKRISHNAN; LIVNY, 1996).

O algoritmo empregado no método *Two-step cluster* tem várias características desejáveis que o diferenciam de técnicas de agrupamento tradicionais, é projetado para analisar grandes conjuntos de dados de forma eficiente e tem a capacidade de criar clusters com base em dois tipos variáveis: categóricas e contínuas (COSTA, 2013; GLAUCIO DE OLIVEIRA COSTA, 2014; SPSS, 2001a, 2001b; THEODORIDIS; KOUTROUMBAS, 2009). Esse método pode gerar *clusters* segundo um número especificado ou, caso se desconheça a segmentação ideal, pode-se gerar automaticamente o número ideal de *clusters* para a análise (THEODORIDIS; KOUTROUMBAS, 2009) e, ao contrário da análise de agrupamento hierárquica ou k-médias, seu funcionamento é baseado em duas etapas: cria primeiro *pré-clusters* (semelhante a abordagens do tipo k-médias) para, em seguida, utilizar técnicas hierárquicas em que agrupa os *pré-clusters* da primeira etapa até determinar o

número desejado de *clusters*. Essa estratégia representa uma abordagem de agrupamento sequencial (SPSS, 2001a).

Quando são utilizados dados categóricos e contínuos, tanto no *pré-cluster* e nas etapas de fragmentação, a medida de distância entre os grupos é estimada a partir de medidas de similaridade calculadas por métodos de máxima-verossimilhança que mede a “distância” entre dois *clusters* por aproximação no decréscimo no log da função de máxima-verossimilhança. Nesse cálculo, as variáveis contínuas são assumidas com distribuição normal e independentes, enquanto as variáveis categóricas são considerados multinomial (SPSS, 2001a).

Várias medidas podem ser usadas para quantificar a qualidade do agrupamento alcançado e o resultado é considerado aceitável quando os elementos dentro de um cluster são semelhantes (coeso) enquanto que os considerados ruins são completamente diferentes (separados) (THEODORIDIS; KOUTROUMBAS, 2009). Uma medida popular é o coeficiente Silhouette (SC) que é uma medida de coesão e de separação que varia entre -1 e 1 e, quanto mais próximo a 1, melhor é a agrupamento (MOOI; SARSTEDT, 2011). Por exemplo, considere que, para cada ponto em um cluster  $p$ , a distância média entre  $p$  e todos os outros pontos no mesmo cluster tem como medida de coesão o valor  $A$  e a distância média entre  $p$  e todos os pontos do cluster mais próximo tem como medida de separação o valor  $B$ . O SC para  $p$  é a diferença entre  $B$  e  $A$  dividida pelo maior dos dois, ou seja,  $SC = (B - A) / \max(A, B)$  (SPSS, 2001b). Especificamente, um SC menor que 0,20 indica baixa qualidade do resultado, uma medida entre 0,20 e 0,50, uma solução justa, enquanto os valores de mais de 0,5 indica um bom resultado (MOOI; SARSTEDT, 2011). Outra interpretação é baseada na classificação de Kaufman e Rousseeuw (KAUFMAN; ROUSSEEUW, 2009) que é vista a seguir:

- $SC = 0,71 - 1,00$  → Uma estrutura forte foi encontrada;
- $SC = 0,51 - 0,70$  → Uma estrutura razoável foi encontrada;
- $SC = 0,26 - 0,50$  → A estrutura é fraca e pode ser artificial;
- $SC < 0,25$  → Nenhuma estrutura substancial foi encontrada.

Considerando a interpretação dada pelo software SPSS, um resultado bom equivale a uma estrutura de cluster razoável ou forte na classificação de Kaufman e Rousseeuw, justo

equivalente a uma estrutura de cluster fraca e pobre a classificação de nenhuma evidência significativa (BACHER; WENZIG; VOGLER, 2004).

### 2.6.2 Regressão Logística

O modelo de regressão logística pode ser definido como uma técnica estatística que, a partir de uma série de variáveis explicativas ou independentes, produz um modelo que permite a predição de valores assumidos por uma variável dependente dicotômica quantitativa ou categórica, e torna ainda possível aferir a probabilidade de ocorrência direta desse evento ocorrer (DANIEL, 2009; FÁVERO, 2009; KIM; DAILEY, 2008; MEDRONHO *et al.*, 2009).

Modelos de decisão baseados em regressão logística são bastante aplicados quando é necessário escolher entre duas ou mais opções referentes à questão de interesse (PINO, 2007). Do ponto de vista matemático, a popularidade do modelo de regressão logística ocorreu devido ao uso desse modelo possibilitar analisar variáveis respostas dicotômicas com bastante flexibilidade e com facilidade de utilização, além de permitir uma interpretação de resultados bastante rica e direta (JR; LEMESHOW; STURDIVANT, 2013).

O modelo de regressão logística que pertencem a classe dos **Modelos Lineares Generalizados** (MLG), que constituem uma classe extensa de modelos que incluem modelos de regressão comum para variáveis dependentes com distribuição normal, modelos alternativos para variáveis contínuas, que não presumem normalidade, e modelos para variáveis dependentes discretas ou categóricas (AGRESTI; FINLAY, 2012).

A regressão logística difere de outros modelos de regressão por requerer menos suposições, tais como: não assumir a normalidade e homoscedasticidade (a variância condicional dos erros aleatórios é igual para todas as observações) (PREARO; GOUVEA; MONARI, 2009).

Deve ser destacado que o objetivo da regressão logística é encontrar um modelo matemático que relacione e explique o comportamento da variável dependente (LAZZARI, 2013) e que existe uma relação linear entre uma determinada variável  $Y$ , a variável dependente, e  $k$  variáveis independentes  $(x_1, x_2, \dots, x_k)$ . Assume-se também que o valor esperado dos resíduos seja igual a zero e apresente ausência de autocorrelação (a covariância entre os termos de erro seja nula), ausência correlação entre os resíduos e as variáveis explicativas e ausência de multicolinearidade (não há dependência linear perfeita entre as variáveis explicativas).

O modelo de regressão logística advém do **modelo de regressão linear geral** que pode ser descrito da seguinte forma:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_i x_i + \varepsilon, \quad i = 1, \dots, k$$

em que:

$Y$  : é o fenômeno de estudo (variável dependente),

$\beta_0$  : representa o intercepto,

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_i$  : são os parâmetros do modelo a serem estimados,

$x_1, x_2, \dots, x_i$  : variáveis explicativas (independentes), e

$\varepsilon$  : erro ou resíduo.

No modelo de regressão logística, a variável resposta é dicotômica com distribuição de Bernoulli ou Binomial e não satisfaz o pressuposto de normalidade (WALPOLE, 2010), mas é possível utilizá-lo a partir da transformação logística explicada a seguir.

A estimativa do modelo linear para uma única variável independente  $x_i$ , assumindo que o erro amostral é estatisticamente independente e normalmente distribuído com média zero e variância constante, é dada pela Equação 1.

$$E(Y|x_i) = \beta_0 + \beta_1 x_i, \quad i = 1, \dots, k \quad (1)$$

Supondo que  $Y$  seja uma variável aleatória de Bernoulli, pode-se afirmar a seguinte distribuição de probabilidade:

- $P(Y = 1) = p_i$ , sendo  $Y = 1$  (probabilidade de ocorrência do evento de interesse), e
- $P(Y = 0) = 1 - p_i$ , sendo  $Y = 0$  (probabilidade de não ocorrência do evento de interesse).

Assim, sendo a resposta  $Y$  dicotômica, tem-se que  $E(Y|x_i)$ , dada na Equação 2, é a proporção de vezes que o valor de  $Y$  é igual a 1, ou melhor, que o evento de interesse ocorre. Portanto,  $E(Y|x_i)$  é a probabilidade do evento de interesse ocorrer.

$$E(Y|x_i) = P(Y = 1) = p_i \quad (2)$$

A obtenção da Equação 2 possibilita uma modificação estrutural substituindo ocorrência da variável resposta dicotômica pela probabilidade do evento,  $p$ . Com isso, a

resposta que era 0 ou 1, passa a estar entre 0 e 1, ou seja,  $0 \leq E(Y|x_i) \leq 1$  (MEDRONHO *et al.*, 2009).

Assim, pode-se ajustar o **modelo de regressão linear** conforme a expressão a seguir:

$$p_i = \beta_0 + \beta_1 x_i .$$

No entanto, o lado direito desta equação, ou melhor,  $\beta_0 + \beta_1 x_i$ , pode assumir valores menores que 0 e maiores que 1, o que provoca uma incompatibilidade com os valores possíveis de  $p_i$ . Isso pode ser resolvido mediante o uso da transformação logística de  $p_i$ . Essa transformação é chamada de *logit* ( $p_i$ ) (KIM; DAILEY, 2008) e é dada por:

$$p_i = P(Y = 1|x_i) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x_i}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x_i}} = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 x_i)}} .$$

Para modelar o logaritmo da chance como função da variável dependente, ajusta-se o modelo da seguinte forma:

$$\text{logit} (p_i) = \ln \left( \frac{p_i}{1 - p_i} \right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 . \quad (3)$$

No modelo, assume-se que existe uma relação linear entre  $\ln \left( \frac{p_i}{1 - p_i} \right)$  e as variáveis explicativas  $x_i$  (KIM; DAILEY, 2008).

O mesmo tratamento pode ser realizado para o **modelo de regressão logístico multivariado** resultando em (KLEINBAUM; KLEIN, 2010) que é dado a seguir:

$$\text{logit} (p_i) = \ln \left( \frac{p_i}{1 - p_i} \right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k ,$$

que pode ser representado também através do preditor linear dado por:

$$p_i = \frac{e^{\beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i}}{1 + e^{\beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i}} .$$

É importante ressaltar que, caso algumas das variáveis independentes que estejam em escalas qualitativas, faz-se necessário, para a sua introdução no modelo logístico, substituí-las por variáveis *dummy* (variáveis que tomam o valor 1 ou 0) para distinguir as diferentes categorias da variável.

### I. Estimação dos parâmetros beta ( $\beta$ )

Para o ajuste do modelo de regressão logística a um conjunto de dados, ou seja, a estimação dos parâmetros  $\beta_0$  e  $\beta_i$ , em geral, utiliza-se o Método da Máxima Verossimilhança (MMV), o qual busca maximizar a probabilidade de que o evento ocorra (FÁVERO, 2009; KIM; DAILEY, 2008).

A estimação dos parâmetros  $\beta_0$  e  $\beta_i$  tem como objetivo encontrar um modelo logístico de forma que as ponderações sofridas pelas variáveis explicativas estabeleçam a importância de cada variável para ocorrência do evento de interesse, bem como possibilitem o cálculo da probabilidade de ocorrência desse evento (FÁVERO, 2009).

### II. Seleção de variáveis

É necessário também verificar quais variáveis independentes são mais significativas para o modelo, ou melhor, quais delas exercem alguma influência sobre o desfecho. Tendo isso em vista, utilizam-se **métodos de seleção de variáveis** que tenham como base algoritmos estatísticos que averiguem a “**importância**” da variável e a inclua ou não no modelo baseado numa regra de decisão fixa. Essa importância da variável é definida em termos de uma medida da significância estatística do coeficiente estimado para a variável (SILVA, 2006). Dessa forma, algumas variáveis podem ser retiradas do modelo sem prejudicar sua aplicabilidade.

Um método bastante utilizado atualmente é o método *stepwise* (por etapas) que busca, em cada passo do procedimento, a variável mais importante em termos estatísticos. A variável escolhida é aquela que produz a maior mudança no logaritmo da verossimilhança em relação ao modelo que não contém a variável. Esse método tem por objetivo escolher as variáveis que maximiza a previsão com o menor número de variáveis empregadas, selecionando variáveis para o modelo por inclusão progressiva (*forward stepwise*) ou por eliminação regressiva (*backward stepwise*) até que alguma medida de critério específico escolhida seja alcançada.

Ao longo dos anos, têm sido sugeridos muitos critérios específicos de seleção de modelos, os critérios baseados no máximo da função de verossimilhança (MFV) são os mais utilizados, com maior ênfase o Teste da Razão de Verossimilhança (TRV), o Critério de Informação de Akaike (*Akaike's information criterion - AIC*) e o Critério Bayesiano de Schwarz (*Bayesian information criterion - BIC*). Considerando esses critérios, de cada modelo é obtido um valor e aquele que apresentar a menor magnitude é considerado como o

“melhor” modelo. Esses critérios diferem pela intensidade com que penalizam grandes modelos. Em geral, os modelos escolhidos pelo BIC vão ser mais parcimonioso do que aqueles escolhidos pela AIC. O BIC é aplicado considerando a densidade *a posteriori* dos parâmetros do modelo ajustado, ponderando entre a função log-verossimilhança maximizada e o número de parâmetros do modelo.

### III. Interpretação dos parâmetros no modelo logístico

A interpretação dos parâmetros do modelo de regressão logística pode ser obtida utilizando a **razão de chances** ou *Odds Ratio* (OR). A razão de chances é uma medida da intensidade do efeito de  $x_i$  (por exemplo, mudança de  $x_i = 0$  para  $x_i = 1$ ) sobre a probabilidade de obter um resultado “favorável” (HOFFMANN, 2012). A razão de chances é planejada para determinar como as chances de sucesso, aumentam conforme certas mudanças que ocorram nos valores do regressor (variável explicativa).

A OR pode ainda ser definida pela razão entre a chance de sucesso dado por uma condição (por exemplo, **condição B**) sobre a razão de sucesso dado por uma outra condição (por exemplo, **condição A**) nos regressores (WALPOLE, 2010), em dois indivíduos ou dois grupos (KLEINBAUM; KLEIN, 2010), admitindo que as outras variáveis independentes sejam constantes. Dessa forma, considerando a condição A, em que uma variável independente tem um valor particular  $x_i$ , a condição B, em que essa mesma variável independente tem um valor  $x_i + 1$  e dado que as outras são constantes, OR é dada por:

$$OR = \frac{\frac{p_B}{1 - p_B}}{\frac{p_A}{1 - p_A}},$$

em que  $p_B$  é a probabilidade da condição B ocorrer e  $p_A$  é a probabilidade da condição A ocorrer.

Na regressão logística obtém-se a razão de chance mediante o cálculo da probabilidade do evento  $i$  ocorrer nos indivíduos dos grupos A e B, utilizando os seguintes modelos logísticos:

$$\text{logit}(p_A) = \ln\left(\frac{p_A}{1 - p_A}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_i(x_i) + \beta_k x_k ; \quad (4)$$

$$\text{logit}(p_B) = \ln\left(\frac{p_B}{1-p_B}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_i(x_i + 1) + \beta_k x_k. \quad (5)$$

Assim, considerando que as outras variáveis são constantes, subtraindo a Equação (4) da (5), percebe-se que a razão de chances só dependerá do parâmetro  $\beta_i$ , conforme é mostrado a seguir:

$$\text{logit}(p_B) - \text{logit}(p_A) = \beta_i[(x_i + 1) - x_i] = \beta_i,$$

resultando em:

$$\ln\left(\frac{p_B}{1-p_B}\right) - \ln\left(\frac{p_A}{1-p_A}\right) = \beta_i,$$

ou

$$\ln\left(\frac{\frac{p_B}{1-p_B}}{\frac{p_A}{1-p_A}}\right) = \beta_i. \quad (6)$$

Resolvendo a Equação (6), obtém-se:

$$\frac{\frac{p_B}{1-p_B}}{\frac{p_A}{1-p_A}} = e^{\beta_i}. \quad (7)$$

Na Equação (7) é demonstrando que com o uso da regressão logística obtém-se a Razão de Chances, OR, ou seja:

$$OR = \frac{\text{odds}_B}{\text{odds}_A} = e^{\beta_i}.$$

Dessa forma, pode-se observar que:

$$\beta_i > 0 \rightarrow OR > 1 \rightarrow p(x_i + 1) > p(x_i);$$

$$\beta_i < 0 \rightarrow OR < 1 \rightarrow p(x_i + 1) < p(x_i).$$

Assim, considerando o valor de OR, tem-se o quão provável o resultado ocorrerá entre os indivíduos na condição B em relação aos indivíduos na condição A, ou seja, a OR avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto a determinado fator (condição  $B = x_i + 1$ )

dado que as outras variáveis independentes sejam constantes) possuir a condição de interesse, comparada à do não exposto (condição  $A = x_i$  | dado que as outras variáveis independentes sejam constantes).

Com isso, nota-se que, de posse do modelo de regressão logística, pode-se estudar os efeitos das diversas variáveis independentes envolvidas, corrigindo eventuais falta de comparabilidade e considerando possíveis interações, pois cada  $\beta_i$  do modelo logístico estaria representando o efeito da variável  $x_i$  sobre a resposta dicotômica  $Y$ , controlado para todas as outras variáveis independentes (MEDRONHO *et al.*, 2009).

É importante enfatizar que se pode interpretar a OR como o aumento/decréscimo estimado na probabilidade de sucesso devido a uma mudança de uma unidade no valor da variável explicativa. Assim, para se obter a variação percentual das chances em favor de um aumento ou diminuição de uma unidade no regressor, subtrai-se 1 da OR e multiplica o resultado por 100 (GUJARATI; PORTER, 2011), ou seja,  $[(OR - 1) \times 100\%]$ .

Por exemplo, considere o caso de uma doença que é agravada pelo tempo de exposição em anos (variável explicativa considerada importante no modelo). Supondo que  $OR = e^{\beta_j} = e^{0,095} = 1,10$ , pode-se interpretar que: a cada ano adicional de exposição, aumentam as chances de contrair a doença em 10% (dado obtido com  $[(1,10 - 1) \times 100\%]$ ).

Com base nisso, pode-se também estimar a variação de  $d$  unidades na variável explicativa através da expressão  $OR = e^{d\beta_j}$ . Assim, se o tempo de exposição aumenta em 10 anos, então  $OR = e^{[10(0,095)]} = 2,58$ , indicando que há um aumento na chance de contrair essa doença de 158% (dado obtido com  $[(2,58 - 1) \times 100\%]$ ) em 10 anos.

Por outro lado, caso a OR seja menor que 1, por exemplo,  $OR = 0,6$ , interpreta-se que, a cada ano adicional de exposição, diminui-se as chances de contrair a doença em 40% (dado obtido com  $[(0,6 - 1) \times 100\%]$ ).

Os valores de OR podem indicar também que quando esses são maiores do que 1, a variável em questão pode ser considerada um **fator de risco** para o desenvolvimento da variável resposta, e, quando menores do que 1, a variável em estudo representa um **fator de proteção** em relação variável resposta.

Com isso, considerando os objetivos deste trabalho, pode-se calcular, mediante o modelo de regressão obtida, a chance que cada variável explicativa do estudo tem em influenciar na variável dependente do estudo que, no caso, é a satisfação do usuário quanto aos cuidados recebidos nas unidades de saúde em cada modelo obtido.

#### IV. Verificação da qualidade do modelo ajustado

A medida da qualidade do ajuste fornece uma comparação geral entre os valores observados e valores previstos do resultado da variável  $Y$  (KLEINBAUM; KLEIN, 2010). No modelo de regressão logística é importante avaliar a qualidade do ajuste, pois a falta de ajuste adequado pode, por exemplo, levar a viés de estimação de efeitos.

Mediante a avaliação da qualidade do ajuste pode-se encontrar (BRANT, 1990):

- Interações omitidas;
- Uso inapropriado da função de ligação (*logit*);
- Covariáveis importantes;
- Casos em que a forma funcional da modelagem das covariáveis não está correta; e, finalmente,
- Casos em que a suposição de *odds* proporcional foi violada.

Uma medida de ajuste muito utilizada é a função desvio, também chamada de *deviance* ( $D$ ), considerada uma medida de bondade de ajuste, que é uma distância entre o logaritmo da função de verossimilhança do modelo completo (com  $n$  parâmetros), o qual possui o número máximo de parâmetros que se pode estimar a partir dos dados utilizados, e do modelo sob investigação (com  $p$  parâmetros), o qual é o modelo ajustado, avaliado a partir da estimativa de máxima verossimilhança  $\hat{\beta}$  (PAULA, 2010). A *deviance* é dada por:

$$D = 2\hat{l}_n - 2\hat{l}_p$$

em que,

$\hat{l}_n$  = logaritmo do valor máximo da função de verossimilhança do modelo completo, e

$\hat{l}_p$  = logaritmo do valor máximo da função de verossimilhança do modelo sob investigação.

A *deviance* ( $D$ ) tem, aproximadamente, uma distribuição amostral qui-quadrado com  $n-p$  graus de liberdade e 95% de nível de confiança ( $D \sim \chi_{n-p}^2$ ). Se  $D$  é maior em relação a distribuição  $\chi_{n-p}^2$ , então tem-se evidência contra a hipótese nula que o modelo investigado se ajusta bem aos dados. Se  $D$  é menor em relação a distribuição  $\chi_{n-p}^2$ , então tem-se evidência para aceitar a hipótese nula que o modelo investigado se ajusta bem aos dados.

Ademais, para realizar a análise do poder preditivo do modelo, pode ser utilizado uma **matriz de classificação**, também denominada de matriz de confusão ou tabela de contingência, conforme vista no Quadro 2, em que as linhas da matriz representam os valores

previstos para o modelo, sendo que as colunas representam os valores observados. A matriz de classificação mostra o número de classificações corretas em oposição às classificações previstas pelo modelo. Adicionalmente, na diagonal principal encontra-se o número de acertos, e os demais elementos, são os erros de classificação.

A matriz de classificação é formada estabelecendo um ponto de corte  $c$ , chamado de *classification cutoff*, que possibilita a classificação da previsão, sendo os valores acima deste ponto indicando a presença do evento de interesse e os valores abaixo, a ausência (FÁVERO, 2009).

**Quadro 2** - Matriz de confusão

Valores Observados	Valores Estimados		
	0	1	Total
0	Verdadeiro negativo (acerto)	Falso positivo (erro)	Número de negativos na amostra
1	Falso negativo (erro)	Verdadeiro positivo (acerto)	Número de positivos na amostra
Total	Número de preditivos negativos	Número de preditivos positivos	Número de elementos da amostra

Mediante a matriz de classificação, pode-se calcular a **sensibilidade** (percentual de acerto dos casos de ocorrência do evento de interesse  $Y$ ), **especificidade** (percentual de acerto dos casos de não ocorrência do evento de interesse  $Y$ ) e o percentual de acerto do modelo (FÁVERO, 2009), sendo que os resultados da sensibilidade e especificidade variam de acordo com o ponto de corte escolhido (KLEINBAUM; KLEIN, 2010).

Idealmente, uma discriminação perfeita ocorrerá se a sensibilidade e a especificidade forem iguais a 1. Estes casos ocorrem quando o nível de falso negativos e de falso positivos são 0 (KLEINBAUM; KLEIN, 2010).

A partir do cálculo da sensibilidade e a especificidade para cada ponto de corte, pode-se construir uma medida de desempenho chamada de **Curva ROC**, que vem do inglês *Receiver-Operating Characteristic* (FÁVERO, 2009). Essa curva é originária da teoria de detecção de sinal em meio ruidoso e mostra como um receptor de sinais na área de comunicações opera com a presença de ruído no sinal recebido. Mas a análise da curva ROC tem sido mais recentemente utilizada como um teste de adequação de modelo em Medicina, Psicologia, Demografia e outras áreas a fim de explorar grandes conjuntos de dados. Assim, a curva ROC tem sido considerada como uma ferramenta estatística para avaliar a acurácia do

modelo, ou seja, uma técnica para obter a exatidão do modelo de regressão logística binária ajustado. A curva traça a probabilidade de detecção de sinal verdadeiro (sensibilidade) e sinal falso (1-especificidade) para toda uma gama de possíveis pontos de corte (SARKAR; MIDI, 2010). A construção da curva ROC é realizada colocando-se os valores da sensibilidade nas ordenadas (eixo Y) e o complemento da especificidade (1 - especificidade) nas abcissas (eixo X) para os diferentes pontos de corte (MEDRONHO *et al.*, 2009).

A área sob a curva ROC (AUC, *Area Under Curve*) fornece a medida de precisão do modelo, ou seja, a AUC fornece uma medida da capacidade modelo de discriminar entre aqueles indivíduos que vivenciam o desfecho de interesse daqueles que não o fazem. Quanto maior a AUC, maior é a capacidade do modelo em discriminar a ocorrência ou não ocorrência do evento de interesse, e, quanto mais próxima a curva ROC estiver da reta diagonal, pior é o poder discriminatório do modelo (FÁVERO, 2009; KLEINBAUM; KLEIN, 2010; MEDRONHO *et al.*, 2009; SARKAR; MIDI, 2010). Dessa forma, pode-se observar as seguintes situações de acordo com a AUC:

- $AUC = 1 \rightarrow$  discriminação perfeita
- $AUC = 0,90-0,99 \rightarrow$  discriminação excelente
- $AUC = 0,80-0,89 \rightarrow$  discriminação boa
- $AUC = 0,70-0,89 \rightarrow$  discriminação moderada
- $AUC = 0,60-0,69 \rightarrow$  discriminação pobre
- $AUC = 0,50-0,59 \rightarrow$  discriminação falha

Uma outra utilidade da curva ROC é na definição do melhor ponto de corte de um teste de diagnóstico que, em geral, localiza-se no extremo da curva próximo ao canto superior esquerdo do gráfico (MEDRONHO *et al.*, 2009). Este ponto permite evidenciar os valores para os quais existe maior otimização da sensibilidade em função da especificidade (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

Neste trabalho, mediante a análise da Curva ROC do modelo de regressão logística obtido, será verificado a qualidade do poder preditivo do modelo e também será estabelecido um ponto de corte, em que todas as probabilidades que se encontrarem acima desse valor, possam ser classificadas como satisfação do paciente quanto aos cuidados e, abaixo desse valor, possam ser classificadas como insatisfação.

## 2.7 CONSIDERAÇÕES

No contexto em que a Atenção Primária à Saúde vem se tornando cada vez mais importante e imprescindível nos sistemas de saúde do mundo e principalmente do Brasil, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) estabeleceu compromissos e ações, incluindo avaliações, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços da Atenção Básica ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País. Os resultados dessas avaliações devem ser analisados a fim de direcionar ou redirecionar a execução das atuais e de novas ações, atividades e programas, e, principalmente, que ajudem gestores nas tomadas de decisões. É pertinente destacar que a perspectiva do usuário nessas avaliações é uma ferramenta imprescindível para subsidiar o processo de decisão compartilhada de forma a se repensar as práticas profissionais e intervir diretamente nas necessidades dos usuários.

Ainda convém lembrar que pesquisas e levantamentos em saúde pública moderna têm se tornado cada vez mais dependentes de técnicas de modelagem estatística sofisticadas para avaliar o efeito de novos programas de saúde, o impacto dos fatores de risco sobre a doença, os efeitos dos comportamentos de saúde, e uma série de outros problemas de saúde pública. Muitas dessas análises envolvem como resultado uma variável dependente que é dicotômica e, nesses casos, o ajuste pelo modelo de regressão logística tem-se mostrado ser modelo estatístico apropriado (HOSMER; TABER; LEMESHOW, 1991).

É válido e importante ressaltar que o modelo de regressão constitui-se em uma ferramenta estatística poderosa e bastante utilizada devido a vantagem da facilidade de interpretação dos coeficientes estimados, mediante a *Odds Ratio* (OR), a capacidade de estimar a probabilidade que um determinado indivíduo irá desenvolver o desfecho, e uma ampla disponibilidade de softwares de fácil utilização e confiabilidade para executar os cálculos (HOSMER; TABER; LEMESHOW, 1991).

Ademais, pode-se observar que a literatura abordada apresenta trabalhos, em diversas partes do mundo, em que essa ferramenta é utilizada em pesquisas na atenção primária à saúde e, em muitas dessas, têm-se o propósito de procurar fatores que se associam a satisfação do usuário. Em contrapartida, essas publicações apresentam foco restrito e amostras que não representam uma região ou país. Assim, a revisão de literatura indicou que analisar os resultados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB buscando os fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na atenção básica é um tema atual e relevante.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

Os dados utilizados neste estudo são secundários e foram produzidos pelo Ministério da Saúde provenientes do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado entre o ano de 2012 e o primeiro semestre de 2013. Esses dados contêm as respostas de todas as Equipes de Saúde da Atenção Básica contratualizadas e foram obtidos com a utilização do **Instrumento de Avaliação Externa: Saúde Mais Perto De Você** (BRASIL, 2012d) aplicado por pesquisadores/professores das Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa, descritas no APÊNDICE A.

O instrumento de coleta da avaliação externa do PMAQ contempla elementos relacionados:

- À estrutura, equipamentos e condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- À qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores;
- Ao apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica;
- Ao acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão; e
- À satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS avaliada.

O instrumento da avaliação externa foi organizado em quatro módulos de acordo com o método de coleta das informações. Neste trabalho será utilizado o **Módulo III** – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, que tem como objetivo averiguar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

O questionário desse módulo (ver APÊNDICE B) foi aplicado para 4 (quatro) usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa de cada USF, os quais não passaram por consulta com médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista no dia da entrevista e que frequentaram a unidade no último ano.

Em acordo com a resolução às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, a avaliação externa do PMAQ foi submetida e aprovada pelo Comitê de

Ética em Pesquisas da UFRGS, Parecer N° 21.904 em 01/03/2012 (ver ANEXO A).

### 3.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada da seguinte maneira:

1. Da planilha de dados com os resultados do PMAQ-AB, foram selecionados os dados de interesse para esta pesquisa;
2. Analisou-se descritivamente os dados;
3. Realizou-se ajustes nos dados mediante a critérios de inclusão;
4. Gerou-se a variável resposta mediante ao método *Two-Step Cluster Analysis*;
5. Construiu-se o modelo de regressão logística com as seguintes etapas:
  - I. Um modelo logístico,
  - II. Ajuste do modelo,
  - III. Verificação da qualidade do modelo ajustado, e
  - IV. Interpretação dos parâmetros no modelo logístico.

A análise estatística iniciou-se com a descrição dos dados do Módulo III em que foram entrevistados um total de 65392 usuários das 17203 UBS contratualizadas do Brasil durante os anos de 2012 e início de 2013.

Do módulo III, foram escolhidas as variáveis que compreendiam estes seguintes subitens:

- Identificação do usuário;
- Acesso aos serviços de saúde;
- Marcação de consulta(s) na unidade de saúde;
- Acolhimento à demanda espontânea;
- Atenção integral à saúde;
- Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado;
- Mecanismos de participação e interação dos usuários; e
- Satisfação do usuário

Para uma melhor análise dos dados utilizou-se dois critérios:

1. **Critério de seleção de variáveis:** incluídas as variáveis que possuíam até 10% de dados ausentes.
2. **Critérios de inclusão de casos:** incluídos os usuários que possuíam dados completos nas variáveis escolhidas pelo critério 1.

Diante disso, das 91 variáveis pré-selecionadas o estudo considerou 46 variáveis e dos 65392 usuários entrevistados no Brasil foram considerados 46991 no total, sendo 15324 (de 21.556) no Nordeste, 2941 (de 4.337) no Centro-Oeste, 18511 (de 25.406) no Sudeste, 7671 (de 10364) no Sul e 2544 (de 3.728) no Norte.

Como variável resposta (dependente) do modelo, indicando a satisfação do usuário com os serviços ofertados, utilizou-se a variável obtida pela técnica da análise multivariada *Two-Step Cluster Analysis*, que é um procedimento estatístico realizado para identificar grupos similares ou *clusters* de pessoas ou objetos dentro de conjuntos de dados, que foi selecionado devido a ser ideal para grandes conjuntos de dados e também por poder ser realizado com dois tipos variáveis: categóricas e contínuas, descrito no item 2.6.1 do referencial teórico.

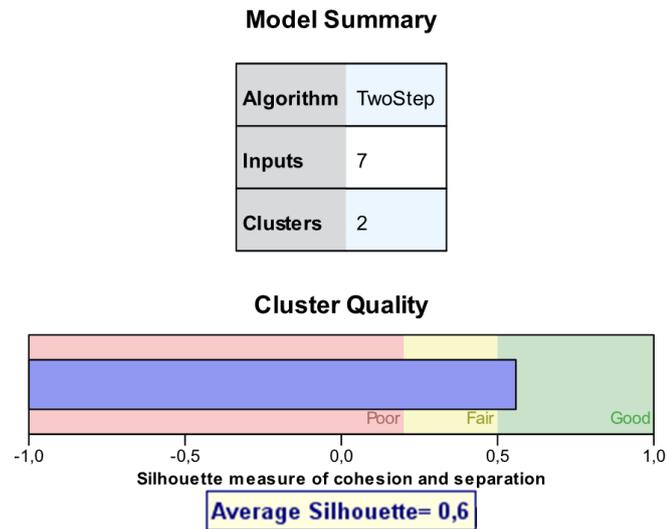
Considerou-se para obtenção da variável resposta as questões do Módulo III, mais especificamente, as variáveis que contemplavam o seguinte item: III.18 - Satisfação do usuário e que se adequavam aos critérios de seleção de variáveis. Essas questões foram dicotomizadas para se obter dois *clusters* mediante uma análise de agrupamento de qualidade (conforme visto no Quadro 3). As respostas foram reagrupadas considerando 1 para respostas de satisfação e 2 para respostas de insatisfação com o serviço.

**Quadro 3** - Variáveis utilizadas no agrupamento *Two-Step Cluster Analysis*

	Variáveis	Recategorização
1.	Se quando o usuário procura atendimento nesta unidade, a falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento	1 (Nunca)
		2 (Sim, sempre; Sim, algumas vezes)
2.	Se quando a profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde	1 (Sim, sempre; Sim, algumas vezes)
		2 (Esta unidade não entrega medicamento; Nunca)
3.	Opinião do usuário quanto ao cuidado que recebe da equipe de saúde	1 (Muito bom; Bom; Regular)
		2 (Ruim; Muito ruim)
4.	Opinião do usuário quanto ao cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde	1 (Muito bom; Bom; Regular)
		2 (Ruim; Muito ruim)
5.	Se o usuário mudaria de equipe ou unidade de saúde caso tivesse a opção	1 (Sim)
		2 (Não)
6.	Se o usuário recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar	1 (Sim)
		2 (Não)
7.	Nota de zero a dez que o usuário atribui para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade	Não foi dicotomizada.

Esse método proposto por análise de agrupamento de qualidade classificou os usuários em dois grupos e resultou na variável resposta dicotomizada: Satisfação do Usuário. Conforme demonstrado no quadro 3, observa-se que o grupo 1 correspondia aos satisfeitos e o grupo 2 aos insatisfeitos devido a correspondência com as notas que os usuários atribuíram para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade e o escore realizado pela soma dos números de respostas 1 das variáveis utilizadas após a dicotomização.

Com isso, obteve-se 36027 (76,7%) usuários satisfeitos e 10964 (23,3%) usuários insatisfeitos. A figura 1 apresenta a saída da análise de agrupamento *Two-Step Cluster*, onde mostra que as sete variáveis originaram dois *clusters* e que foi considerada boa, segundo a classificação de Kaufman e Rousseeuw (KAUFMAN; ROUSSEEUW, 2009) com um Coeficiente de *Silhouette* igual a 0,6.

**Figura 1** - Sumário da análise *Two-Step Cluster*

Retirando-se as variáveis utilizadas para obtenção da variável dependente, foram pré-selecionadas para serem variáveis explicativas ou independentes as variáveis do Módulo III que passaram pelo critério de seleção e que poderiam influenciar na satisfação do usuário com o cuidado recebido na USF. O conjunto das variáveis pré-selecionadas é descrito no quadro 4 a seguir.

**Quadro 4** - Variáveis utilizadas como independentes na pesquisa

<b>Variáveis independentes</b>	
1.	Sexo
2.	Idade
3.	Se o usuário sabe ler e escrever
4.	Se o usuário é aposentado
5.	Presença de trabalho remunerado atualmente
6.	Opinião quanto a distância da casa do usuário até esta unidade de saúde
7.	Se o usuário acha que as placas de identificação dos lugares dentro da unidade facilitam encontrá-los? (Consultórios, banheiros, salas de vacina etc.).
8.	Se a unidade de saúde funciona cinco dias na semana
9.	Períodos e dias a unidade de saúde funciona
10.	Se o horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do usuário
11.	Forma que o usuário faz para marcar consulta na unidade de saúde
12.	Horários da marcação da consulta na unidade de saúde
13.	Se o usuário consegue consulta para o mesmo dia
14.	Forma que é marcada a consulta (com hora marcada, em horários ou turnos definidos do dia, por ordem de chegada, encaixe, outro(s))
15.	Para resolver qualquer problema, consegue ser escutado
16.	Se o usuário se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião
17.	Se quando o usuário é atendido nesta unidade de saúde acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde
18.	Se o consultório para o atendimento tem privacidade
19.	Se os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o usuário tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta
20.	Opinião do usuário se, durante as consultas, os profissionais da equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade
21.	Se durante o atendimento na unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o usuário falar sobre as suas preocupações ou problemas
22.	Se o usuário na unidade de saúde observada é atendido(a) pelo mesmo médico
23.	Se os profissionais desta unidade costumam perguntar por familiares do usuário
24.	Se os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do usuário
25.	Se quando o usuário precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam
26.	Se quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta na unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento
27.	Se o usuário se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões
28.	Se quando o usuário precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas
29.	Se o usuário encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam na unidade de saúde
30.	Se o agente comunitário de saúde (ACS) do usuário visita a casa dele
31.	Se outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do usuário
32.	Se o usuário consegue fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde

Fonte: Dos autores desta pesquisa.

Foram ajustados modelos de regressão logística com os dados do Brasil e de suas cinco regiões (nomeadamente, Nordeste, Norte, Centro-Oeste, Sul, e Sudeste) a fim de se

obter os fatores que influenciam na satisfação do usuário quanto ao serviço de saúde. Em todos foram utilizados as mesmas variáveis independentes e o mesmo desfecho (satisfação do usuário, considerando a satisfação como  $(Y=1)$  e insatisfação  $(Y=0)$ ), de forma que possam ser comparados entre si.

Para a construção dos modelos logísticos, primeiramente, foi realizada uma análise bivariada, usando um nível de significância de 20%, utilizando o teste de independência qui-quadrado para verificar a relação entre as variáveis independentes e a variável desfecho Satisfação do Usuário. Nessa fase, buscou-se definir as variáveis que iriam compor o modelo inicial.

Na análise bivariada com os dados do Brasil, todas as 32 variáveis independentes tiveram associação significativa com o desfecho. O mesmo aconteceu com os dados do Nordeste. Porém, sete foram não significantes com os dados do Centro-Oeste (III.4.6; III.4.14; III.5.5.3; III.5.5.4; III.6.4.1; III.6.4.3; III.6.4.4), cinco com os dados do Norte (III.4.6; III.4.14; III.6.4.1; III.6.4.3; III.6.4.4), quatro com os dados do Sudeste (III.5.5.1; III.5.5.3; III.5.5.4; III.6.4.3) e cinco com os dados do Sul (III.4.11; III.4.14; III.5.5.3; III.6.4.1; III.6.4.3). As variáveis correspondentes aos números citados estão no Apêndice A.

Após a estimação do modelo inicial, procedeu-se ao seu ajuste, realizando a seleção das variáveis explicativas significativas utilizando o método *Stepwise Forward*, usando o Critério de Informação de Bayesian (BIC), e obteve-se o modelo final. Assumiu-se como nível de significância estatística de 5% para a definição do modelo final.

Para o ajuste do modelo de regressão logística utilizou-se análise *deviance* da matriz de classificação (utilizando um ponto de corte maximizando a sensibilidade e especificidade (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996)) e da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*).

Para análise do poder preditivo dos modelos resultantes foi realizada uma Validação Cruzada (*Cross-Validation*) utilizando a função *CVbinary* no pacote do R, DAAG, que indica o quão bem um determinado modelo prediz com base em novas informações. Essa função determina a previsão do modelo em diferentes amostras, pois se o modelo é aplicado em uma amostra distinta e existe uma grande diferença na sua capacidade de previsão, então o modelo não é generalizável (FIELD, 2009). Essa abordagem divide o conjunto de dados aleatoriamente em 10 partes. Cada parte é removida, por sua vez, enquanto que os dados restantes são usados para reajustar o modelo de regressão o qual é utilizado para prever nas observações omitidas e testar o modelo. Esse procedimento é, então, repetido um total de 10 vezes de modo a que cada parte começa a ser usada uma vez como teste. E, assim, é calculado

o que é denominado de “estimativa de precisão”. Esse pacote do R também pode ser usado para calcular a estimativa de imprecisão pela função *cv.glm*<sup>2</sup> mediante a classificação incorreta na validação cruzada.

Todas as análises estatísticas dos dados foram realizadas utilizando o software R (versão 2.13.0), exceto a análise *Two-Step Cluster* que foi realizada com o software estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*) versão 20.0.

---

<sup>2</sup> função *cv.glm*:  
>*library(DAAG)*  
>*cv.binary(modelo)*.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, para melhor entendimento, será apresentado os resultados e discussão conjuntamente, de forma a evitar repetições no texto quanto aos resultados encontrados. Com base nisso, será dividido em: análise descritiva, onde serão expostos a distribuição de frequência da amostra para cada variável do estudo; modelos de decisão, onde serão propostos os modelos logísticos para o Brasil e suas regiões com suas respectivas análises de qualidade de ajuste; interpretação dos resultados, onde serão interpretados os dados dos modelos confrontado com a literatura; fatores mais importantes que influenciam na satisfação do usuário onde serão ressaltados os principais fatores que influenciam a satisfação no Brasil e para cada região; e , por fim, as limitações do estudo.

### 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

As tabelas 1 a 16, apresentam os resultados da análise descritiva das variáveis utilizadas do Módulo III do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ (APÊNDICE A) no Brasil e em suas regiões. Nesse módulo foram entrevistados 65.391 usuários no Brasil, sendo 21.556 no Nordeste, 4.337 no Centro-Oeste, 25.406 no Sudeste, 10364 no Sul e 3.728 no Norte.

A partir da tabela 1 é possível verificar que no Brasil, a maioria dos usuários entrevistados era do sexo feminino (77,7% /n=50.791), sabia ler e escrever (84,8% /n=55.427) e não era aposentado (76,6% /n=50.109). Observou-se também que a média da idade dos usuários entrevistados foi de 43,9 anos com desvio-padrão de 17,3, sendo a idade mínima de 16 anos e a máxima de 102 anos.

**Tabela 1** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis socioeconômicas no Brasil

Variáveis		n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	14600	22,3
	Feminino	50791	77,7
	Total	65391	100,0
<b>O usuário sabe ler e escrever</b>	Sim	55427	84,8
	Não	4122	6,2
	Só assina o nome	5805	8,9
	NR	37	0,1
	Total	65391	100,0
<b>O usuário é aposentado?</b>	Sim	15243	23,3
	Não	50109	76,6
	NR	39	0,1
	Total	65391	100,0
<b>O usuário tem trabalho remunerado atualmente?</b>	Sim	20531	31,4
	Não	44819	68,5
	NR	41	0,1
	Total	65391	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu

Observando-se as características socioeconômicas por regiões conforme descrito na tabela 2, a região Sul diferenciou-se das demais. Essa região se destacou por ser aquela com mais usuários sabendo ler e escrever (91,6 % /n=9.491). Quanto a possuir trabalho remunerado, houve uma aproximação nessa região dos que não possuíam trabalho remunerado (55,8% / n=5.780) e dos que não possuíam trabalho remunerado (44,2% /n=4.577) e 73,5% (n=7.622) que referiram não ser aposentados.

Na região Norte, observou-se as menores médias de idade, aproximadamente, 39 anos e as regiões Centro-Oeste e Sul as maiores médias de idade, aproximadamente, 46 anos.

**Tabela 2** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis socioeconômicas por regiões.

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	3465	16,1	780	20,9	1002	23,1	3431	33,1	5922	23,3
	Feminino	18091	83,9	2948	79,1	3335	76,9	6933	66,9	19484	76,7
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>O usuário sabe ler e escrever</b>	Sim	17045	79,1	3151	84,5	3567	82,2	9491	91,6	22173	87,3
	Não	1756	8,1	257	6,9	329	7,6	332	3,2	1448	5,7
	Só assina o nome	2739	12,7	315	8,4	440	10,1	534	5,2	1777	7,0
	NR	16	0,1	5	0,1	1	0,0	7	0,1	8	,0
Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0	
<b>O usuário é aposentado?</b>	Sim	3785	17,6	552	14,8	1204	27,8	2735	26,4	6967	27,4
	Não	17753	82,4	3171	85,1	3132	72,2	7622	73,5	18431	72,5
	NR	18	0,1	5	0,1	1	0,0	7	0,1	8	0,1
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>O usuário tem trabalho remunerado atualmente?</b>	Sim	5249	24,4	1066	28,6	1309	30,2	4577	44,2	8330	32,8
	Não	16287	75,6	2657	71,3	3027	69,8	5780	55,8	17068	67,2
	NR	20	0,1	5	0,1	1	0,0	7	0,1	8	0
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu

Nas tabelas 3 e 4 encontra-se a análise descritiva sobre o acesso aos serviços de saúde na opinião dos usuários no Brasil e por regiões, respectivamente.

No Brasil, a maior parte referiu achar a Unidade de Saúde (US) perto de sua casa (67,0%/n=4378). Relataram ainda, em maioria, que as placas de identificação facilitam encontrar os lugares dentro da US (78,0%/n=50992), que a unidade funciona cinco dias na semana (93,3%/n=60995), que a US funciona nos turnos da manhã (98,3%/n=64294) e da tarde (94,5%/n=61797) e que o horário de funcionamento da US atende às suas necessidades (85,7%/n=56043).

**Tabela 3** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil

Variáveis	n	%	
<b>O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?</b>	Perto	43783	67,0
	Razoável	12937	19,9
	Longe	8557	13,1
	NR	114	0,2
	Total	65391	100,0
<b>O(a) senhor(a) acha que as placas de identificação dos lugares dentro da unidade facilitam encontrá-los?</b>	Sim	50992	78,0
	Não	4605	7,0
	Sim, algumas placas	3112	4,8
	Não percebi ou não há placas na unidade	5525	8,4
	NR	1157	1,8
	Total	65391	100,0
<b>A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?</b>	Sim	60995	93,4
	Não	2689	4,1
	NR	1707	2,6
	Total	65391	100,0
<b>Quais os períodos e dias esta unidade de saúde funciona?*</b>	Manhã	64294	98,3
	Tarde	61797	94,5
	Noite	3422	5,2
	Sábado	1815	2,8
<b>O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</b>	Sim	56043	85,7
	Não	8731	13,4
	NR	617	0,9
	Total	65391	100,0

\* Nessa questão o usuário poderia responder mais de uma alternativa. NR= Não sabe/ Não respondeu.

Na tabela 4, é interessante destacar que 90,3% (n=19.461) dos entrevistados do Nordeste e 90,6% (n=3.377) do Norte referiram ter sua US aberta à tarde, um percentual menor que as outras regiões. Quanto à distância da casa do usuário até esta unidade de saúde, a região que mais considerou que a UBS era perto da sua casa foi o Sudeste com 69,6% (n=17.671) e a que menos, o Norte com 59,5% (n=2.220).

**Tabela 4** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre o acesso aos serviços de saúde por regiões

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	F	%	n	%
<b>O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?</b>	Perto	1421	65,9	2220	59,5	2861	66,0	6816	65,8	17671	69,6
	Razoável	4318	20,1	845	22,7	860	19,8	2241	21,6	4673	18,4
	Longe	2984	13,8	657	17,6	608	14,0	1288	12,4	3020	11,9
	NR	39	0,2	6	0,2	8	0,2	19	0,2	42	0,1
	Total	2155	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>O(a) senhor(a) acha que as placas de identificação dos lugares dentro da unidade facilitam encontrá-los?</b>	Sim	1613	74,9	2843	76,3	3124	72,0	8802	84,9	20087	79,1
	Não	1627	7,5	373	10,0	405	9,3	464	4,5	1736	6,8
	Sim, algumas placas	1077	5,0	238	6,4	241	5,6	376	3,6	1180	4,6
	Não percebi ou não há placas na unidade	2247	10,4	211	5,7	482	11,1	628	6,1	1957	7,7
	NR	469	2,2	63	1,7	85	2,0	94	0,9	446	1,8
	Total	2155	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
	<b>A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?</b>	Sim	1934	89,7	3429	92,0	4056	93,5	9802	94,6	24368
Não		1527	7,1	170	4,6	151	3,5	291	2,8	550	2,2
NR		689	3,2	129	3,5	130	3,0	271	2,6	488	1,9
Total		2155	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Quais os períodos e dias esta unidade de saúde funciona?</b>	Manhã	2117	98,2	3616	97,0	4239	97,7	10218	98,6	25043	98,6
	Tarde	1946	90,3	3377	90,6	4188	96,6	10074	97,2	24697	97,2
	Noite	750	3,5	292	7,8	143	3,3	735	7,1	1502	5,9
	Sábado	397	1,8	169	4,5	241	5,6	261	2,5	747	2,9
<b>O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</b>	Sim	1822	84,5	3051	81,8	3720	85,8	8933	86,2	22118	87,1
	Não	3139	14,6	613	16,4	562	13,0	1343	13,0	3074	12,1
	NR	196	0,9	64	1,7	55	1,3	88	0,8	214	0,8
	Total	2155	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

NR= Não sabe/  
Não respondeu.

As tabelas 5 e 6 apresentam a análise descritiva das variáveis sobre marcação de consulta(s) e acolhimento à demanda espontânea na US no Brasil e por regiões, respectivamente.

No Brasil, como visualizado na tabela 5, a maioria (30,6 % /n= 19.984) respondeu que, para marcar consulta vai à US, para “pegar ficha” e que é necessário fazer fila antes, a consulta pode marcada todos os dias da semana (54,8%/n=35.807) ou em apenas alguns dias da semana (36,6%/n= 23.947). Os usuários, na maior parte das vezes, relataram que não conseguem marcar consulta para o mesmo dia (50,7/n=33.166) e que essa é realizada por ordem de chegada (79,0% /n=51.671). Quando questionados se na maioria das vezes que compareceram à US sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, conseguiram ser escutados, os usuários responderam em 66,5% das vezes que sim (n=43.453) e se sentem respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião, a maior parte respondeu que sim (90,3%/n=59.046).

**Tabela 5** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre marcação de consulta(s) e acolhimento à demanda espontânea na unidade de saúde no Brasil

Variáveis	n	%	
<b>Na maioria das vezes, como o(a) senhor(a) faz para marcar consulta na unidade de saúde?</b>	Marcar por telefone	1464	2,2
	Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer hora	18325	28,0
	Vai à unidade, mas tem que pegar ficha	15314	23,4
	Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde	19984	30,6
	O agente comunitário de saúde marca a consta	7602	11,6
	Não faz marcação nesta unidade	599	0,9
	Outros	2065	3,2
	Total	65391	100,0
<b>Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita:*</b>	Todos os dias da semana	35807	54,8
	Em apenas alguns dias da semana	23947	36,6
	A qualquer hora do dia	15030	23,0
	Somente em alguns horários	21519	32,9
	Outra(o)	1948	3,0
	Pulou a questão	599	0,9
	NR	2165	3,3
	Total	65391	100,0
<b>Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</b>	Sim	31530	48,2
	Não	33166	50,7
	NR	695	1,1
	Total	65391	100,0
<b>Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:*</b>	Com hora marcada	17764	27,2
	Em horários ou turnos definidos do dia	6782	10,4
	Por ordem de chegada	51671	79,0
	Encaixe	3509	5,4
	Outro	1084	1,7
	NR	60	0,1
	Total	65391	100,0
<b>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)?</b>	Sim	43453	66,5
	Não	11255	17,2
	Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	10314	15,8
	NR	369	0,5
	Total	65391	100,0
<b>O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?</b>	Sim, sempre	59046	90,3
	Sim, algumas vezes	4358	6,7
	Não	1700	2,6
	NR	287	0,4
	Total	65391	100,0
<b>Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento?</b>	Sim	41218	63,0
	Não	5496	8,4
	Não teve problema de urgência	18447	28,2
	NR/ não lembra	230	0,4
	Total	65391	100,0

\* Nessa questão o usuário poderia responder mais de uma alternativa. NR= Não sabe/ Não respondeu.

Pode-se observar na tabela 6 que a maioria dos usuários da região Centro-Oeste e Sudeste responderam que para marcar uma consulta na US, vão à unidade e marcam o

atendimento a qualquer hora (37,8% e 38,2%, respectivamente), enquanto nas outras regiões, a maior parte os usuários vão a unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila.

Enquanto que nas outras regiões a maioria dos usuários relata que a marcação de consulta é realizada todos os dias na semana, na região Nordeste a marcação de consulta é realizada apenas em alguns dias da semana (52,1% /n= 11.221). A região Sudeste se destaca por 63,3% (n=16.079) referirem que não conseguem marcar consulta para o mesmo dia. E a região Sul tem o maior percentual das regiões em relação à procura de atendimento quando apresentam algum problema de saúde que consideram como urgência 71,1% (n=7.365).

**Tabela 6** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre marcação de consulta(s) e acolhimento à demanda espontânea na unidade de saúde por regiões

Variáveis	NE		N		CO		S		SE		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Na maioria das vezes, como o(a) senhor(a) faz para marcar consulta na unidade de saúde?</b>	Marcar por telefone	90	0,4	24	0,6	157	3,6	696	6,7	497	2,0
	Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer hora	3566	16,5	732	19,6	1641	37,8	2670	25,8	9716	38,2
	Vai à unidade, mas tem que pegar ficha	6294	29,2	1041	27,9	718	16,6	2162	20,9	5099	20,1
	Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde	8178	37,9	1076	28,9	1283	29,6	4241	40,9	5206	20,5
	O agente comunitário de saúde marca a consta	2633	12,2	689	18,5	147	3,4	216	2,1	3917	15,4
	Não faz marcação nesta unidade	209	1,0	56	1,5	45	1,0	94	0,9	195	0,8
	Outros	575	2,7	109	2,9	345	8,0	280	2,7	756	3,0
	NR	11	0,1	1	0	1	0	5	0	20	0,1
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

Continua

Continuação

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita:*</b>	Todos os dias da semana	8650	40,1	1842	49,4	2830	65,3	7112	68,6	15373	60,5
	Em apenas alguns dias da semana	11221	52,1	1497	40,2	1102	25,4	2308	22,3	7819	30,8
	A qualquer hora do dia	3547	16,5	468	12,6	1034	23,8	2830	27,3	7151	28,1
	Somente em alguns horários	8444	39,2	1270	34,1	1366	31,5	3530	34,1	6909	27,2
	Outra(o)	673	3,1	121	3,2	124	2,9	270	2,6	760	3,0
	Pulou a questão	209	1,0	56	1,5	45	1,0	94	0,9	195	0,8
	NR	696	3,2	119	3,2	122	2,8	326	3,1	902	3,6
<b>Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</b>	Sim	12304	57,1	1904	51,1	2381	54,9	5923	57,1	9018	35,5
	Não	9071	42,1	1784	47,9	1903	43,9	4329	41,8	16079	63,3
	NR	181	0,8	40	1,1	53	1,2	112	1,1	309	1,2
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:*</b>	Com hora marcada	1646	7,6	703	18,9	768	17,7	3454	33,3	11193	44,1
	Em horários ou turnos definidos do dia	2638	12,2	519	13,9	471	10,9	792	7,6	2362	9,3
	Por ordem de chegada	20288	94,1	3271	87,7	3657	84,3	7559	72,9	16896	66,5
	Encaixe	1174	5,4	167	4,5	189	4,4	525	5,1	1454	5,7
	Outro	267	1,2	99	2,7	145	3,3	151	1,5	422	1,7
	NR	21	0,1	2	0,1	2	0	8	0,1	27	0,1
<b>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)?</b>	Sim	13804	64,0	2140	57,4	2525	58,2	7646	73,8	17338	68,2
	Não	3940	18,3	890	23,9	864	19,9	1434	13,8	4127	16,2
	Nunca	3688	17,1	669	17,9	919	21,2	1232	11,9	3806	15,0
	precisou ir à unidade sem hora marcada										
	NR	124	0,6	29	0,8	29	0,7	52	0,5	135	0,5
Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0	
<b>O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?</b>	Sim, sempre	19381	89,9	3174	85,1	3806	87,8	9576	92,4	23109	91,0
	Sim, algumas vezes	1525	7,1	376	10,1	360	8,3	550	5,3	1547	6,1
	Não	562	2,6	164	4,4	135	3,1	208	2,0	631	2,5
	NR	88	0,4	14	0,4	36	0,8	30	0,3	119	0,5
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

Continua

Continuação

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento?</b>	Sim	12652	58,7	2411	64,7	2645	61,0	7365	71,1	16145	63,5
	Não	1756	8,1	460	12,3	497	11,5	547	5,3	2236	8,8
	Não teve problema de urgência	7081	32,8	839	22,5	1177	27,1	2420	23,4	6930	27,3
	NR/ não lembra	67	0,3	18	0,5	18	0,4	32	0,3	95	0,4
Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0	

\* Nessa questão o usuário poderia responder mais de uma alternativa. NR= Não sabe/ Não respondeu.

Nas tabelas 7 e 8 apresenta-se a análise descritiva das variáveis sobre Atenção Integral à Saúde no Brasil e por regiões, respectivamente.

No Brasil, como visualizado na tabela 7, a maioria dos usuários responderam que a equipe busca resolver suas necessidades ou problemas na própria US (72,5%/n=47.391), que o consultório de atendimento é um lugar reservado (94,1%/n=61.504), que os profissionais da equipe, nas consultas, fazem anotações no prontuário ou ficha (95,3%/n=62.313), que os profissionais de saúde sempre fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde diferentes do motivo da consulta (48,9%/n=31.954), e que sempre os profissionais da equipe os sugerem, durante as consultas, soluções adequadas à realidade (49,0%/n=32.010).

**Tabela 7** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre Atenção integral à saúde no Brasil

Variáveis		n	%
<b>Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</b>	Sim	47391	72,5
	Sim, algumas vezes	13300	20,3
	Não	4166	6,4
	NR	534	0,8
	Total	65391	100,0
<b>O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?</b>	Sim	61504	94,1
	Não	3516	5,4
	NR	371	0,5
	Total	65391	100,0
<b>Nas consultas, o(s) profissional(ais) fazem anotações no prontuário ou ficha do(a) senhor(a)?</b>	Sim	62313	95,3
	Sim, algumas vezes	1472	2,3
	NR/ não lembra	1606	2,4
	Total	65391	100,0
	<b>Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?</b>	Sempre	31954
Na maioria das vezes		10301	15,8
Quase nunca		4766	7,2
Nunca		17357	26,5
Não sabe / NR		1013	1,5
Total		65391	100,0
<b>Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?</b>	Sempre	32010	49,0
	Na maioria das vezes	11798	18,0
	Quase nunca	4709	7,2
	Nunca	14647	22,4
	Não sabe / NR	2227	3,4
	Total	65391	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu.

Na tabela 8, em que são mostradas as variáveis sobre a atenção integral a saúde por regiões, deve ser destacado que a região Sudeste possui a maior proporção de usuários que referiram considerar que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde (73,9%/n=18.783), e que são orientados sobre outras necessidades de saúde que esse tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta (54,2%/n=13.765). Em contrapartida, a região Norte se destacou com a menor proporção de usuários que referiram que sempre os profissionais da equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade (36,4%/n=1.357) e fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde além

daquelas relacionadas com o motivo da consulta (40,6%/n=1.512).

**Tabela 8** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre atenção integral à saúde por regiões

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</b>	Sim	15077	69,9	2556	68,6	3061	70,6	7914	76,4	18783	73,9
	Sim,	4947	22,9	786	21,1	908	20,9	1945	18,8	4714	18,6
<b>O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?</b>	algumas vezes										
	Não	1371	6,4	346	9,3	333	7,7	414	4,0	1702	6,7
	NR	161	0,7	40	1,1	35	0,8	91	0,9	207	0,8
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Nas consultas, o(s) profissional(ais) fazem anotações no prontuário ou ficha do(a) senhor(a)?</b>	Sim	20007	92,8	3394	91,0	4065	93,7	9900	95,5	24138	95,0
	Não	1444	6,7	317	8,5	233	5,4	408	3,9	1114	4,4
	NR	105	0,5	17	0,5	39	0,9	56	0,5	154	0,6
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?</b>	Sim	20521	95,2	3558	95,4	4008	92,4	9876	95,3	24350	95,8
	Sim,	460	2,1	63	1,7	194	4,5	219	2,1	536	2,1
	algumas vezes										
	NR/ não lembra	575	2,7	107	2,9	135	3,1	269	2,6	520	2,0
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
	Sempre	9970	46,3	1512	40,6	1964	45,3	4743	45,8	13765	54,2
<b>Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?</b>	Na maioria das vezes	3489	16,2	591	15,9	651	15,0	1715	16,5	3855	15,2
	Quase nunca	1647	7,6	331	8,9	317	7,3	815	7,9	1656	6,5
	Nunca	6123	28,4	1215	32,6	1313	30,3	2929	28,3	5777	22,7
	Não sabe / NR	327	1,5	79	2,1	92	2,1	162	1,6	353	1,4
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?</b>	Sempre	9925	46,0	1357	36,4	2033	46,9	5324	51,4	13371	52,6
	Na maioria das vezes	3967	18,4	762	20,4	658	15,2	2004	19,3	4407	17,3
	Quase nunca	1566	7,3	337	9,0	276	6,4	674	6,5	1856	7,3
	Nunca	5391	25,0	1067	28,6	1240	28,6	2020	19,5	4929	19,4
	Não sabe / NR	707	3,3	205	5,5	130	3,0	342	3,3	843	3,3
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu.

Nas tabela 9 e 10 são visualizadas as distribuições de frequências das variáveis sobre vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado no Brasil e por regiões, respectivamente.

No Brasil, observado na Tabela 9, a maior parte dos usuários relatou que o médico deixa tempo suficiente, durante o atendimento, para o usuário falar sobre as suas

preocupações ou problemas (78,2%/n=51.115). A maioria dos usuários referiram que sempre são atendidos pelo mesmo médico na US (64,3%/n=42.065), que os profissionais da US lhe chamam pelo nome (91,4%/n=59.749), que os profissionais da unidade nunca costumam perguntar por seus familiares (41,6%/n=27.209), que os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas (48,1%/n=31.448), que sempre encontram facilidade para tirar dúvidas com os profissionais após as consultas indo à US (45,7 %/n=29.912). Também foi questionado se quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta na US, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento, e a maioria respondeu que nunca abandonou ou faltou (49,8%/n=32.563) seguido por “não” (23,7%/n=15.496) e quando os profissionais procuram, é visitando a casa do usuário (19,8%/n=12.955).

A maior parte dos entrevistados responderam que se sentem à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões (54,7%/n=35.796), que, quando precisam, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas (49,3%/n=32.242) e esta é marcada pela US e informada depois a eles (33,8%/n=22.114), que depois do atendimento especializado a equipe não conversa com eles (33,9%/n=22.166) e que encontram facilidade para saber dos resultados dos seus exames (65,7%/n=42.939). Quanto à visita do seu agente comunitário de saúde (ACS) 85,1% (n=55.624) referiram recebê-la e apenas 17,6% (n=11.527) recebem visitas de outros profissionais da equipe.

**Tabela 9** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado no Brasil

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?</b>	Sim	51115	78,2	
	Sim, algumas vezes	5578	8,5	
	Não	7145	10,9	
	Nunca fui atendido	660	1,0	
	NR	893	1,4	
	Total	65391	100,0	
<b>O usuário é atendido(a) pelo mesmo médico na unidade de saúde observada.</b>	Sempre	42065	64,3	
	Na maioria das vezes	11693	17,9	
	Quase nunca	7538	11,5	
	Nunca	3362	5,1	
	Pulou a questão	660	1,0	
	NR	73	0,1	
		Total	65391	100,0
		Total	65391	100,0
<b>Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?</b>	Sim	59749	91,4	
	Não	5546	8,5	
	NR	96	0,1	
	Total	65391	100,0	
<b>Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</b>	Sempre	22356	34,2	
	Na maioria das vezes	10006	15,3	
	Quase nunca	5102	7,8	
	Nunca	27209	41,6	
	NR	718	1,1	
	Total	65391	100,0	
<b>Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?</b>	Sim	31448	48,1	
	Sim, algumas vezes	10354	15,8	
	Não	20696	31,6	
	NR	2893	4,5	
	Total	65391	100,0	
<b>Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?</b>	Sempre	29912	45,7	
	Na maioria das vezes	8274	12,7	
	Quase nunca	3033	4,6	
	Nunca	6048	9,2	
	Não precisou tirar dúvidas	17628	27,0	
	NR	496	0,8	
	Total	65391	100,0	
<b>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?</b>	Sim	14082	21,5	
	Sim, algumas vezes	2347	3,6	
	Não	15496	23,7	
	Nunca abandonou ou faltou	32563	49,8	
	NR	903	1,4	
	Total	65391	100,0	

Continuação

Variáveis	Continua		
	n	%	
<b>O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?</b>	Sempre	35796	54,7
	Na maioria das vezes	8723	13,3
	Quase nunca	4263	6,5
	Nunca	15611	23,9
	NR	998	1,5
	Total	65391	100,0
<b>Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?</b>	Sim	32242	49,3
	Sim, algumas vezes	8723	13,3
	Não	6101	9,3
	Nunca precisou	17792	27,2
	NR	533	0,8
	Total	65391	100,0
<b>O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?</b>	Sim	42939	65,7
	Sim, algumas vezes	10056	15,4
	Não	12234	18,7
	NR	162	,2
	Total	65391	100,0
<b>O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?</b>	Sim	55624	85,1
	Não	9131	14,0
	Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro	467	0,7
	NR	169	0,3
	Total	65391	100,0
	<b>Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do senhor?</b>	Sim	11527
Sim, algumas vezes		7790	11,9
Não		45552	69,7
NR		522	0,8
Total		65391	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu.

Na tabela 10, pode-se destacar que quando perguntado se dentro da US os usuários eram atendidos pelo mesmo médico, a resposta “sempre” teve uma menor proporção na região Norte (50,8%) e maior na região Sudeste (68,4%). A região Norte se destacou com uma maior proporção da resposta “não” (31,9 %) quando perguntado se os profissionais procuram os usuários para saber o que aconteceu e retomar o atendimento quando ele interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta na US. Quando questionado se sentem à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões, a resposta “sempre” teve maior proporção na região Sul (60,1%) e menor na região Centro-Oeste (50,5%). Vale destacar que 59,5% dos usuários da

região Sul referiram que os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialista e apenas 36,1% da região Norte responderam o mesmo.

**Tabela 10** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado por regiões

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?</b>	Sim	16369	75,9	2655	71,2	3362	77,5	8351	80,6	20378	80,2
	Sim, algumas vezes	1740	8,1	376	10,1	428	9,9	951	9,2	2083	8,2
	Não	2657	12,3	592	15,9	458	10,6	905	8,7	2533	10,0
	Nunca fui atendido	423	2,0	18	,5	28	,6	49	,5	142	,6
	NR	367	1,7	87	2,3	61	1,4	108	1,0	270	1,1
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>O usuário é atendido(a) pelo mesmo médico na unidade de saúde observada.</b>	Sempre	14051	65,2	1894	50,8	2725	62,8	6026	58,1	17369	68,4
	Na maioria das vezes	3605	16,7	813	21,8	910	21,0	2361	22,8	4004	15,8
	Quase nunca	2251	10,4	629	16,9	507	11,7	1341	12,9	2810	11,1
	Nunca	1209	5,6	371	10,0	161	3,7	576	5,6	1045	4,1
	Pulou a questão	423	2,0	18	,5	28	,6	49	,5	142	,6
	NR	17	,1	3	,1	6	,1	11	,1	36	,1
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</b>	Sempre	7020	32,6	960	25,8	1303	30,0	3163	30,5	9910	39,0
	Na maioria das vezes	3380	15,7	524	14,1	559	12,9	1738	16,8	3805	15,0
	Quase nunca	1603	7,4	339	9,1	273	6,3	987	9,5	1900	7,5
	Nunca	9367	43,5	1838	49,3	2132	49,2	4360	42,1	9512	37,4
	NR	186	0,9	67	1,8	70	1,6	116	1,1	279	1,1
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

Continua

Continuação

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?</b>	Sim	9781	45,4	1600	42,9	1918	44,2	4949	47,8	13200	52,0
	Sim, algumas vezes	3535	16,4	518	13,9	596	13,7	1836	17,7	3869	15,2
	Não	7270	33,7	1501	40,3	1622	37,4	3073	29,7	7230	28,5
	NR	970	4,5	109	2,9	201	4,6	506	4,9	1107	4,4
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?</b>	Sempre	9939	46,1	1395	37,4	1673	38,6	4790	46,2	12115	47,7
	Na maioria das vezes	2780	12,9	553	14,8	479	11,0	1378	13,3	3084	12,1
	Quase nunca	878	4,1	221	5,9	220	5,1	516	5,0	1198	4,7
	Nunca	1973	9,2	461	12,4	388	8,9	956	9,2	2270	8,9
	Não precisou tirar dúvidas	5828	27,0	1044	28,0	1540	35,5	2659	25,7	6557	25,8
	NR	158	,7	54	1,4	37	,9	65	,6	182	,7
Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0	
<b>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?</b>	Sim	4330	20,1	813	21,8	743	17,1	1993	19,2	6203	24,4
	Sim, algumas vezes	955	4,4	149	4,0	125	2,9	295	2,8	823	3,2
	Não	5389	25,0	1189	31,9	1119	25,8	2447	23,6	5352	21,1
	Nunca	10584	49,1	1492	40,0	2284	52,7	5487	52,9	12716	50,1
	abandonou ou faltou	298	1,4	85	2,3	66	1,5	142	1,4	312	1,2
	NR	298	1,4	85	2,3	66	1,5	142	1,4	312	1,2
Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0	
<b>O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?</b>	Sempre	11549	53,6	1685	45,2	2191	50,5	6225	60,1	14146	55,7
	Na maioria das vezes	2813	13,0	518	13,9	585	13,5	1387	13,4	3420	13,5
	Quase nunca	1223	5,7	279	7,5	387	8,9	606	5,8	1768	7,0
	Nunca	5668	26,3	1152	30,9	1102	25,4	1992	19,2	5697	22,4
	NR	303	1,4	94	2,5	72	1,7	154	1,5	375	1,5
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

Continua

Variáveis		Continuação									
		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?</b>	Sim	9060	42,0	1347	36,1	1776	40,9	6171	59,5	13888	54,7
	Sim, algumas vezes	3018	14,0	514	13,8	520	12,0	1306	12,6	3365	13,2
	Não	2550	11,8	536	14,4	441	10,2	634	6,1	1940	7,6
	Nunca	6755	31,3	1308	35,1	1570	36,2	2173	21,0	5986	23,6
	NR	173	0,8	23	0,6	30	0,7	80	0,8	227	0,9
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?</b>	Sim	12399	57,5	2200	59,0	2852	65,8	7393	71,3	18095	71,2
	Sim, algumas vezes	3988	18,5	576	15,5	643	14,8	1449	14,0	3400	13,4
	Não	5111	23,7	946	25,4	829	19,1	1491	14,4	3857	15,2
	NR	58	0,3	6	0,2	13	0,3	31	0,3	54	0,2
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?</b>	Sim	18235	84,6	3073	82,4	3504	80,8	8615	83,1	22197	87,4
	Não	3075	14,3	612	16,4	751	17,3	1639	15,8	3054	12,0
	Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro	182	0,8	38	1,0	68	1,6	79	0,8	100	0,4
	NR	64	0,3	5	0,1	14	0,3	31	,3	55	0,2
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do senhor?</b>	Sim	3601	16,7	795	21,3	807	18,6	1468	14,2	4856	19,1
	Sim, algumas vezes	2842	13,2	313	8,4	369	8,5	908	8,8	3358	13,2
	Não	14969	69,4	2595	69,6	3119	71,9	7889	76,1	16980	66,8
	NR	144	0,7	25	0,7	42	1,0	99	1,0	212	0,8
Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0	

NR= Não sabe/Não respondeu.

Nas tabelas 11 e 12 apresenta-se a análise descritiva das variáveis sobre satisfação do usuário no Brasil e por regiões, respectivamente.

No Brasil, de acordo com a tabela 11, a maioria dos usuários responderam que a falta de material ou equipamento nunca costuma prejudicar seu atendimento (65,2%/n=42.640), que algumas vezes a medicação está disponível na US quando o profissional receita um remédio (51,4%/n=33.615), que as instalações da US estão em boas condições de uso(78,3%/n=51.227), em boas condições de limpeza (85,5%/n=55.935) e tem a quantidade

de cadeiras suficientes para as pessoas sentarem no local de espera (55,0 %/n=35.957). Quanto ao cuidado que recebem da equipe a maioria respondeu “bom”, tanto em relação ao próprio usuário (57,2 %/n=37.383), quanto em relação a sua família (54,7%/n=35.760). Quando questionado que, se tivesse a opção, mudaria de equipe ou US, a maioria respondeu “não” (82,4%/n=53.902) e que recomendaria a US para um amigo ou familiar (85,3%/n=55.801).

**Tabela 11** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre satisfação do usuário no Brasil

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Quando o(a) senhor(a) procura atendimento nesta unidade, a falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento?</b>	Sim, sempre	6711 10,3
	Sim, algumas vezes	14703 22,5
	Nunca	42640 65,2
	NR	1337 2,0
	Total	65391 100,0
<b>Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?</b>	Sim, sempre	20009 30,6
	Sim, algumas vezes	33615 51,4
	Esta unidade não entrega medicamento	6262 9,6
	Nunca	4454 6,8
	NR	1051 1,6
	Total	65391 100,0
<b>De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações da unidade de saúde:*</b>	Estão em boas condições de uso	51227 78,3
	Estão em boas condições de limpeza	55935 85,5
	Tem a quantidade de cadeiras suficientes para as pessoas sentarem no local de espera	35957 55,0
	Nenhuma das anteriores	106 0,2
	Total	65391 100,0
<b>Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:</b>	Muito bom	14174 21,7
	Bom	37383 57,2
	Regular	12330 18,9
	Ruim	914 1,4
	Muito ruim	386 0,6
	NR	204 0,3
	Total	65391 100,0
<b>Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é:</b>	Muito bom	12682 19,4
	Bom	35760 54,7
	Regular	11410 17,4
	Ruim	1389 2,1
	Muito ruim	455 0,7
	Não tem familiares que utilizam a unidade	2796 4,3
	NR	899 1,4
	Total	65391 100,0

Continua

Variáveis	Continuação		
		F	%
<b>Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?</b>	Sim	11379	17,4
	Não	53902	82,4
	NR	110	0,2
	Total	65391	100,0
<b>O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?</b>	Sim	55801	85,3
	Não	9470	14,5
	NR	120	0,2
	Total	65391	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu.

Na tabela 12, destaca-se que a região que os usuários mais referiram que a falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento como a região Norte (20,6 % “Sim, sempre” e 29,3% “Sim, algumas vezes”) e a que menos, foi a região Sul (5,5% “Sim, sempre” e 16,8% “Sim, algumas vezes”). A região Norte é a região que se diferencia das demais em relação a satisfação com as instalações das US, pois tem o menor percentual nas respostas às afirmações: estão em boas condições de uso (63,4%), estão em boas condições de limpeza (69,6%), tem a quantidade de cadeiras suficientes para as pessoas sentarem no local de espera (38,5%), e a região Sul com a maior: 85,0%, 90,6% e 62,3%, respectivamente. É mister destacar que 27,3% (n=1018) dos usuários da região Sudeste mudariam de equipe caso tivessem essa opção e apenas 14,3% (n=1481), no Sul.

**Tabela 12** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre satisfação do usuário por regiões

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Quando o(a) senhor(a) procura atendimento nesta unidade, a falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento?</b>	Sim, sempre	2800	13,0	769	20,6	578	13,3	566	5,5	1998	7,9
	Sim, algumas vezes	6297	29,2	1093	29,3	1052	24,3	1745	16,8	4516	17,8
	Nunca	12084	56,1	1772	47,5	2567	59,2	7847	75,7	18370	72,3
	NR	375	1,7	94	2,5	140	3,2	206	2,0	522	2,1
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?</b>	Sim, sempre	6828	31,7	830	22,3	1023	23,6	2967	28,6	8361	32,9
	Sim, algumas vezes	12041	55,9	2143	57,5	2106	48,6	6123	59,1	11202	44,1
	Esta unidade não entrega medicamento	1009	4,7	329	8,8	646	14,9	524	5,1	3754	14,8
	Nunca	1366	6,3	363	9,7	437	10,1	586	5,7	1702	6,7
	NR	312	1,4	63	1,7	125	2,9	164	1,6	387	1,5
Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0	

Continua

Continuação

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações da unidade de saúde:</b>	Estão em boas condições de uso	16068	74,5	2365	63,4	3187	73,5	8813	85,0	20794	81,8
	Estão em boas condições de limpeza	18316	85,0	2596	69,6	3475	80,1	9392	90,6	22156	87,2
	Tem a quantidade de cadeiras suficientes para as pessoas sentarem no local de espera	10423	48,4	1436	38,5	2238	51,6	6454	62,3	15406	60,6
	Nenhuma das anteriores	28	0,1	2	0,1	14	0,3	21	0,2	41	0,2
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:</b>	Muito bom	3548	16,5	376	10,1	874	20,2	2639	25,5	6737	26,5
	Bom	12426	57,6	2107	56,5	2555	58,9	6151	59,3	14144	55,7
	Regular	5034	23,4	1095	29,4	816	18,8	1421	13,7	3964	15,6
	Ruim	344	1,6	104	2,8	47	1,1	85	0,8	334	1,3
	Muito ruim	136	0,6	36	1,0	25	0,6	37	0,4	152	0,6
	NR	68	0,3	10	0,3	20	0,5	31	0,3	75	0,3
Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0	
<b>Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é:</b>	Muito bom	3073	14,3	350	9,4	761	17,5	2429	23,4	6069	23,9
	Bom	12147	56,4	1967	52,8	2416	55,7	5889	56,8	13341	52,5
	Regular	4672	21,7	1020	27,4	745	17,2	1342	12,9	3631	14,3
	Ruim	544	2,5	130	3,5	81	1,9	147	1,4	487	1,9
	Muito ruim	167	0,8	35	0,9	26	0,6	55	0,5	172	0,7
	Não tem familiares que utiliza a unidade	700	3,2	166	4,5	238	5,5	385	3,7	1307	5,1
	NR	253	1,2	60	1,6	70	1,6	117	1,1	399	1,6
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?</b>	Sim	4270	19,8	1018	27,3	762	17,6	1481	14,3	3848	15,1
	Não	17255	80,0	2708	72,6	3561	82,1	8861	85,5	21517	84,7
	NR	31	0,1	2	0,1	14	0,3	22	0,2	41	0,2
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0
<b>O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?</b>	Sim	18068	83,8	3060	82,1	3679	84,8	9291	89,6	21703	85,4
	Não	3450	16,0	666	17,9	644	14,8	1050	10,1	3660	14,4
	NR	38	0,2	2	0,1	14	0,3	23	0,2	43	0,2
	Total	21556	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu.

Nas tabelas 13 e 14 é visualizada a análise descritiva das variáveis sobre participação e interação dos usuários na US no Brasil e por regiões, respectivamente.

Na tabela 13, evidencia-se que no Brasil, 65,3% (n=42.730) dos usuários nunca precisaram fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde e que 17,2 % (n=11.232) conseguem fazê-la.

**Tabela 13** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre participação e interação dos usuários na US do Brasil

Variáveis		F	%
<b>Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?</b>	Sim	11232	17,2
	Sim, mas com dificuldade	2227	3,4
	Não	8658	13,2
	Nunca precisou	42730	65,3
	NR	544	0,8
	Total	65391	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu.

Conforme demonstrado na tabela 14, quanto à participação e interação dos usuários na US, a região Sul se destaca, pois apresenta os maiores percentuais: 22,6% (n=2.343) dos usuários responderam que conseguem fazer uma reclamação ou sugestão na US, e a região Centro-oeste pelo menor percentual 13,3% (n=575).

**Tabela 14** - Distribuição de frequência da amostra segundo as variáveis sobre participação e interação dos usuários por regiões.

Variáveis		NE		N		CO		S		SE	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?</b>	Sim	3189	14,8	637	17,1	575	13,3	2343	22,6	4488	17,7
	Sim, mas com dificuldade	804	3,7	160	4,3	114	2,6	411	4,0	738	2,9
	Não	2863	13,3	684	18,3	541	12,5	825	8,0	3745	14,7
	Nunca precisou	1453	67,4	2205	59,1	3071	70,8	6717	64,8	16207	63,8
	NR	170	0,8	42	1,1	36	0,8	68	0,7	228	0,9
	Total	2155	100,0	3728	100,0	4337	100,0	10364	100,0	25406	100,0

NR= Não sabe/ Não respondeu.

Por fim, faz-se necessário destacar a única variável contínua “nota de zero a dez atribuída pelo usuário para a sua satisfação com cuidado recebido na US”. Na tabela 15, apresenta-se a média e o desvio-padrão para as notas atribuídas pelos usuários e na tabela 16, mostra-se a frequência e percentagem dessas notas. Pode-se perceber que a grande maioria

dos usuários atribuíram nota a sua satisfação com o cuidado recebido, e que essa nota foi maior que 7 (sete). A média do Brasil se situou em 8,36 e a região do país que obteve a menor média foi a região Norte com 7,86.

**Tabela 15** - Média e desvio-padrão das notas de zero a dez atribuída pelo o usuário para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade

REGIÃO	n	Média	DP
BRASIL	64613	8,38	1,922
CENTRO-OESTE	4266	8,31	1,920
NORDESTE	21252	8,35	1,979
NORTE	3677	7,86	2,168
SUDESTE	25147	8,43	1,929
SUL	10271	8,55	1,634

**Tabela 16** - Distribuição de frequência da amostra segundo a variável nota de zero a dez atribuída pelo usuário para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade

Variável	BR		NE		N		CO		S		SE	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>0</b>	762	1,2	308	1,4	81	2,2	43	1,0	49	0,5	281	1,1
<b>1</b>	146	0,2	57	0,3	11	0,3	7	0,2	12	0,1	59	0,2
<b>2</b>	291	0,4	92	0,4	27	0,7	18	0,4	35	0,3	119	0,5
<b>3</b>	359	0,5	102	0,5	36	1,0	36	0,8	39	0,4	146	0,6
<b>4</b>	563	0,9	187	0,9	32	0,9	40	0,9	70	0,7	234	0,9
<b>5</b>	4007	6,1	1379	6,4	367	9,8	288	6,6	432	4,2	1541	6,1
<b>6</b>	2584	4,0	898	4,2	191	5,1	200	4,6	325	3,1	970	3,8
<b>7</b>	6049	9,3	1945	9,0	455	12,2	411	9,5	925	8,9	2313	9,1
<b>8</b>	14245	21,8	4640	21,5	907	24,3	977	22,5	2540	24,5	5181	20,4
<b>9</b>	10412	15,9	3378	15,7	518	13,9	643	14,8	2025	19,5	3848	15,1
<b>10</b>	25195	38,5	8266	38,3	1052	28,2	1603	37,0	3819	36,8	10455	41,2
<b>Total que atribuíram notas</b>	64613	98,8	4266	21252	98,6	3677	98,6	4266	98,4	10271	99,1	25147
<b>NR</b>	778	1,2	71	304	1,4	51	1,4	71	1,6	93	0,9	259
<b>Total</b>	65391	100,0	4337	21556	100	3728	100	4337	100,0	10364	100,0	25406

NR= Não sabe/ Não respondeu.

## 4.2 MODELOS DE DECISÃO

Neste tópico serão apresentados os resultados dos ajustes dos modelos de regressão logística binário com os dados do Brasil e suas regiões incluindo as estimativas dos parâmetros  $\beta$ , intervalos de confiança para  $\beta$ , P-valores, OR e intervalos de confiança para OR. Para avaliar o ajuste do modelo usou-se a análise da função desvio ou *deviance*, da curva ROC e da Validação Cruzada.

#### 4.2.1 Modelo Logístico para o Brasil

Na tabela 17 é apresentado o modelo logístico ajustado com os dados do Brasil do Módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ que passaram pelos critérios de inclusão de variáveis e casos (n=46991), descritos no item 3.2. Utilizando um nível de significância de 95%, 28 variáveis estão diretamente associadas no Brasil com o desfecho satisfação dos usuários com os serviços.

**Tabela 17** - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados do Brasil

<b>BRASIL</b>				
<b>Variável</b>	<b>β</b>	<b>DP</b>	<b>P Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<i>Intercepto</i>	3,58	0,1323	<0,0001**	35,70 (27,63 - 46,42)
<b>III.4.6- Sexo</b>				
Masculino (referência)				1
Feminino	0,16	0,0366	<0,0001**	1,17(1,09 - 1,26)
<b>III.4.7- Qual é a Idade do(a) senhor(a)?</b>				
	0,01	0,0009	<0,0001**	1,01(1,01 - 1,01)
<b>III.4.14- O(a) senhor(a) tem trabalho remunerado atualmente?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,17	0,0298	<0,0001**	0,85(0,80 - 0,90)
<b>III.5.2- O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?</b>				
Perto (referência)				1
Razoável	-0,38	0,0331	<0,0001**	0,68(0,64 - 0,73)
Longe	-0,18	0,0394	<0,0001**	0,84(0,77 - 0,90)
<b>III.5.3- O(a) senhor(a) acha que as placas de identificação dos lugares dentro da unidade facilitam encontrá-los? (exs.: consultórios, banheiros, salas de vacina etc.).</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,21	0,0507	<0,0001**	0,81(0,73 - 0,89)
Sim, algumas placas	0,01	0,0601	0,8415	1,01(0,90 - 1,14)
Não percebi ou não há placas na unidade	-0,23	0,0501	<0,0001**	0,80(0,72 - 0,88)
<b>III.5.4- A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,35	0,0642	<0,0001**	0,71(0,62 - 0,80)
<b>III.5.7- O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,61	0,0363	<0,0001**	0,54(0,51 - 0,58)

Continua

Continuação

BRASIL				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
<i>Intercepto</i>	3,58	0,1323	<0,0001**	35,70 (27,63 - 46,42)
<b>III.6.1- Na maioria das vezes, como o(a) senhor(a) faz para marcar consulta na unidade de saúde?</b>				
Marca por telefone				1
Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer hora	-0,46	0,1113	0,0001**	0,63(0,51 - 0,78)
Vai à unidade, mas tem que pegar ficha	-0,51	0,1119	<0,0001**	0,60(0,48 - 0,75)
Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde	-0,67	0,1109	<0,0001**	0,51(0,41 - 0, 63)
O agente comunitário de saúde marca a consulta	-0,44	0,1170	0,0002**	0,64(0,51 - 0,81)
Não faz marcação nesta unidade	-0,54	0,1336	<0,0001**	0,58(0,45 - 0,75)
<b>III.6.2- Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita todos os dias da semana</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,17	0,0282	<0,0001**	0,84(0,80 - 0,89)
<b>III.6.3- Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,18	0,0286	<0,0001**	0,84(0,79 - 0,89)
<b>III.7.1- 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)?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,55	0,0342	<0,0001**	0,58(0,54 - 0,62)
Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	-0,20	0,0406	<0,0001**	0,82(0,75 - 0,88)
<b>III.7.6- O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?</b>				
Sim, sempre (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,71	0,0478	<0,0001**	0,49(0,45 - 0,54)
Não	-0,82	0,0845	<0,0001**	0,44(0,37 - 0,52)
<b>III.8.1- Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,58	0,0318	<0,0001**	0,56(0,52 - 0,59)
Não	-0,95	0,0546	<0,0001**	0,39(0,35 - 0,43)

Continua

Continuação

<b>BRASIL</b>				
<b>Variável</b>	<b>β</b>	<b>DP</b>	<b>P Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<i>Intercepto</i>	3,58	0,1323	<0,0001**	35,70 (27,63 - 46,42)
<b>III.8.2- O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,53	0,0546	<0,0001**	0,59(0,53 - 0,66)
<b>III.8.7 -Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,07	0,0421	0,1067	0,93(0,86 - 1,01)
Quase nunca	-0,31	0,0516	<0,0001**	0,73(0,66 - 0,81)
Nunca	-0,32	0,0348	<0,0001**	0,73(0,68 - 0,78)
<b>III_8_8- Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,09	0,0388	0,0212*	0,91(0,85 - 0,99)
Quase nunca	-0,25	0,0507	<0,0001**	0,78(0,70 - 0,86)
Nunca	-0,31	0,0352	<0,0001**	0,73(0,68 - 0,79)
<b>III.9.1- Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,23	0,0453	<0,0001**	0,80(0,73 - 0,87)
Não	-0,28	0,0415	<0,0001**	0,76(0,70 - 0,82)
<b>III.9.7- Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico:</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,12	0,0357	0,0006**	0,89(0,83 - 0,95)
Quase nunca	-0,20	0,0408	<0,0001**	0,82(0,76 - 0,89)
Nunca	-0,22	0,0629	0,0004**	0,80(0,71 - 0,91)
<b>III.9.12- Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	0,07	0,0469	0,1122	1,08(0,98 - 1,18)
Quase nunca	-0,22	0,0543	0,0001**	0,80(0,72 - 0,89)
Nunca	-0,43	0,0366	<0,0001**	0,65(0,60 - 0,70)
<b>III.9.13- Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,03	0,0407	0,3937	0,97(0,89 - 1,05)
Não	-0,32	0,0327	<0,0001**	0,73(0,68 - 0,77)

Continua

Continuação

BRASIL				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
<i>Intercepto</i>	3,58	0,1323	<0,0001**	35,70 (27,63 - 46,42)
<b>III.9.14- Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,05	0,0427	0,2010	0,95(0,87 - 1,03)
Quase nunca	-0,29	0,0584	<0,0001**	0,75(0,67 - 0,84)
Nunca	-0,40	0,0469	<0,0001**	0,67(0,61 - 0,73)
Não precisou tirar dúvidas	-0,09	0,0367	0,0159*	0,92(0,85 - 0,98)
<b>III.9.16- 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?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,11	0,0776	0,1414	0,89(0,77 - 1,04)
Não	-0,33	0,0429	<0,0001**	0,72(0,66 - 0,78)
Nunca abandonou ou faltou	0,00	0,0404	0,9277	1,00(0,93 - 1,09)
<b>III.9.18- O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,13	0,0420	0,0019**	0,88(0,81 - 0,95)
Quase nunca	-0,29	0,0518	<0,0001**	0,75(0,67 - 0,83)
Nunca	-0,42	0,0341	<0,0001**	0,65(0,61 - 0,70)
<b>III.9.19- Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?</b>				
Sim, sempre (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,23	0,0392	<0,0001**	0,79(0,73 - 0,86)
Não	-0,31	0,0454	<0,0001**	0,74(0,67 - 0,80)
Nunca precisou	-0,07	0,0347	0,0421*	0,93(0,87 - 1,00)
<b>III.9.22- O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?</b>				
Sim, sempre (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,22	0,0368	<0,0001**	0,80(0,74 - 0,86)
Não	-0,30	0,0354	<0,0001**	0,74(0,69 - 0,79)
<b>III.9.23- O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o (a) senhor (a) na sua casa?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,29	0,0368	<0,0001**	0,75(0,70 - 0,81)
Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro	-0,20	0,1501	0,1867	0,82(0,61 - 1,11)
<b>III.9.24- Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,08	0,0574	0,1515	0,92(0,82 - 1,03)
Não	-0,27	0,0422	<0,0001**	0,76(0,70 - 0,83)

Continua

Continuação

BRASIL				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
<i>Intercepto</i>	3,58	0,1323	<0,0001**	35,70 (27,63 - 46,42)
<b>III.19.1- Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, mas com dificuldade	-0,54	0,0679	<0,0001**	0,58(0,51 - 0,66)
Não	-0,24	0,0453	<0,0001**	0,78(0,72 - 0,86)
Nunca precisou	0,31	0,0365	<0,0001**	1,36(1,27 - 1,47)

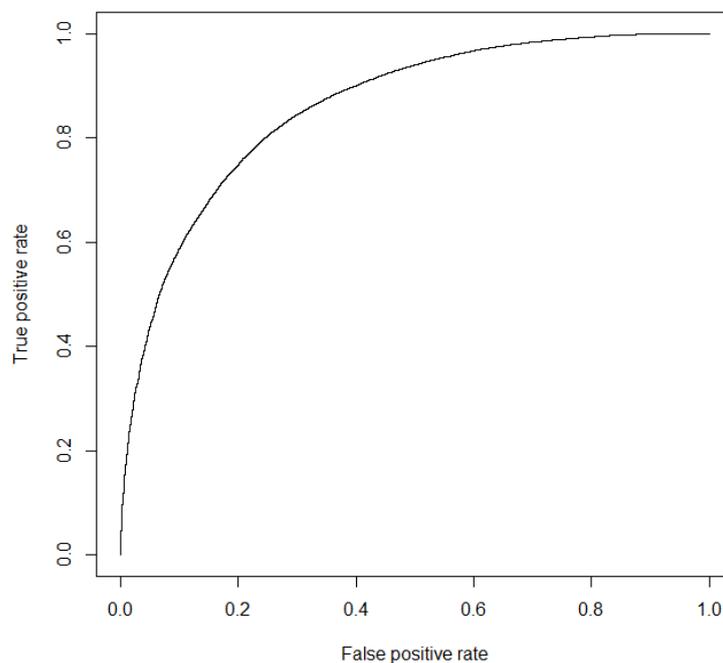
\* Categoria significativa a 5%; \*\* Categoria significativa a 1%

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio obteve um valor de 35744,61 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição qui-quadrado (47433,05) de referência, com 46928 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Quanto à estimativa de precisão do modelo obteve-se um valor de 0,834 para o conjunto de dados completo, enquanto o ajuste obtido por meio da validação cruzada apontou um valor de 0,833, sendo a estimativa de imprecisão para o modelo completo de 0,167 e também 0,167 para aquele sob validação cruzada.

Na figura 2 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC, que obteve uma AUC igual a 0,859. Como esse valor está entre  $0,8 \leq AUC < 0,9$  considera-se que esse modelo quanto ao desempenho é bom.

No quadro 5 apresenta-se a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ( $c=0,794$ ) com a máxima sensibilidade ( $s=0,77$ ) e especificidade ( $e=0,77$ ) da curva ROC.

**Figura 2** - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística do Brasil**Quadro 5** - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Brasil

Valores Observados	Valores Estimados		
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	Total
Insatisfeito (0)	8437 (18,0%)	8277 (17,6%)	16714 (35,6%)
Satisfeito (1)	2527 (5,4%)	27750 (59,0%)	30277 (64,4%)
Total	10964 (23,4%)	36028 (76,6%)	46991 (100%)

#### 4.2.2 Modelo Logístico para a região o Nordeste

Na tabela 18 é apresentado o modelo logístico ajustado com os dados da região Nordeste do módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ que passaram pelos critérios de inclusão de variáveis e casos ( $n=15324$ ) descritos no item 3.2. Utilizando um nível de significância de 95%, 20 variáveis são significantes para o modelo ajustado considerando a região Nordeste, com o desfecho satisfação dos usuários com os serviços.

**Tabela 18** - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Nordeste

<b>NORDESTE</b>				
<b>Variável</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>DP</b>	<b>P Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<i>Intercepto</i>	2,62	0,1290	<0,0001**	13,67(10,63 - 17,63)
<b>III.4.6- Sexo</b>				
Masculino (referência)				1
Feminino	0,24	0,0654	0,0002**	1,27(1,12 - 1,44)
<b>III_4_7- Qual é a Idade do(a) senhor(a)?</b>				
	0,01	0,0015	<0,0001**	1,01(1,01 - 1,01)
<b>III.5.2- O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?</b>				
Perto (referência)				
Razoável	-0,33	0,0546	<0,0001**	0,72(0,64 - 0,80)
Longe	-0,09	0,0649	0,1822	0,92(0,81 - 1,04)
<b>III.5.4- A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,35	0,0859	<0,0001**	0,70(0,59 - 0,83)
<b>III.5.7- O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,69	0,0613	<0,0001**	0,50(0,44 - 0,57)
<b>III.6.3- Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,21	0,0450	<0,0001**	0,81(0,74 - 0,88)
<b>III.7.1- 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)?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,64	0,0567	<0,0001**	0,53(0,47 - 0,59)
Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	-0,15	0,0629	0,0185*	0,86(0,76 - 0,98)
<b>III.7.6- O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?</b>				
Sim, sempre (referência)				
Sim, algumas vezes	-0,89	0,0824	<0,0001**	0,41(0,35 - 0,48)
Não	-0,77	0,1467	<0,0001**	0,46(0,35 - 0,62)
<b>III.8.1- Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,63	0,0508	<0,0001**	0,54(0,48 - 0,59)
Não	-0,95	0,0989	<0,0001**	0,39(0,32 - 0,47)
<b>III.8.2- O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,56	0,0854	<0,0001**	0,57(0,48 - 0,68)

Continua

Continuação

<b>NORDESTE</b>				
<b>Variável</b>	<b>β</b>	<b>DP</b>	<b>P Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<i>Intercepto</i>	2,62	0,1290	<0,0001**	13,67(10,63 – 17,63)
<b>III.8.8- Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?</b>				
Sempre (referência)				
Na maioria das vezes	-0,16	0,0617	0,0099**	0,85(0,76 - 0,96)
Quase nunca	-0,34	0,0828	0,0001**	0,72(0,61 - 0,84)
Nunca	-0,45	0,0558	<0,0001**	0,64(0,57 - 0,71)
<b>III.9.1- Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?</b>				
Sim (referência)				
Sim, algumas vezes	-0,38	0,0756	<0,0001**	0,68(0,59 - 0,79)
Não	-0,32	0,0655	<0,0001**	0,72(0,64 - 0,82)
<b>III.9.12- Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,05	0,0745	0,5112	0,95(0,82 - 1,10)
Quase nunca	-0,33	0,0909	0,0002**	0,72(0,60 - 0,86)
Nunca	-0,58	0,0593	<0,0001**	0,56(0,50 - 0,63)
<b>III.9.13- Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,15	0,0644	0,0164*	0,86(0,76 - 0,97)
Não	-0,42	0,0533	<0,0001**	0,65(0,59 - 0,73)
<b>III.9.16- 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?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,03	0,1159	0,7799	0,97(0,77 - 1,22)
Não	-0,36	0,0702	<0,0001**	0,70(0,61 - 0,80)
Nunca abandonou ou faltou	0,02	0,0651	0,7911	1,02(0,90 - 1,16)
<b>III.9.18- O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,20	0,0680	0,0031**	0,82(0,72 - 0,93)
Quase nunca	-0,39	0,0904	<0,0001**	0,68(0,57 - 0,81)
Nunca	-0,49	0,0545	<0,0001**	0,61(0,55 - 0,68)
<b>III.9.22- O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?</b>				
Sim, sempre (referência)				
Sim, algumas vezes	-0,20	0,0585	0,0008**	0,82(0,73 - 0,92)
Não	-0,27	0,0555	<0,0001**	0,77(0,69 - 0,85)

Continua

Continuação

NORDESTE				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
<i>Intercepto</i>	2,62	0,1290	<0,0001**	13,67(10,63 – 17,63)
<b>III.9.23- O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o (a) senhor (a) na sua casa?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,28	0,0611	<0,0001**	0,76(0,67 - 0,85)
Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro	-0,34	0,2196	0,1223	0,71(0,46 - 1,10)
<b>III.9.24- Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)				
Sim, algumas vezes	-0,01	0,0931	0,9256	0,99(0,83 - 1,19)
Não	-0,38	0,0708	<0,0001**	0,69(0,60 - 0,79)
<b>III.19.1- Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, mas com dificuldade	-0,72	0,1164	<0,0001**	0,49(0,39 - 0,61)
Não	-0,24	0,0790	0,0024**	0,79(0,67 - 0,92)
Nunca precisou	0,25	0,0626	<0,0001**	1,29(1,14 - 1,46)

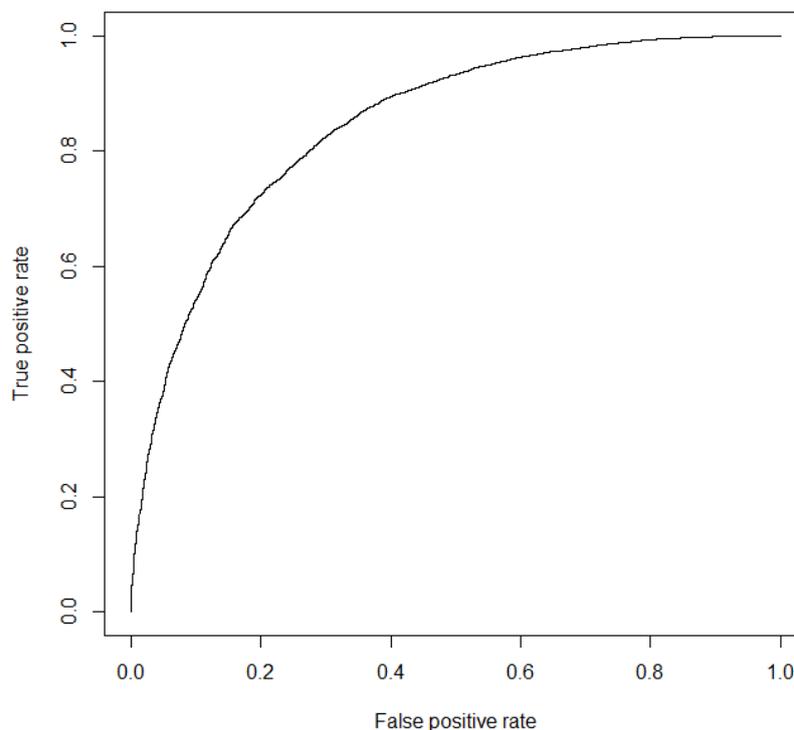
\* Significativo a 5%; \*\* Significativo a 1%

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio nesse modelo obteve um valor de 12946,75 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição qui-quadrado (15572,71) de referência, com 15284 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Quanto à estimativa de precisão do modelo obteve-se um valor de 0,810 para o conjunto de dados completo, enquanto o ajuste obtido por meio da validação cruzada apontou um valor de 0,808. Sendo a estimativa de imprecisão para o modelo completo de 0,19 e também 0,19 para aquele sob validação cruzada.

Na figura 3 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC que obteve um AUC igual a 0,845, indicando que o modelo obtido tem desempenho bom.

No quadro 6 apresenta-se a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ( $c=0,743$ ) com a máxima sensibilidade ( $s=0,762$ ) e especificidade ( $e=0,761$ ) da curva ROC.

**Figura 3** - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Nordeste**Quadro 6** - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística da região Nordeste

Valores Observados	Valores Estimados		
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	Total
Insatisfeito (0)	3333 (21,8%)	2611 (17,0%)	5944 (38,8%)
Satisfeito (1)	1041 (6,8%)	8339 (54,4%)	9380 (61,2%)
Total	4374 (28,6%)	10951 (71,4%)	15324 (100%)

#### 4.2.3 Modelo Logístico para a região o Norte

Na tabela 19 apresenta-se o modelo logístico ajustado com os dados do Norte do módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ que passaram pelos critérios de inclusão de variáveis e casos (n=2544) descritos no item 3.2. Utilizando um nível de significância de 95%, 10 variáveis são significantes para o modelo ajustado considerando a região Norte, com o desfecho satisfação dos usuários com os serviços.

**Tabela 19** - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Norte

<b>NORTE</b>				
<b>Variável</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>DP</b>	<b>P Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<i>Intercepto</i>	2,71	0,1503	<0,0001**	15,01(11,24 - 20,27)
<b>III.5.7- O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,87	0,1380	<0,0001**	0,42(0,32 - 0,55)
<b>III.6.2- Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita todos os dias da semana</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,31	0,1000	0,0017**	0,73(0,60 - 0,89)
<b>III.7.1- 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)?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,75	0,1224	<0,0001**	0,47(0,37 - 0,60)
Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	-0,35	0,1459	0,0167 *	0,71(0,53 - 0,94)
<b>III.7.6- O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?</b>				
Sim, sempre (referência)				
Sim, algumas vezes	-0,71	0,1635	<0,0001**	0,49(0,35 - 0,67)
Não	-0,93	0,2850	0,0011**	0,39(0,22 - 0,68)
<b>III.8.1- Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</b>				
Sim (referência)				
Sim, algumas vezes	-0,83	0,1195	<0,0001**	0,44(0,34 - 0,55)
Não	-1,08	0,1915	<0,0001**	0,34(0,23 - 0,49)
<b>III.8.2- O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,76	0,1873	0,0001**	0,47(0,32 - 0,67)
<b>III.9.12- Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</b>				
Sempre (referência)				
Na maioria das vezes	-0,12	0,1722	0,4951	0,89(0,64 - 1,25)
Quase nunca	-0,23	0,1967	0,2340	0,79(0,54 - 1,17)
Nunca	-0,72	0,1361	<0,0001**	0,49(0,37 - 0,64)
<b>III.9.13- Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,16	0,1569	0,3173	0,85(0,63 - 1,16)
Não	-0,45	0,1141	0,0001**	0,64(0,51 - 0,80)

Continua

Continuação

NORTE				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
<i>Intercepto</i>	2,71	0,1503	<0,0001**	15,01(11,24 - 20,27)
<b>III.9.16- 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?</b>				
Sim (referência)				
Sim, algumas vezes	0,02	0,2716	0,9357	1,02(0,61 - 1,76)
Não	-0,60	0,1430	<0,0001**	0,55(0,41 - 0,73)
Nunca abandonou ou faltou	-0,13	0,1437	0,3757	0,88(0,66 - 1,17)
<b>III.9.18- O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?</b>				
Sempre (referência)				
Na maioria das vezes	0,02	0,2691	0,9548	1,02(0,60 - 1,74)
Quase nunca	-0,60	0,1419	<0,0001**	0,55(0,41 - 0,72)
Nunca	-0,08	0,1429	0,5974	0,93(0,70 - 1,23)

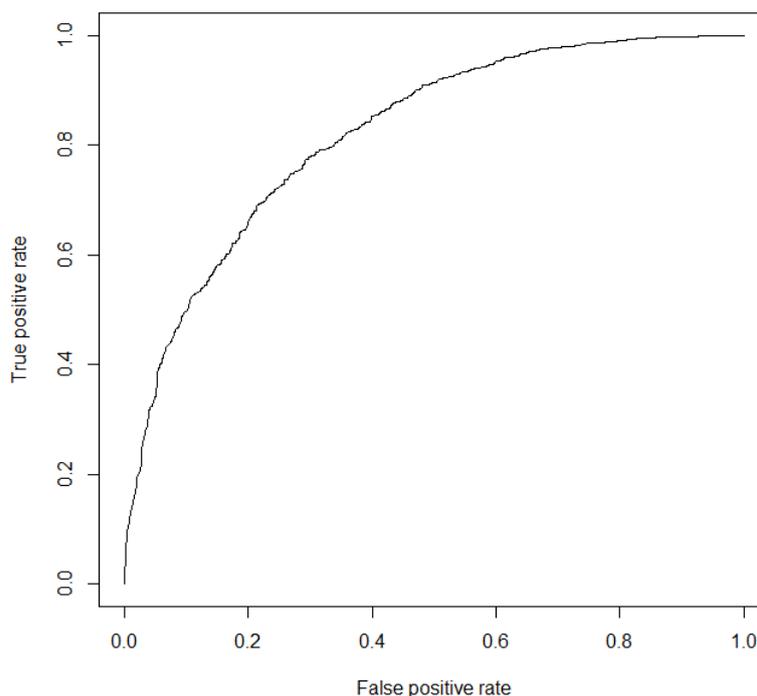
\* Significativo a 5%; \*\* Significativo a 1%

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio nesse modelo obteve um valor de 2498,72 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição qui-quadrado (2640,97) de referência, com 2523 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Quanto à estimativa de precisão do modelo obteve-se um valor de 0,760 para o conjunto de dados completo, enquanto o ajuste obtido por meio da validação cruzada apontou um valor de 0,756. Sendo a estimativa de imprecisão para o modelo completo de 0,245 e também 0,245 para aquele sob validação cruzada.

Na figura 4 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC que obteve um AUC igual a 0,82, indicando que o modelo obtido tem desempenho bom.

No quadro 7 apresenta a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ( $c=0,661$ ) com a máxima sensibilidade ( $s=0,741$ ) e especificidade ( $e=0,736$ ) da curva ROC.

**Figura 4** - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Norte**Quadro 7** - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Norte

Valores Observados	Valores Estimados		
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	Total
Insatisfeito (0)	694 (27,3%)	424 (16,7%)	1118 (43,9%)
Satisfeito (1)	242 (9,5%)	1184 (46,5%)	1426 (56,1%)
Total	936 (36,8%)	1609 (63,2%)	2544 (100%)

#### 4.2.4 Modelo Logístico para a região o Centro-Oeste

Na tabela 20 apresenta-se o modelo logístico ajustado com os dados do Centro-Oeste do módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ que passaram pelos critérios de inclusão de variáveis e casos (n=2941) descritos no item 3.2. Utilizando um nível de significância de 95%, 10 variáveis são significantes para o modelo ajustado considerando a região Centro-Oeste, com o desfecho satisfação dos usuários com os serviços.

**Tabela 20** - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Centro-Oeste

<b>CENTRO-OESTE</b>				
<b>Variável</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>DP</b>	<b>P Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<i>Intercepto</i>	2,27	0,2049	<0,0001**	9,69(6,52 - 14,57)
<b>III_4_7- Qual é a Idade do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)	0,01	0,0029	0,0003**	1,01(1,00 - 1,02)
<b>III.5.7- O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,67	0,1378	<0,0001**	0,51(0,39 - 0,67)
<b>III.7.1- 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)?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,90	0,1261	<0,0001**	0,41(0,32 - 0,52)
Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	-0,47	0,1406	0,0008**	0,63(0,48 - 0,83)
<b>III.8.1- Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,58	0,1252	<0,0001**	0,56(0,44 - 0,72)
Não	-1,16	0,1846	<0,0001**	0,31(0,22 - 0,45)
<b>III.8.7 -Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,53	0,1615	0,0010**	0,59(0,43 - 0,81)
Quase nunca	-0,79	0,1974	0,0001**	0,45(0,31 - 0,67)
Nunca	-0,62	0,1297	<0,0001**	0,54(0,42 - 0,69)
<b>III.9.1- Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,08	0,1673	0,6183	0,92(0,66 - 1,28)
Não	-0,69	0,1565	<0,0001**	0,50(0,37 - 0,68)
<b>III.9.12- Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</b>				
Sempre (referência)				
Na maioria das vezes	0,40	0,2050	0,0507	1,49(1,00 - 2,24)
Quase nunca	-0,50	0,2298	0,0287**	0,60(0,39 - 0,95)
Nunca	-0,52	0,1434	0,0003**	0,59(0,45 - 0,79)
<b>III.9.13- Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,16	0,1652	0,3293	0,85(0,62 - 1,18)
Não	-0,53	0,1258	<0,0001**	0,59(0,46 - 0,75)

Continua

Continuação

<b>CENTRO-OESTE</b>				
<b>Variável</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>DP</b>	<b>P Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<i>Intercepto</i>	2,27	0,2049	<0,0001**	9,69(6,52 - 14,57)
<b>III.9.18- O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,49	0,1634	0,0026**	0,61(0,44 - 0,84)
Quase nunca	-0,28	0,1853	0,1367	0,76(0,53 - 1,10)
Nunca	-0,62	0,1285	<0,0001**	0,54(0,42 - 0,69)
<b>III.19.1- Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, mas com dificuldade	-0,80	0,2966	0,0068**	0,45(0,25 - 0,80)
Não	0,01	0,1809	0,9527	1,01(0,71 - 1,44)
Nunca precisou	0,73	0,1463	<0,0001**	2,07(1,55 - 2,76)

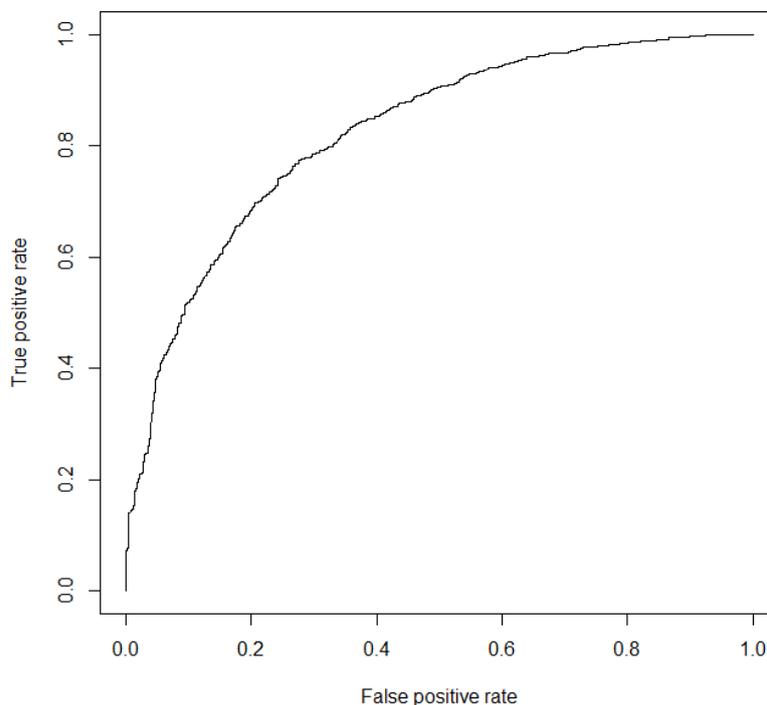
\* Significativo a 5%; \*\* Significativo a 1%

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio nesse modelo obteve um valor de 2375.15 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição qui-quadrado (3044.78) de referência, com 2918 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Quanto à estimativa de precisão do modelo obteve-se um valor de 0,822 para o conjunto de dados completo, enquanto o ajuste obtido por meio da validação cruzada apontou um valor de 0,818. Sendo a estimativa de imprecisão para o modelo completo de 0,182 e também 0,182 para aquele sob validação cruzada.

Na Figura 5 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC que obteve um AUC igual a 0,823, indicando que o modelo obtido tem desempenho bom

No quadro 8 apresenta a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ( $c=0,79$ ) com a máxima sensibilidade ( $s=0,746$ ) e especificidade ( $e=0,746$ ) da curva ROC.

**Figura 5** - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Centro-Oeste**Quadro 8** - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Centro-Oeste

Valores Observados	Valores Estimados		
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	Total
Insatisfeito (0)	493 (16,8%)	578 (19,6%)	1071 (36,4%)
Satisfeito (1)	168 (5,7%)	1702 (57,9%)	1870 (63,6%)
Total	661 (22,5%)	2280 (77,5%)	2941 (100%)

#### 4.2.5 Modelo Logístico para a região o Sul

Na tabela 20 apresenta-se o modelo logístico ajustado com os dados do Sul do Módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ que passaram pelos critérios de inclusão de variáveis e casos (n=7671) descritos no item 3.2. Utilizando um nível de significância de 95%,

15 variáveis são significantes para o modelo ajustado considerando a região Sul, com o desfecho satisfação dos usuários com os serviços.

**Tabela 21** - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Sul

<b>SUL</b>				
<b>Variável</b>	<b>β</b>	<b>DP</b>	<b>P Valor</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>
<i>Intercepto</i>	3,49	0,2018	<0,0001**	32,92(22,31 - 49,21)
<b>III.5.2- O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?</b>				
Perto (referência)				
Razoável	-0,45	0,0865	<0,0001**	0,64(0,54 - 0,76)
Longe	-0,30	0,1060	0,0041**	0,74(0,60 - 0,91)
<b>III.5.7- O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,91	0,0914	<0,0001**	0,40(0,34 - 0,48)
<b>III.6.4.2- Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é em horários ou turnos definidos do dia?</b>				
Sim (referência)				
Não	0,42	0,1237	0,0007**	1,52(1,19 - 1,93)
<b>III.7.1- 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)?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,73	0,0924	<0,0001**	0,48(0,40 - 0,58)
Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	-0,21	0,1190	0,0731	0,81(0,64 - 1,02)
<b>III.7.6- O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?</b>				
Sim, sempre (referência)				Continuação...
Sim, algumas vezes	-0,84	0,1365	<0,0001**	0,43(0,33 - 0,57)
Não	-0,97	0,2330	<0,0001**	0,38(0,24 - 0,60)
<b>III.8.1- Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,60	0,0849	<0,0001**	0,55(0,47 - 0,65)
Não	-0,95	0,1682	<0,0001**	0,39(0,28 - 0,54)
<b>III.8.2- O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?</b>				
Sim (referência)				
Não	-0,50	0,1598	0,0016**	0,60(0,44 - 0,83)
<b>III.8.7 -Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?</b>				
Sempre (referência)				
Na maioria das vezes	-0,15	0,1140	0,1915	0,86(0,69 - 1,08)
Quase nunca	-0,43	0,1330	0,0014**	0,65(0,50 - 0,85)
Nunca	-0,50	0,0909	<0,0001**	0,60(0,51 - 0,72)
<b>III.9.1- Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,35	0,1109	0,0019**	0,71(0,57 - 0,88)
Não	-0,42	0,1189	0,0004**	0,66(0,52 - 0,83)

Continua

Continuação

SUL				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
<i>Intercepto</i>	3,49	0,2018	<0,0001**	32,92(22,31 - 49,21)
<b>III.9.12- Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</b>				
Sempre (referência)				
Na maioria das vezes	0,19	0,1345	0,1632	1,21(0,93 - 1,57)
Quase nunca	-0,33	0,1403	0,0197**	0,72(0,55 - 0,95)
Nunca	-0,59	0,1030	<0,0001**	0,55(0,45 - 0,68)
<b>III.9.16- 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?</b>				
Sim (referência)				
Sim, algumas vezes	0,07	0,2599	0,7744	1,08(0,66 - 1,83)
Não	-0,52	0,1220	<0,0001**	0,59(0,46 - 0,75)
Nunca abandonou ou faltou	-0,02	0,1162	0,8574	0,98(0,78 - 1,23)
<b>III.9.18- O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?</b>				
Sempre (referência)				
Na maioria das vezes	-0,14	0,1094	0,1937	0,87(0,70 - 1,08)
Quase nunca	-0,57	0,1359	<0,0001**	0,57(0,44 - 0,74)
Nunca	-0,55	0,0935	<0,0001**	0,58(0,48 - 0,69)
<b>III.9.24- Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)				Continuação...
Sim, algumas vezes	-0,07	0,1956	0,7131	0,93(0,64 - 1,37)
Não	-0,64	0,1362	<0,0001**	0,53(0,40 - 0,69)
<b>III.19.1- Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, mas com dificuldade	-0,63	0,1575	0,0001**	0,53(0,39 - 0,73)
Não	-0,90	0,1274	<0,0001**	0,41(0,32 - 0,52)
Nunca precisou	0,25	0,0915	0,0061**	1,29(1,07 - 1,54)

\* Categoria não estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio nesse modelo obteve um valor de 5036,55 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição qui-quadrado (7844,45) de referência, com 7640 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

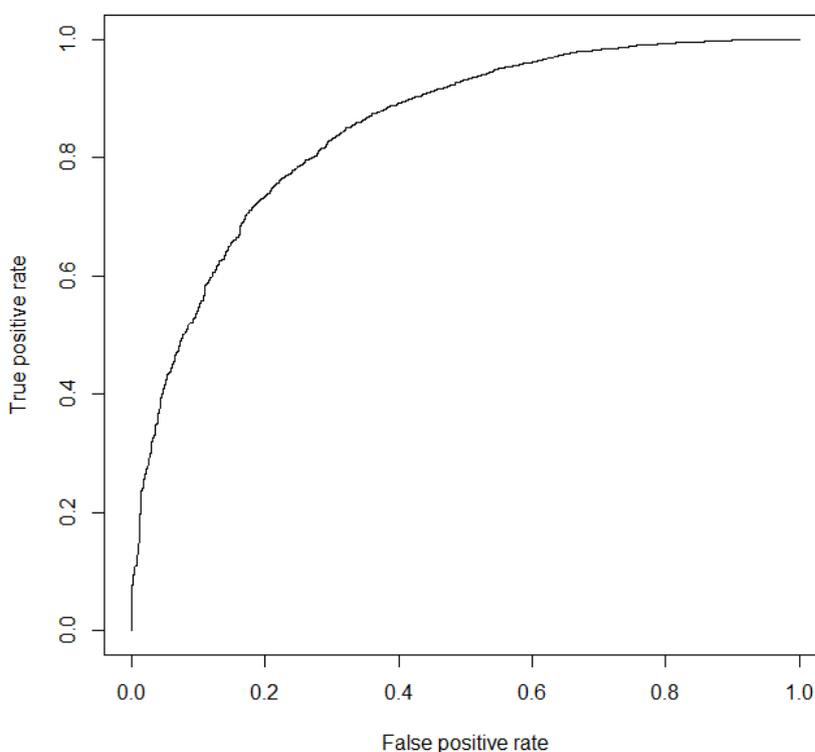
Quanto à estimativa de precisão do modelo obteve-se um valor de este 0,865 para o conjunto de dados completo, enquanto o ajuste obtido por meio da validação cruzada apontou um valor de 0,864. Sendo a estimativa de imprecisão para o modelo completo de 0,136 e

também 0,136 para aquele sob validação cruzada. A precisão do teste depende de quão bem o teste separa do grupo que está sendo testado em pessoas com ou sem os critérios do modelo.

Na figura 6 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC que obteve um AUC igual a 0,847, indicando que o modelo obtido tem desempenho bom.

No quadro 9 apresenta a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ( $c=0,851$ ) com a máxima sensibilidade ( $s=0,770$ ) e especificidade ( $e=0,767$ ) da curva ROC.

**Figura 6** - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Sul



**Quadro 9** - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Sul

Valores Observados	Valores Estimados		
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	Total
Insatisfeito (0)	1012 (13,2%)	1477 (19,3%)	2489 (32,5%)
Satisfeito (1)	302 (3,9%)	4880 (63,6%)	5182 (67,5%)
Total	1314 (17,1%)	6358 (82,9%)	7671 (100%)

#### 4.2.6 Modelo Logístico para a região o Sudeste

Na tabela 21 apresenta-se o modelo logístico ajustado com os dados do Sudeste do módulo III do instrumento de avaliação externa do PMAQ que passaram pelos critérios de inclusão de variáveis e casos (n=18511) descritos no item 3.2. Utilizando um nível de significância de 95%, 21 variáveis são significantes para o modelo ajustado considerando a região Sudeste, com o desfecho satisfação dos usuários com os serviços.

**Tabela 22** - Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando os dados da região Sudeste

SUDESTE				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
(Intercepto)	2,93	0,1045	<0,0001**	18,65(15, 21 - 22,92)
<b>III_4_7- Qual é a Idade do(a) senhor(a)?</b>				
	0,01	0,0014	<0,0001**	1,01(1,01 - 1,01) Continuação...
<b>III.5.2- O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?</b>				
Perto (referência)				1
Razoável	-0,40	0,0567	<0,0001**	0,67(0,60 - 0,75)
Longe	-0,35	0,0666	<0,0001**	0,71(0,62 - 0,80)
<b>III.5.3- O(a) senhor(a) acha que as placas de identificação dos lugares dentro da unidade facilitam encontrá-los? (exs: consultórios, banheiros, salas de vacina etc.).</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,33	0,0833	0,0001**	0,72(0,61 - 0,85)
Sim, algumas placas	0,04	0,1021	0,6635	1,05(0,86 - 1,28)
Não percebi ou não há placas na unidade	-0,35	0,0854	<0,0001**	0,70(0,60 - 0,83)
<b>III.5.7- O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,60	0,0604	<0,0001**	0,55(0,49 - 0,62)
<b>III.6.2- Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde é feita: somente em alguns horários</b>				
Sim (referência)				1
Não	0,17	0,0490	0,0005**	1,19(1,08 - 1,31)
<b>III.6.3- Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,22	0,0495	<0,0001**	0,80(0,73 - 0,88)
<b>III.7.1- 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)?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,47	0,0571	<0,0001**	0,62(0,56 - 0,70)
Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	-0,16	0,0718	0,0278*	0,85(0,74 - 0,98)

Continua

Continuação

SUDESTE				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
(Intercepto)	2,93	0,1045	<0,0001**	18,65(15, 21 - 22,92)
<b>III.7.6- O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?</b>				
Sim, sempre (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,72	0,0797	<0,0001**	0,49(0,42 - 0,57)
Não	-1,00	0,1391	<0,0001**	0,37(0,28 - 0,48)
<b>III.8.1- Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,66	0,0540	0,0001**	0,52(0,46 - 0,57)
Não	-1,18	0,0836	<0,0001**	0,31(0,26 - 0,36)
<b>III.8.2- O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,54	0,0972	<0,0001**	0,58(0,48 - 0,70)
<b>III.8.7 -Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,11	0,0710	0,1240	0,90(0,78 - 1,03)
Quase nunca	-0,59	0,0860	<0,0001**	0,55(0,47 - 0,66)
Nunca	-0,34	0,0589	0,0001**	0,71(0,63 - 0,80)
<b>III 8 8- Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	0,01	0,0663	0,9101	1,01(0,89 - 1,15)
Quase nunca	-0,16	0,0837	0,0583	0,85(0,72 - 1,01)
Nunca	-0,32	0,0603	<0,0001**	0,73(0,65 - 0,82)
<b>III.9.12- Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	0,06	0,0776	0,4159	1,07(0,92 - 1,24)
Quase nunca	-0,18	0,0899	0,0422*	0,83(0,70 - 0,99)
Nunca	-0,34	0,0599	<0,0001**	0,71(0,63 - 0,80)
<b>III.9.13- Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,04	0,0693	0,5603	0,96(0,84 - 1,10)
Não	-0,36	0,0551	0,0001**	0,70(0,63 - 0,78)

Continua

Continuação

SUDESTE				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
(Intercepto)	2,93	0,1045	<0,0001**	18,65(15, 21 - 22,92)
<b>III.9.14- Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,15	0,0731	0,0427*	0,86(0,75 - 1,00)
Quase nunca	-0,41	0,0935	<0,0001**	0,66(0,55 - 0,79)
Nunca	-0,61	0,0759	<0,0001**	0,55(0,47 - 0,63)
Não precisou tirar dúvidas	-0,14	0,0632	0,0255*	0,87(0,77 - 0,98)
<b>III.9.16- 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?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,28	0,1355	0,0385*	0,76(0,58 - 0,99)
Não	-0,45	0,0709	<0,0001**	0,64(0,56 - 0,73)
Nunca abandonou ou faltou	-0,14	0,0663	0,0351*	0,87(0,76 - 0,99)
<b>III.9.18- O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?</b>				
Sempre (referência)				1
Na maioria das vezes	-0,11	0,0715	0,1348*	0,90(0,78 - 1,03)
Quase nunca	-0,27	0,0845	0,0014**	0,76(0,65 - 0,90)
Nunca	-0,44	0,0581	<0,0001**	0,64(0,57 - 0,72)
<b>III.9.19- Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?</b>				
Sim, sempre (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,32	0,0638	0,0001**	0,73(0,64 - 0,82)
Não	-0,43	0,0794	0,0001**	0,65(0,56 - 0,76)
Nunca precisou	-0,00	0,0616	0,9970	1,00(0,89 - 1,13)
<b>III.9.22- O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?</b>				
Sim, sempre (referência)				1
Sim, algumas vezes	-0,27	0,0633	<0,0001**	0,76(0,67 - 0,86)
Não	-0,44	0,0618	<0,0001**	0,64(0,57 - 0,73)
<b>III.9.23- O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o (a) senhor (a) na sua casa?</b>				
Sim (referência)				1
Não	-0,45	0,0637	<0,0001**	0,64(0,56 - 0,72)
Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro	-0,59	0,3433	0,0840	0,55(0,29 - 1,12)

Continua

Continuação

SUDESTE				
Variável	$\beta$	DP	P Valor	OR (IC 95 %)
(Intercepto)	2,93	0,1045	<0,0001**	18,65(15, 21 - 22,92)
<b>III.19.1- Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?</b>				
Sim (referência)				1
Sim, mas com dificuldade	-0,45	0,1157	0,0001**	0,64(0,51 - 0,80)
Não	-0,15	0,0713	0,0386*	0,86(0,75 - 0,99)
Nunca precisou	0,45	0,0601	0,0001**	1,57(1,40 - 1,77)

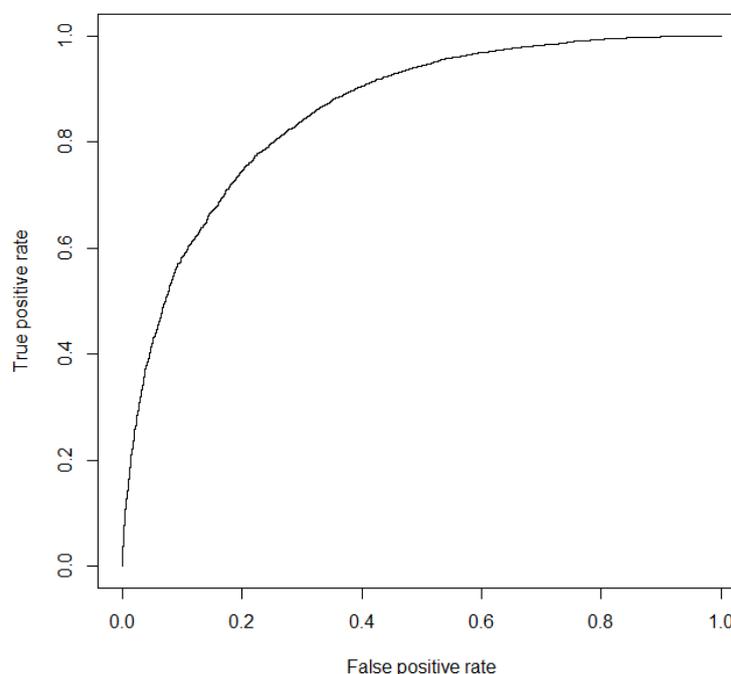
\* Categoria não estatisticamente significante ( $p>0,05$ ).

Quanto à verificação da qualidade do modelo ajustado, a função desvio nesse modelo obteve um valor de 12803,22 (*Residual Deviance*), sendo menor que o valor da distribuição qui-quadrado (18780,21) de referência, com 18463 graus de liberdade, de modo que o modelo é aceito estatisticamente.

Quanto à estimativa de precisão do modelo obteve-se um valor de este 0,857 para o conjunto de dados completo, enquanto o ajuste obtido por meio da validação cruzada apontou um valor de 0,855. Sendo a estimativa de imprecisão para o modelo completo de 0,144 e também 0,143 para aquele sob validação cruzada.

Na figura 7 é exposto o comportamento gráfico do modelo logístico, por meio da curva ROC que obteve um AUC igual a 0,856, indicando que o modelo obtido tem desempenho bom.

No quadro 10 apresenta-se a matriz de confusão construída utilizando um ponto de corte escolhido ( $c=0,828$ ) com a máxima sensibilidade ( $s=0,775$ ) e especificidade ( $e=0,775$ ) da curva ROC.

**Figura 7** - Curva ROC para o Modelo de Regressão Logística da região Sudeste**Quadro 10** - Matriz de classificação do modelo de Regressão Logística do Sudeste

Valores Observados	Valores Estimados		
	Insatisfeito (0)	Satisfeito (1)	Total
Insatisfeito (0)	2853(15,41%)	3332(18,00%)	6185(33,41%)
Satisfeito (1)	826(4,46%)	11500 (62,13 %)	12326(66,59%)
Total	3679(19,87%)	14833(80,13%)	18511(100%)

#### 4.3 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que esses têm diante do contexto, do processo, e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço, como também pode incluir parcialmente um amplo domínio representado por expectativas anteriores e valores gerais (PASCOE, 1983). A perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços. Diante da satisfação com o atendimento realizado, a qualidade de vida dos usuários pode aumentar, uma vez que a adesão ao tratamento prescrito passa a ser mais intensificada bem como a continuidade na utilização dos serviços de saúde.

Em um estudo de Gouveia *et al.* (2005), que analisou a satisfação com o atendimento ambulatorial e hospitalar com base nos resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, realizada no Brasil em 2003, verificou-se, a partir da perspectiva dos usuários, que a satisfação com o cuidado está relacionada com três componentes principais: o primeiro foi fortemente correlacionado com as variáveis que exprimem grau de satisfação com os cuidados recebidos pelos profissionais de saúde; o segundo reflete satisfação com acesso aos serviços de saúde e atributos do serviço; e o terceiro se refere à resolução dos seus problemas.

Outro estudo constatou que fatores que influenciam a satisfação do usuário estão associados a dimensões socioeconômicas dos usuários e às características do serviço oferecido, tais como: acesso, acolhimento, atenção integral e participação do usuário, além de vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado pela Atenção Básica (MOIMAZ *et al.*, 2010).

É pertinente lembrar da tríade de Donabedian “estrutura-processo-resultados” para classificar a qualidade da atenção (DONABEDIAN, 1988). Essa tríade, muito usada em avaliações de saúde, foi criada com o intuito de aferir a qualidade do cuidado médico e é assim explicada: a “estrutura” corresponderia às características locais nos quais o serviço é prestado, levando em consideração conveniência, conforto, silêncio, privacidade e assim por diante, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, ou melhor, ao cuidado técnico propriamente dito, a relação interpessoal entre paciente e profissional e as atividades do paciente buscando o cuidado; e os “resultados” que avaliam os efeitos dos cuidados prestados anteriormente na saúde do paciente e da população e, também, o grau de satisfação do paciente e do prestador (DONABEDIAN, 1988).

Nesse contexto, este trabalho apresenta um estudo com base de dados nacional com usuários entrevistados durante a avaliação externa do 1º Ciclo do PMAQ-AB em que se objetivou obter os fatores que influenciam na satisfação dos usuários com respeito à Atenção Básica. Na primeira etapa desta pesquisa, utilizando uma análise de agrupamento *Two Step Cluster*, encontrou-se uma prevalência de satisfação com os cuidados recebidos na UBS de 76,7% (36027) e 23,3% (10964) de usuários insatisfeitos.

Dessa forma, este trabalho corrobora com os trabalhos citados anteriormente por ter encontrado que os fatores associados aos serviços de saúde, no que se refere ao seu acesso e utilização, estão associados a dimensões como: características socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, marcação de consulta na unidade de saúde, acolhimento à demanda

espontânea, atenção integral à saúde, vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado e mecanismos de participação e interação dos usuários.

Assim, essa discussão será dividida pelas dimensões citadas, em que serão ressaltados os resultados dos modelos de decisão, foco deste estudo. Serão apresentados, a fim de facilitar o entendimento, gráficos com a interpretação em percentual da razão de chance para cada categoria da variável significativa após o ajuste dos modelos de regressão para o Brasil e suas regiões. O percentual negativo nos gráficos refere-se ao percentual que a categoria apresentada diminui a chance de obter a satisfação do usuário e o positivo, ao percentual que ela aumenta a chance de obter a satisfação do usuário. Nos gráficos apenas serão visualizadas as regiões que a variável apresentada foi significativa.

#### 4.3.1 Características socioeconômicas

Quanto às **características socioeconômicas**, constatou-se que fatores como idade, sexo e possuir trabalho remunerado influenciavam na satisfação do usuário no Brasil. Mas, quando observou-se os modelos por regiões, a idade não influenciou para as regiões Norte e Sul e o sexo só foi considerado significativo para região Nordeste. Quanto ao trabalho remunerado observou-se que está associado à satisfação apenas no Brasil como todo.

Neste trabalho, verificou-se que, no Brasil, usuários do **sexo feminino** aumentam as chances de obter a satisfação em 17%, com relação ao masculino, e no Nordeste, a chance aumenta em 27%. Estes achados corroboram com os resultados obtidos por Silva, Ribeiro e Silveira (2004) que avaliaram a satisfação do usuário da ESF em um bairro de Juiz de Fora/MG e concluíram que indivíduos de sexo masculino apresentam maior probabilidade de estarem insatisfeitos com o ESF.

Na literatura encontram-se estudos que não apontaram diferenças estatísticas em relação a satisfação dos usuários entre homens e mulheres, porém relataram que as mulheres tendem a serem mais críticas do que os homens (BASTOS *et al.*, 2013; CASTRO *et al.*, 2012). Nos resultados deste estudo, para as regiões do Brasil, exceto o Nordeste, o sexo não se comportou como fator influenciador para satisfação do usuário com os serviços de saúde.

Isso pode ser devido à maneira como as mulheres atuam e pensam quando participam efetivamente do processo de utilização dos serviços de saúde, tomando em consideração suas necessidades e aspirações dos outros, que tornam as mulheres mais condizentes com suas expectativas e satisfações quanto aos serviços de saúde. O fato de ser do sexo feminino influenciar na satisfação do usuário pode ser devido, também, às mulheres terem uma maior

frequência e utilização dos serviços mais organizados das ESFs e que apresentam diretrizes, referências e fluxos pactuados, como, por exemplo, saúde da mulher, pré-natal, prevenção ao câncer ginecológico e de mama e saúde da criança. Os homens, por sua vez, só procuram o serviço quando se sentem impossibilitados de trabalhar, recebendo, na maioria das vezes o atendimento de urgência.

Cumprir registrar que alguns trabalhos descritos na literatura afirmam que os serviços de saúde são mais frequentados por mulheres, de forma particular na Estratégia de Saúde da Família, e isso é atribuído ao papel que essas desempenham na família e na sociedade e por assumirem a responsabilidade em procurar atendimento para seus familiares e/ou amigos na sua comunidade (GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; GONDIM; ANDRADE, 2014; MENDES et al., 2013; MISHIMA et al., 2010; SANTIAGO et al., 2013). Ademais, as mulheres estão mais despertas para os sinais de doença e para a vigilância em saúde que os homens e sofrem mais de doenças agudas e crônicas ao longo de todas as faixas etárias, embora com maior expectativa de vida (SILVA, 1999). Neste trabalho, as mulheres também são consideradas como maioria dos entrevistados, sendo 77,7% dos usuários no Brasil e 83,9% no Nordeste.

A **idade** influencia positivamente na satisfação ao se considerar o Brasil e também em algumas de suas regiões (Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste), com uma mesma OR de 1,01. Outros trabalhos confirmam esse resultado quando observaram uma associação estatisticamente significativa entre satisfação do usuário e sua idade (ARAIN; NICHOLL; CAMPBELL, 2013; ASSEFA; MOSSE; MICHAEL, 2011; BLEICH, 2009; DOUBOVA et al., 2009; DRAKOPOULOU et al., 2012; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; GOUVEIA et al., 2005; NGUYEN THI et al., 2002; SANTIAGO et al., 2013). Entretanto, Kamhawi *et al.* (2013) não encontraram essa associação corroborando com os modelos para a região Sul e Norte do presente estudo.

Uma pesquisa com usuários do Seguro Social dos Trabalhadores Públicos do México observou os principais fatores associados à satisfação com a atenção recebida no atendimento geriátrico e verificou que usuários do sexo feminino tem maior probabilidade de obter a satisfação (OR=2,86), como também a idade maior (OR=1,07) (NIGENDA-LÓPEZ *et al.*, 2013) corroborando com este estudo.

Cabe citar o trabalho de Gouveia *et al.* (2009), que analisou os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) realizada em 2003, e constatou que as mulheres apresentam 30% mais chances de estarem mais satisfeitas do que os homens no Brasil em relação à qualidade dos profissionais de saúde e a idade não foi significativa no modelo.

O usuário **não ter trabalho remunerado** diminui as chances de obter a satisfação em 15%, em relação a quem tem trabalho remunerado no Brasil. Esse resultado corrobora com Novaes *et al.* (2011) que concluíram que o nível de satisfação de famílias atendidas pelas Equipes de Saúde da Família em Brasília aumenta proporcionalmente à renda do usuário. Os indivíduos apresentam rendas maiores, tem expectativas mais altas em relação aos serviços e, por conseguinte, maior probabilidade de frustrar-se com o oferecido e a satisfação tornar-se menor (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

#### **4.3.2 Acesso aos serviços de saúde**

Em relação ao **acesso aos serviços de saúde** observou-se que, no Brasil, foram consistentemente associados com a satisfação do usuário: a distância da casa do usuário até a unidade de saúde, a presença de placas de identificações dos lugares dentro da unidade, os dias de funcionamento da UBS e se o horário atende as necessidades dos usuários. O mesmo foi constatado para o Sudeste, exceto os dias de funcionamento da UBS e para o Nordeste, exceto a presença de placas de identificações dos lugares dentro da unidade, aspecto este não relacionado à satisfação do usuário. Para o Sul, apenas encontramos significância a variável distância da casa do usuário até a unidade de saúde e se o horário atende as necessidades dos usuários e para o Norte e Centro-Oeste apenas essa última variável.

A atenção básica no Brasil é responsabilidade da ESF, em sua grande maioria, onde cada equipe acompanha uma população adscrita, localizada em uma área delimitada. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF e adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006)

No trabalho que caracterizou da acessibilidade na Saúde da Família, os usuários ressaltaram como motivo de satisfação: a boa localização da USF, a pouca distância da USF até seu domicílio, o curto intervalo de tempo gasto no percurso até a USF e a possibilidade de não utilizar meio de transporte (SANTOS *et al.*, 2010). A acessibilidade geográfica envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para obter a assistência à saúde e as características físicas da área que impeçam ou dificultem o acesso ao serviço (FEKETE, 1997). É fato que é uma prerrogativa da ESF garantir que a equipe atue no mesmo território de residência da sua clientela adscrita.

Constatou-se neste estudo que a distância da casa do usuário até a unidade de saúde no Brasil, se for razoável e longe diminui a chance de obter satisfação em 32% e 16%, respectivamente, em relação a achar a distância da sua casa até esta unidade de saúde perto. No Nordeste, a chance diminui em 28% e 8%, no Sul, em 36% e 26% e no Sudeste, 33% e 29%, respectivamente. O fato de que o resultado de a distância ser longe diminuir a satisfação menos que a distância ser razoável pode ser atribuído aos usuários que moram longe irem com menor frequência as UBS, pois o acesso no cotidiano sendo dificultado, a sua procura pelo serviço ocorre apenas em caráter de necessidade imediata, e assim concentra-se apenas no foco do problema e diminui as expectativas em relação ao serviço como um todo. Ademais, explicações psicológicas sociais têm indicado que os níveis de satisfação do paciente são moldados por uma diferença entre as expectativas do paciente sobre o serviço, e o serviço recebido (ATKINSON, 1993).

Em uma pesquisa no Reino Unido, em que foi avaliado um serviço de clínica médica chamado de *GP walk-in*, verificou-se que a distância do serviço teve também uma associação significativa com a satisfação geral (ARAIN; NICHOLL; CAMPBELL, 2013). No Brasil, Perez *et al.* (2013) observaram que a dificuldade de acesso aos serviços prestados pela ESF diminui as chances de obter a satisfação dos usuários com os serviços em 80% (OR= 0,2).

Importante considerar que quanto maior o número de UBS, mais se contribui para uma melhor organização da demanda, da oferta assistencial no município e, conseqüentemente, com o acesso dos usuários ao serviço, garantindo que as equipes possam atender a um quantitativo mais restrito de usuários, diminuindo a distância da UBS, adscrevendo sua clientela, qualificando o fluxo, conhecendo melhor sua população, aprimorando as relações interpessoais e respondendo eficientemente às necessidade e expectativas dos usuários (PASSERO, 2013).

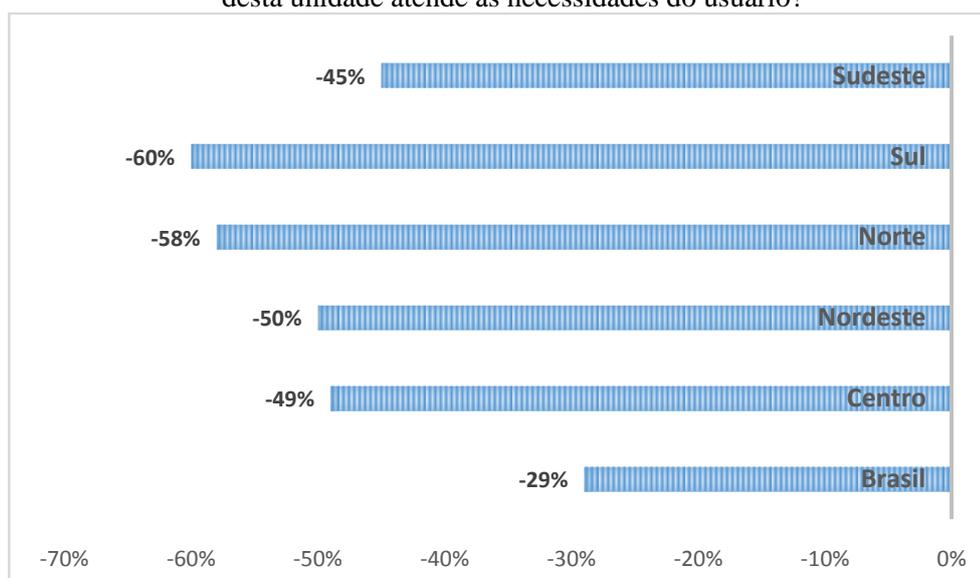
É direito garantido do usuário, além do seu acesso à unidade garantido, a ambiência para que ele sintase bem no local de atendimento, onde deverá haver placas de identificação dos setores da unidade (COELHO; JORGE, 2009). No Brasil, quando as placas de identificação dos locais dentro da unidade não facilitam a dinâmica dentro da UBS, diminui as chances de obter a satisfação em 19%, em relação à quando facilitam, e no Sudeste diminuem em 52%. As placas nas UBSs quando não existem ou não são percebidas pelos usuários, diminui a chance da satisfação, no Brasil e Sudeste, em 20% e 30%, respectivamente. Elementos fixos do trabalho, como as placas, os folhetos, as regras, as rotinas e as orientações devem ser levados em conta, pois são necessários à estruturação da relação de atendimento, além do que deve ser observada a forma como se apresenta, informando a localização das

salas e setores de atendimento, de maneira que fique em destaque (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

A sinalização nas UBS pode ser resolvida tanto pelos gestores como pelos trabalhadores, que mesmo estando inseridos em um contexto, executando seus trabalhos em dada estruturação determinada pelo serviço, eles podem encontrar soluções fáceis para fornecer outro desenho ao trajeto do usuário dentro do serviço, facilitando a dinâmica de atendimento. Por sua vez, os trabalhadores devem considerar que mesmo com uma boa sinalização nas UBS, é importante e é um exercício constante da equidade e acessibilidade, orientar os usuários conforme suas necessidades, ficando vigilantes em identificar, dentre o conjunto de usuários, aqueles que apresentam dificuldades, no momento, para localizar-se espacialmente na unidade de saúde, seja por limitação de escolaridade, seja por dificuldades circunstanciais, como dor, ansiedade ou medo (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

A partir do modelo obtido neste trabalho, outro aspecto analisado foi que se a unidade não funcionar cinco dias na semana diminui-se as chances de se obter a satisfação em 29% no Brasil, em relação à unidade funcionar cinco dias na semana. No Nordeste, aumenta 3%. Constatou-se ainda o quanto diminui as chances de obter a satisfação do usuário quando o horário de funcionamento da unidade não atende às necessidades dos usuários, como evidenciado no gráfico 1.

**Gráfico 1** - Interpretação em percentual do OR para variável: o horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do usuário?



Percebe-se que o horário de funcionamento atendendo as necessidades do usuário mostra-se como ponto fundamental para obtenção da satisfação do usuário para todas as

regiões do Brasil, principalmente para o Norte e Sul. Esse resultado pode ser devido a maioria dos usuários que trabalham em horário comercial necessitar que o horário de funcionamento seja ampliado para facilitar o seu acesso ao serviço de AB.

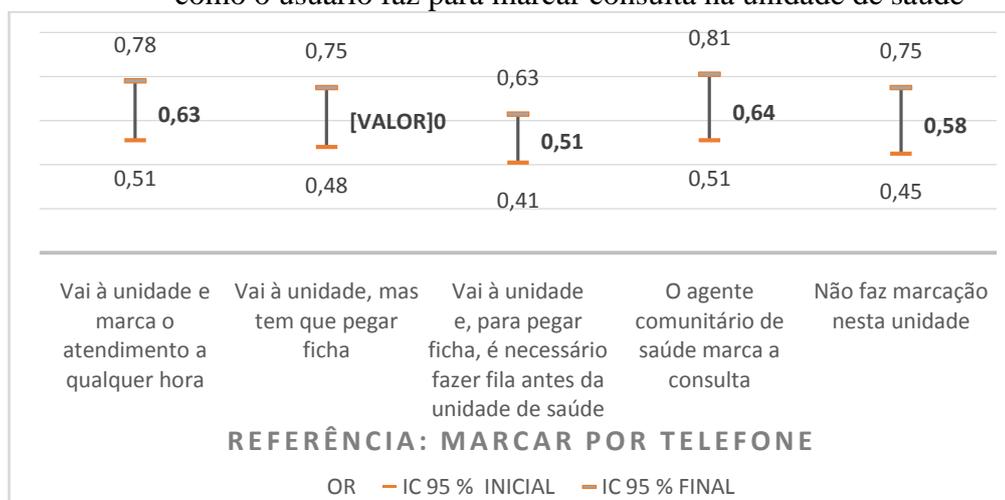
Em um estudo que analisou a qualidade da assistência à saúde oferecida pela ESF no município de Santo Antônio do Monte (MG), segundo a perspectiva da satisfação dos usuários, o horário de funcionamento da USF foi um dos aspectos organizacionais relacionado com o motivo de insatisfação e que prejudica a acessibilidade do serviço (SANTOS *et al.*, 2010). Estabelecer o nível de satisfação dos usuários em relação ao horário de funcionamento da UBS é de suma importância, uma vez que a ESF vem se fortalecendo como proposta de reorganização da APS que é a porta de entrada do sistema. Deve-se também considerar em relação a essa variável, que o Ministério da Saúde preconiza que os trabalhadores da ESF devem residir no município onde atuam e cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, 2011b). Porém, essa dificuldade no funcionamento das unidades no horário preconizado, pode ser atribuída às formas de contratação informais e precárias, que provocam instabilidade de emprego e uma jornada de trabalho semanal inferior a 40 horas.

#### **4.3.3 Marcação de consulta(s) na unidade de saúde**

A forma como se efetua a marcação da consulta, se pode ser todos os dias na semana e se quando o usuário consegue marcar consulta para o mesmo dia são variáveis que influenciam a satisfação do usuário quanto aos serviços de saúde no Brasil. No Centro-Oeste, nenhuma dessas variáveis foi significativa. No Norte, foi significativa apenas se pode ser marcada todos os dias na semana e no Sul tão somente se quando o usuário consegue marcar consulta e é normalmente para o mesmo dia. Para o Sudeste, além dessa última, a marcação de consulta feita somente em alguns horários foi significativa.

O Gráfico 2 representa a razão de chances para as diferentes formas de marcação de consulta na Unidade de Saúde em relação marcar a consulta por telefone. Observa-se que o usuário marcar a consulta pelo agente comunitário de saúde diminui a chance de obter a satisfação mais que as outras formas de marcar consulta no Brasil em relação a marcar por telefone.

**Gráfico 2 - Apresentação do OR e seu intervalo de confiança para a variável como o usuário faz para marcar consulta na unidade de saúde**



Foi encontrado ainda que quando o usuário consegue marcar consulta, e não é para o mesmo dia, diminui as chances de obter a satisfação em 16% no Brasil. No Nordeste, diminui em 19% e no Sudeste, em 20%. É possível que esse aspecto possa ser resolvido com uma abordagem acolhedora, valorizando as queixas e buscando possíveis soluções para o seu problema, o usuário mesmo que não consiga o atendimento pode sair satisfeito. Acolher não significa que as demandas apresentadas pelos usuários tenham completa resolução, mas sim a atenção dada na relação profissional e usuário, que envolve a escuta, valorização das queixas e a identificação das necessidades (MEDEIROS et al., 2010).

Pode ser observado também que no Brasil, a marcação da consulta quando não pode ser realizada todos os dias da semana diminui as chances de obter a satisfação em 16%, e no Norte diminui em 27%. No Sul, quando a marcação da consulta não é feita, em geral, em horários ou turnos definidos do dia aumenta a chance em 52% de obter a satisfação do usuário. No Sudeste, observou-se que a marcação não ser somente em alguns horários tem uma chance de obter a satisfação 1,19 vezes maior do que o contrário.

Em um estudo realizado em Porto Alegre/RS, que avaliou a prevalência de satisfação geral com a última consulta médica e seus fatores associados entre adultos com 20 anos ou mais, encontrou-se que a facilidade de conseguir uma consulta aumenta 40% a chance de obter essa satisfação (BASTOS *et al.*, 2013).

No trabalho de Santiago *et al* (2013), a dimensão da acessibilidade foi avaliada negativamente devido à grande insatisfação com o tempo de espera relativa ao agendamento de consulta especializada e a marcação de consulta na unidade, embora os usuários tenham realizado uma boa avaliação quanto à distância da sua casa até a unidade de saúde. Os autores

enfatazaram que essa insatisfação refere-se a um dos principais objetivos da unidade de saúde da família, porta de entrada para uma rede de serviços resolutivos de acesso universal e ressaltaram que essas dificuldades estavam relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso à atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo.

Ramos e Lima, (2003) ressaltaram que o agendamento prévio de consultas é um mecanismo de organização do serviço que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo alterar o modelo exclusivo de pronto atendimento.

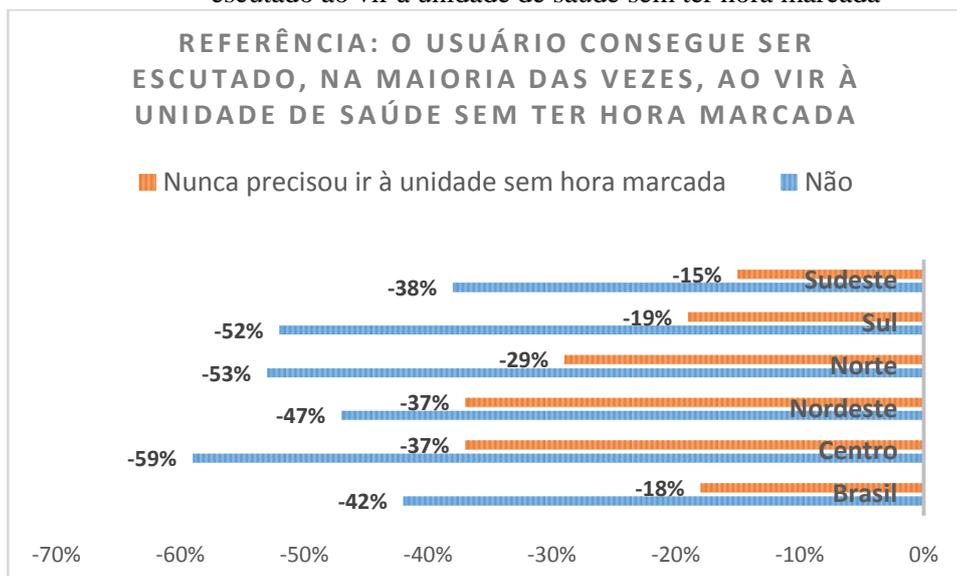
#### **4.3.4 Acolhimento à demanda espontânea**

Ao se observar o **Acolhimento à demanda espontânea**, as variáveis significantes para o modelo do Brasil foram o usuário ser escutado sem ter hora marcada para resolver qualquer problema e sentir-se respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião. As mesmas variáveis foram significantes para as suas regiões, exceto no modelo da região Centro-Oeste que não incluiu essa última variável.

O atendimento à demanda espontânea e, especialmente, às urgências e emergências abrange ações que devem ser executadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de AB. Na AB, esse atendimento deve ter como base os princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as pessoas e as equipes de atenção básica, legitimando-se como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS. Tudo isso porque o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a AB trabalha em equipe, conhece previamente a população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado (BRASIL, 2000).

Quanto a esse aspecto, no Gráfico 3 mostra-se, para o Brasil e suas regiões, o quanto se diminui a chance de obter a satisfação se o usuário nunca precisar ir à unidade sem hora marcada e não conseguir ser escutado ao vir à unidade de saúde sem ter hora marcada, em relação a quem na maioria das vezes conseguir ser escutado.

**Gráfico 3** - Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário consegue ser escutado ao vir à unidade de saúde sem ter hora marcada

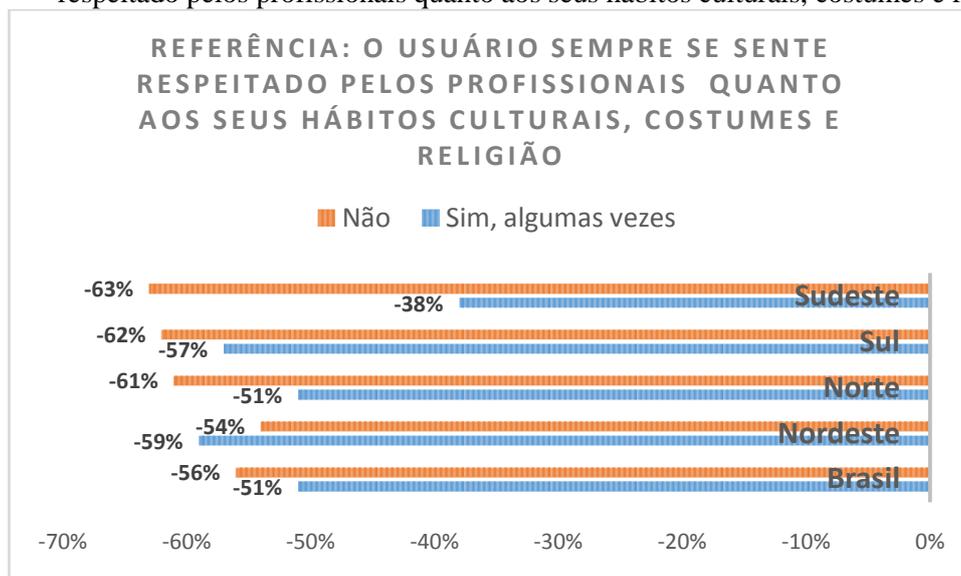


Pode-se observar que a atenção à demanda espontânea é importante para satisfazer o usuário e deve fazer parte das atribuições de todos os trabalhadores da UBS. Por isso, é imprescindível que os profissionais se reúnam com regularidade para tratar da organização e avaliação do processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea, além de definir as modelagens que a UBS vai utilizar para essas tarefas, quais instrumentos de trabalho irão utilizar e qual será o papel de cada profissional nas diversas etapas do cuidado (BRASIL, 2000).

É interessante analisar como vêm sendo acolhidos os usuários nos serviços investigados, pois o acolhimento não se limita apenas a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário (MOIMAZ *et al.*, 2010). Qualificar a relação trabalhador-usuário é essencial e deve ocorrer por intermédio de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, pois essa relação pode incidir sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade, favorecendo a reorganização dos serviços e a qualidade da assistência prestada (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Esta pesquisa encontrou que, quando o usuário não se sente sempre respeitado pelos profissionais ou se sente algumas vezes, quanto aos seus hábitos culturais, costumes e religião, diminui-se a chance de obter a satisfação em relação a quem sempre se sente respeitado pelos profissionais, como mostra o gráfico 4.

**Gráfico 4** - Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário sempre se sente respeitado pelos profissionais quanto aos seus hábitos culturais, costumes e religião



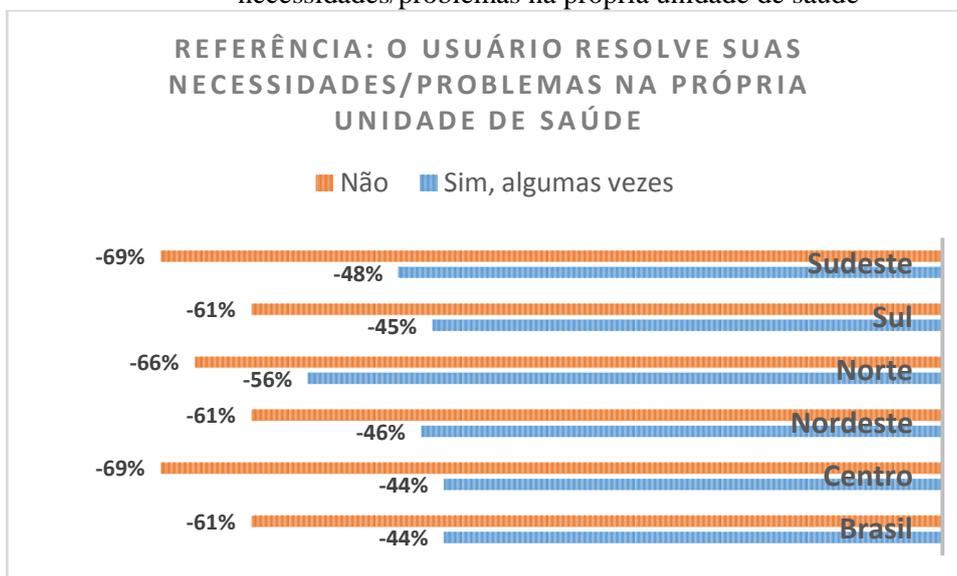
Esses resultados confirmam os achados obtidos por Bastos *et al.* (2013), que constataram que o usuário ser bem tratado pelo médico representou uma probabilidade cinco vezes maior de estar satisfeito com a última consulta. Uma pesquisa realizado no âmbito do Programa de Desenvolvimento de Saúde da Família da Comunidade Integrada em Bangladesh verificou que o tratamento respeitoso dos profissionais com os usuários foi o fator influenciador mais forte para satisfação do usuário, seguido pela satisfação com os profissionais, o respeito pela privacidade, tempo de espera, e tempo de consulta (ALDANA; PIECHULEK; AL-SABIR, 2001). Outro estudo, em Vespasiano/MG, perguntou aos usuários sobre quais os benefícios da Equipes de Saúde de Família e encontrou que quem citou um bom relacionamento profissional-paciente tem uma chance 4,8 vezes maior de obter a satisfação de quem não citou (PEREZ *et al.*, 2013). Cabe mencionar também o trabalho de Llena, Clemente e Forner (2011) que constataram que quanto aos aspectos relacionados com ao atendimento recebido, a satisfação geral foi influenciada significativamente pelo tratamento recebido pelos profissionais, principalmente no interesse do profissional em servir, ouvir e assistir o paciente infantil.

### 4.3.5 Atenção integral à saúde

Quanto aos fatores estudados sobre a percepção dos usuários sobre a **Atenção integral à saúde**, as variáveis associadas ao desfecho satisfação do usuário no Brasil foram: (1) a equipe resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde, (2) consultório para o atendimento ser um lugar reservado, (3) os profissionais da equipe sugerirem soluções adequadas a sua realidade nas consultas, (4) se os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o usuário tem ou possa ter, além daquelas relacionadas com o (5) motivo da consulta. No sudeste, as mesmas variáveis foram significantes e no Nordeste, exceto a última. No Norte, foi significativa apenas 1 e 2, no Centro-Oeste 1 e 4 e no Sul 1, 2 e 4.

No gráfico 5 se evidencia o quanto a chance de obter a satisfação do usuário diminui se quando o usuário é não atendido na UBS ou apenas algumas vezes, busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde, em relação à quando a equipe sempre busca resolver.

**Gráfico 5** - Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário resolve suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde



Esse resultado revela que o usuário fica satisfeito em resolver a suas necessidades e problemas na própria unidade, o que corrobora com o que o Ministério da Saúde preconiza quando afirma que a ESF não é local para simples triagem e encaminhamento, mas tem capacidade para resolver em torno de 80% dos problemas de saúde da população. Porém, é necessário que essa tenha recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a

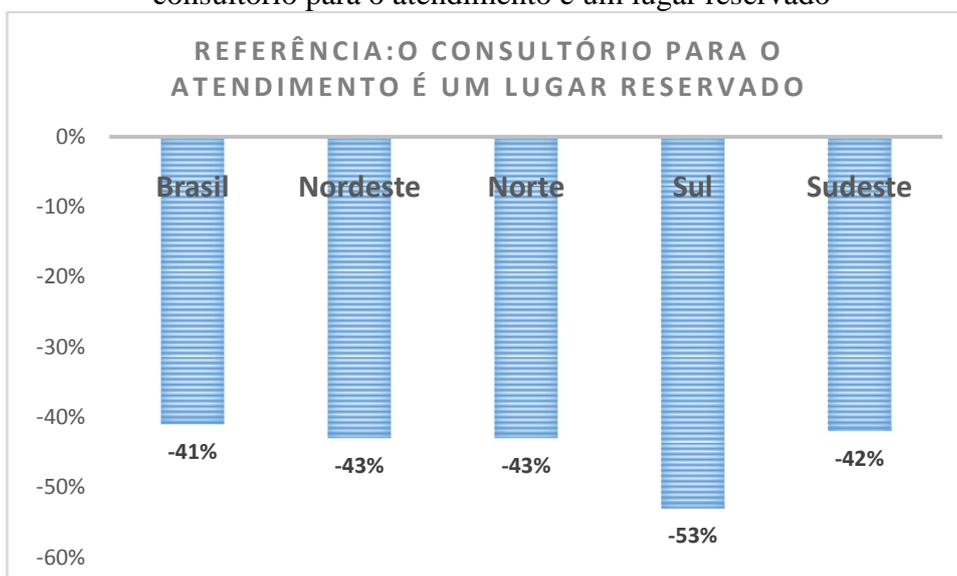
ação dos profissionais em relação a esse compromisso (BRASIL, 2008; FIGUEIREDO, 2010).

O usuário, ao procurar a Unidade de Saúde, espera que, individual ou coletivamente, seu problema tenha resolutividade e que o conjunto das ações de saúde lhe traga benefícios, e também que as suas expectativas de que as ações sejam efetivas e o satisfaçam (MEDEIROS *et al.*, 2010). Para se ter resolutividade, os profissionais do serviço precisam agir e procurar solucionar os problemas relatados pelos usuários na própria Unidade ou mediante o encaminhamento a outro serviço, se necessário. É importante ressaltar que a alta prevalência de demandas resolvidas contribui também para a construção da confiança e o aumento do vínculo entre os usuários e os serviços (PASSERO, 2013).

A dificuldade de resolver os problemas na própria unidade de saúde poderia ser solucionada se houvesse protocolos com definição de diretrizes terapêuticas e priorização de casos para referenciar a outros pontos da rede de atenção, pois esses são importantes para auxiliar na organização do processo de trabalho no cuidado aos usuários. Porém, isso ainda não é uma realidade das UBSs do Brasil, como de fato é constatada em uma pesquisa realizada com os dados do PMAQ-AB da Paraíba na qual se constatou que 75% das unidades não possuíam esses protocolos (PROTASIO *et al.*, 2014).

Em relação à privacidade, o Gráfico 6 demonstra o quanto o consultório não ser um lugar reservado diminui as chances de obter a satisfação dos usuários. Observa-se que a região que essa variável tem influência maior é no Sul.

**Gráfico 6** - Interpretação em percentual do OR para variável: o consultório para o atendimento é um lugar reservado



Esses dados corroboram com o trabalho de Villadsen *et al.* (2014), realizado na cidade de Jimma/Etiópia, que concluiu que questões de privacidade e conduta dos profissionais de saúde tiveram forte associação estatística com a satisfação de usuárias que receberam cuidados pré-natais. Faz-se necessário destacar que o espaço terapêutico deve facilitar a comunicação, mantendo a privacidade, evitando interrupções, sendo um espaço o mais confortável possível (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Aldana, Piechulek e Al-Sabir (2001) também constataram uma associação entre a satisfação dos usuários do serviço de saúde com a privacidade do consultório onde é atendido. Muitos autores consideram que a falta de espaço físico adequado nas UBS tem levado à ausência de privacidade na conversa com os usuários (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004; FREIRE *et al.*, 2008; GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009)

No Brasil, quando os profissionais de saúde quase nunca ou nunca fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o usuário tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta, isso diminui as chances de obter a satisfação em 27%, em relação à quando sempre esses profissionais fazem essas perguntas. No Centro-Oeste, essas perguntas sobre outras necessidades de saúde quando são realizadas na maioria das vezes, quase nunca e nunca em relação à quando é feita sempre, diminui as chances em 41%, 55% e 46%, respectivamente. No Sudeste, a maioria das vezes não foi significativa e quase nunca e nunca diminui as chances de obter a satisfação em 45% e 29%, respectivamente, em relação à quando sempre esses profissionais fazem essas perguntas.

O fato de, nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, os usuários quase nunca serem indagados sobre outras necessidades de saúde possuíam na consulta, ter uma chance menor que nunca, pode ser devido a quem já recebeu as consultas com esse diálogo e preocupação por parte dos profissionais, pode valorizar mais essa situação do que quem não tenha tido essa experiência, pois é difícil apreciar algo que não se tem experimentado.

Em vistas desses resultados, deve-se atentar para uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre os profissionais de saúde e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação. Faz-se necessário que esse profissional mude seu “olhar” que está apenas na doença para um olhar centrado no paciente. Esse deve agregar aos seus cuidados a percepção do paciente a respeito de sua doença, que possivelmente diverge do modelo clínico, visto que são valores e compreensões próprias daquele caso. Principalmente por ser um médico da família, necessitam ter, além do suporte técnico-diagnóstico, a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença. Tudo

isso porque uma melhor relação médico-paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Com esse resultado observou-se que não é o bastante agendar a consulta, realizar um determinado procedimento técnico, perguntar sobre a queixa e orientar. Para o usuário, a qualidade do atendimento implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão, descobrir outras necessidades e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema (CAMELO *et al.*, 2000).

Ainda considerando a relação profissional-usuário, o modelo demonstrou que os profissionais da equipe sugerirem soluções adequadas na realidade dos usuários na maioria das vezes, quase nunca ou nunca, em relação à quando é feita sempre, diminui as chances de obter a satisfação em 9%, 22% e 27%, respectivamente, no Brasil e 15%, 28% e 36%, respectivamente, no Nordeste. No Sudeste, apenas a categoria nunca foi significativa em relação a sempre os profissionais da equipe sugerirem soluções adequadas a sua realidade, diminuindo as chances de obter a satisfação em 27%.

Conhecer a realidade dos usuários diante da diversidade cultural existente no Brasil é uma tarefa dos profissionais da ESF para formar o vínculo profissional-usuário. Essa diversidade exige que os profissionais sejam capazes de aprender novos valores e desenvolver outras percepções de saúde-doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004), se despindo de seus discursos prontos e verticalizados, de preconceitos e do saber tradicional. Tudo isso no sentido de reconhecer os limites de cada família, e fornecer um tratamento de acordo com a realidade do usuário dos serviços de saúde do local, de forma a garantir adesão ao tratamento (ILHA *et al.*, 2014).

Os resultados deste estudo revelam que os usuários dos Brasil, principalmente da região Nordeste e Sudeste, que são regiões de grande diversidade cultural, consideram importante que os profissionais reconheçam a realidade da população adscrita, ou melhor, o contexto singular e subjetivo de cada indivíduo e família, levando em consideração que os usuários vivem diferentes histórias, apresentam diferentes dificuldades e problemas, possuem diversas expectativas e sonhos, dentre outros pontos que devem ser considerados no planejamento de estratégias de saúde.

Ademais, para o estabelecimento do vínculo e aderência, deve-se lembrar que o indivíduo é único. Isso denota que as pessoas são díspares, têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e esse patrimônio, essa identidade merece ser respeitada.

### 4.3.7 Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado

A tabela 23 aponta em quais os modelos de regressão as variáveis quanto ao vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado foram significantes.

**Tabela 23** - Distribuição por regiões das variáveis de vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado

	BR	NE	NO	CO	SU	SD
Se durante o atendimento na unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o usuário falar sobre as suas preocupações ou problemas	X	X				
Se o usuário na unidade de saúde observada é atendido(a) pelo mesmo médico	X					
Se os profissionais desta unidade costumam perguntar por familiares do usuário	X	X	X	X	X	X
Se os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do usuário	X	X	X	X		X
Se quando o usuário precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	X					X
Se quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta na unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento	X	X	X		X	X
Se o usuário se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões	X	X	X	X	X	X
Se quando o usuário precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas	X					X
Se o usuário encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam na unidade de saúde	X	X				X
Se o agente comunitário de saúde (ACS) do usuário visita a casa dele	X	X				X
Se outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do usuário	X	X			X	

O vínculo fortalecido entre a equipe de saúde da família e o usuário é de extrema relevância, pois beneficia a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e

partilha de compromissos. Pode-se considerá-lo como uma ferramenta que realiza a troca de saberes entre os profissionais e o usuário, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convertendo-os para a realização de atos terapêuticos, por considerar as singularidades e necessidades de cada indivíduo assim como as de sua família (ILHA et al., 2014).

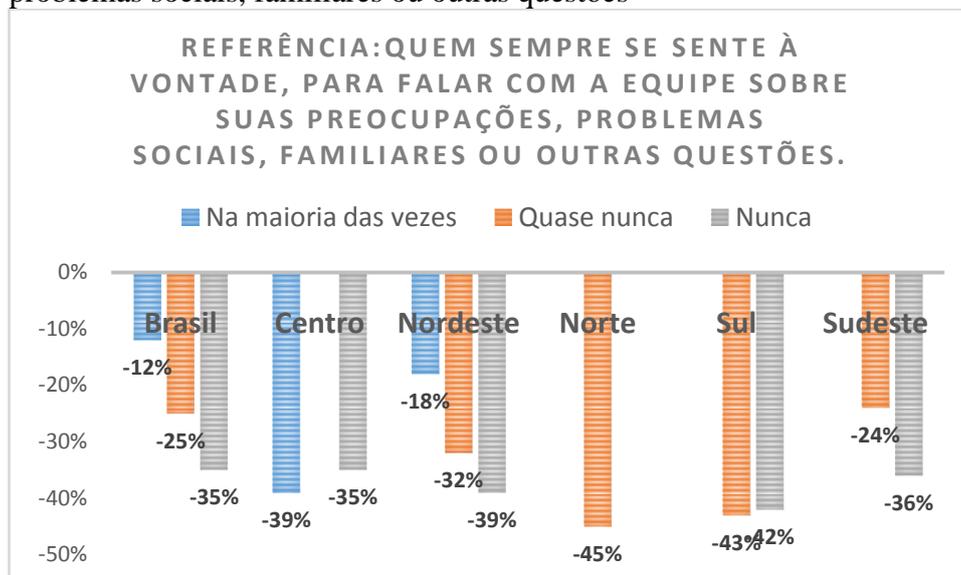
É evidente a necessidade da humanização do atendimento nos serviços de saúde. A literatura mostra que a produção da saúde demanda o estabelecimento de relações de intersubjetividade entre profissionais e usuários, abrindo-se a possibilidade de aproximação da realidade da vida dos usuários, portanto, ao seu modo de adoecer e morrer (VAN STRALEN *et al.*, 2008). A falta de comprometimento, respeito e atenção por falta do profissional são umas das principais causas de insatisfação do usuário (MOIMAZ *et al.*, 2010). Para Gondim e Andrade (2014), a satisfação do usuário está diretamente ligada ao atendimento médico, independentemente da localização ou dos recursos disponíveis pela UBS.

Com os resultados obtidos neste trabalho, observa-se que no Brasil, quando o médico deixa apenas algumas vezes ou não deixa tempo suficiente para o usuário falar sobre as suas preocupações ou problemas durante o atendimento na unidade de saúde, diminuem-se as chances de obter a satisfação em 20% e 24% respectivamente, em relação à quem disse que o médico deixa tempo suficiente para isso. No Nordeste, deixar apenas algumas vezes ou não deixar tempo suficiente diminui as chances em 32% e 28%, respectivamente, esse resultado deve ser devido a quem já recebeu tempo suficiente algumas vezes, já ter tido uma experiência de ter uma relação mais próxima com o médico, podendo falar abertamente de suas preocupações e perceber que uma consulta mais completa e que deixa o paciente mais à vontade é melhor e mais resolutiva.

Nesse sentido, muitos trabalhos verificaram que existe uma associação significativa entre o tempo da consulta e a satisfação do usuário (ALDANA; PIECHULEK; AL-SABIR, 2001; BASTOS *et al.*, 2013; COTTA *et al.*, 2005). Sabe-se que uma consulta com um tempo maior representa uma maior resolubilidade e, conseqüentemente está associado a uma melhor qualidade do atendimento: como uma melhor anamnese, uma melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação do médico sobre a compreensão do paciente e a participação do paciente na consulta (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). É necessário que o médico entenda que o acolher inicia-se no primeiro instante de um contato entre pessoas, em que ele se apresenta com atenção, ouvindo. Enfim, é uma relação de respeito mútuo, necessária ao desenvolvimento do trabalho, que vai aos poucos, organizando uma sociedade menos individualista e mais passível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Não obstante, é preciso que o usuário também se sinta à vontade para se expressar, pois quando o usuário se sente acolhido pela equipe e encontra abertura para relatar suas necessidades, ocorre o fortalecimento das relações e a construção conjunta do plano terapêutico mais próximo da realidade dos indivíduos, e, portanto, maiores são as chances de adesão ao tratamento. Neste estudo observou-se que a chance de obter a satisfação com o serviço diminui quando o usuário não se sente sempre à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões. No Gráfico 7, mostra-se o quanto diminui essa chance quando o usuário sente-se à vontade na maioria das vezes, quase nunca e nunca.

**Gráfico 7** - Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário não se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões



O atendimento humanizado do usuário proporciona segurança a esse e fortifica a relação profissional-paciente, contribuindo inclusive na melhoria da saúde do paciente (BRASIL, 2004b). Em um estudo na Etiópia, observou-se que a interação verbal limitada entre os profissionais e o usuário se mostrou como uma barreira para o aconselhamento durante cuidados pré-natais (VILLADSEN *et al.*, 2014).

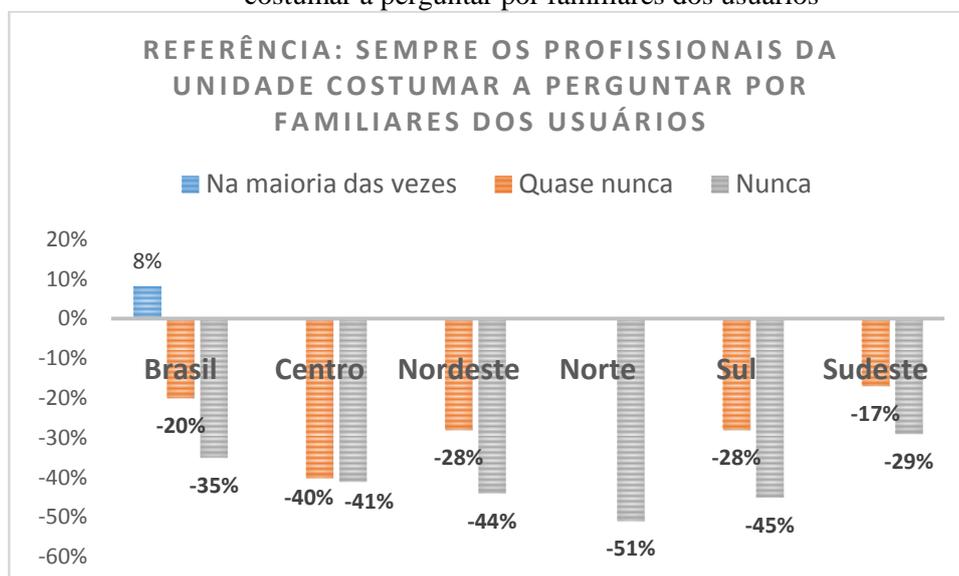
Um fato relevante a ser considerado é que o papel de “Doutor” se impõe como barreira, e compete ao profissional da saúde, por meio de um atendimento humanizado, contornar esse obstáculo para melhor comunicação entre o paciente e o profissional (MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2012). O processo de cuidado e a capacidade dos profissionais em humanizar o momento da consulta é tão ou mais importante para a satisfação do usuário do

que especificamente a habilidade técnica do profissional e o resultado final do tratamento ou procedimento como o alívio dos sintomas desagradáveis ou penosos e a cura (PASSERO, 2013).

Em uma boa relação profissional-paciente também se espera que haja coparticipação do paciente na terapêutica, mas essa conduta participativa depende, entre outros aspectos, da percepção do profissional a respeito dessa relação e de sua disposição para o diálogo. Deve-se entender que para ter o vínculo profissional-usuário como prática cotidiana na atuação ESF é necessário estreitar relações dialógicas entre eles, mediante a um processo de educar-se na sensibilidade e solidariedade para vivenciar os acontecimentos numa perspectiva ampliada (ILHA *et al.*, 2014).

Nesse aspecto, também foi observado neste estudo que o costume de perguntar pelos familiares dos usuários influencia na satisfação do usuário. No Gráfico 8 apresenta-se o quanto se diminui a chance de obter a satisfação dos usuários quando não é sempre que os profissionais perguntam pelos seus familiares.

**Gráfico 8** - Interpretação em percentual do OR para variável: os profissionais da unidade costumam a perguntar por familiares dos usuários



Esse resultado mostra a importância que o usuário atribui ao vínculo com os profissionais e que a família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde. Os usuários percebem a importância de levar o serviço de saúde mais próximo do contexto familiar e que isso torna a consulta mais humanizada. O conhecimento médico sobre o paciente, a coordenação do cuidado, a comunicação interpessoal e valorização

da continuidade do tratamento exerce influência na avaliação dos usuários sobre os serviços de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; NUTTING *et al.*, 2003).

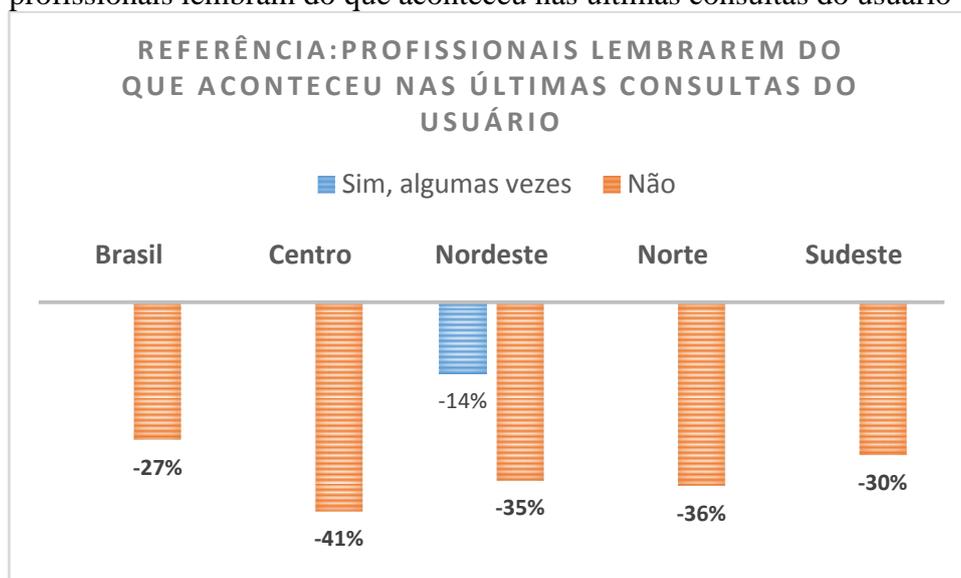
Outro aspecto analisado neste trabalho é que ser atendido pelo mesmo médico é um fator influenciador na satisfação dos usuários do Brasil. Foi observado que os usuários que na maioria das vezes, quase nunca e nunca são atendidos pelo mesmo médico têm uma diminuição na satisfação em 11%, 20% e 22%, respectivamente. Outra pesquisa obteve o mesmo resultado em relação ao cuidado ao pré-natal, constatando que a manutenção de uma mesma equipe de profissionais é fator importante para a satisfação das usuárias (ATKINSON, 1993).

Ser atendido pelo mesmo médico na UBS estabelece laços fortes e cria um vínculo de confiança. Em sentido etimológico, confiança significa ter fé junto com alguém, ou seja, acreditar junto com alguém em alguma coisa. Nos serviços de saúde, a confiança é essencial. O paciente confia que o profissional irá contribuir ou oferecer um serviço do qual precisa de maneira adequada e assim ajudá-lo a recuperar ou a manter sua saúde.

De certo, a falta de estabilidade dos profissionais nas equipes ou nos municípios causa uma instabilidade no trabalho idealizado para o SUS na busca da produção de vínculo que torna possível que o trabalho seja focado nas necessidades da população (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009). Quando se troca de médico na ESF, pode ocorrer uma quebra de confiança, romper-se o relacionamento profissional-paciente, e o usuário, insatisfeito, pode prejudicar a eficácia das ações de saúde, a autonomia dos usuários, a continuidade da procura dos serviços em saúde, a participação e auto-organização do usuário e conseqüentemente atrasar o processo de educação em saúde.

Cunha e Giovanella (2011), em revisão conceitual sobre a longitudinalidade e continuidade do cuidado, concluíram que são imprescindíveis aspectos como: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional. Nesse contexto, o presente trabalho constatou que os profissionais lembrarem do que aconteceu nas últimas consultas do usuário influencia na satisfação do usuário. No Gráfico 9 é visualizado o quanto diminui a chance de satisfação se os profissionais se lembram apenas algumas vezes ou não se lembram do que aconteceu nas últimas consultas.

**Gráfico 9** - Interpretação em percentual do OR para variável: os profissionais lembram do que aconteceu nas últimas consultas do usuário

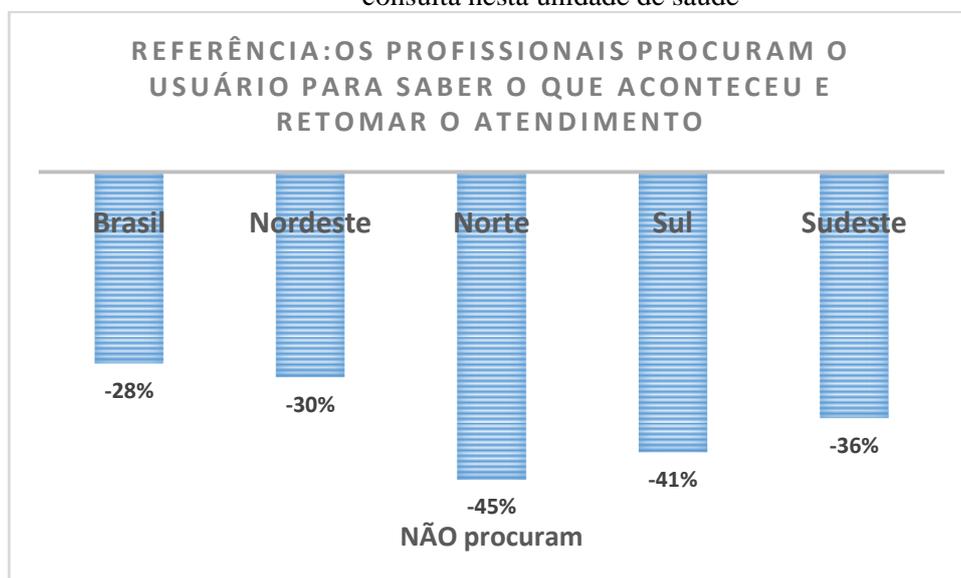


Um ponto importante a ser considerado a partir desses dados é a importância do registro de informações acerca do paciente no prontuário, que é o principal meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde, sendo também imprescindível na avaliação da assistência prestada, já que constitui uma forma de legitimar o trabalho daquele que o executou, além de servir como um instrumento útil nas ações de ensino e pesquisa (MARTINHO *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que os registros do prontuário são importantes para a tomada de decisões referentes aos cuidados com o paciente, útil, ainda, para analisar seu estado geral, sua evolução e resposta ao tratamento.

Ainda falando sobre continuidade no tratamento, neste estudo constatou-se que os usuários esperam a procura dos profissionais quando interrompem o tratamento ou não vão à consulta e isso está associado à satisfação do usuário. No Gráfico 10 é apresentado o quanto se diminui as chances de obter a satisfação do usuário quando os profissionais não o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento em caso de interrupção do tratamento por algum motivo ou por não vir à consulta nesta unidade de saúde.

**Gráfico 10** - Interpretação em percentual do OR para variável: os profissionais não procuram o usuário para saber o que aconteceu e retomar o atendimento em caso de interrupção do tratamento por algum motivo ou por não vir à consulta nesta unidade de saúde



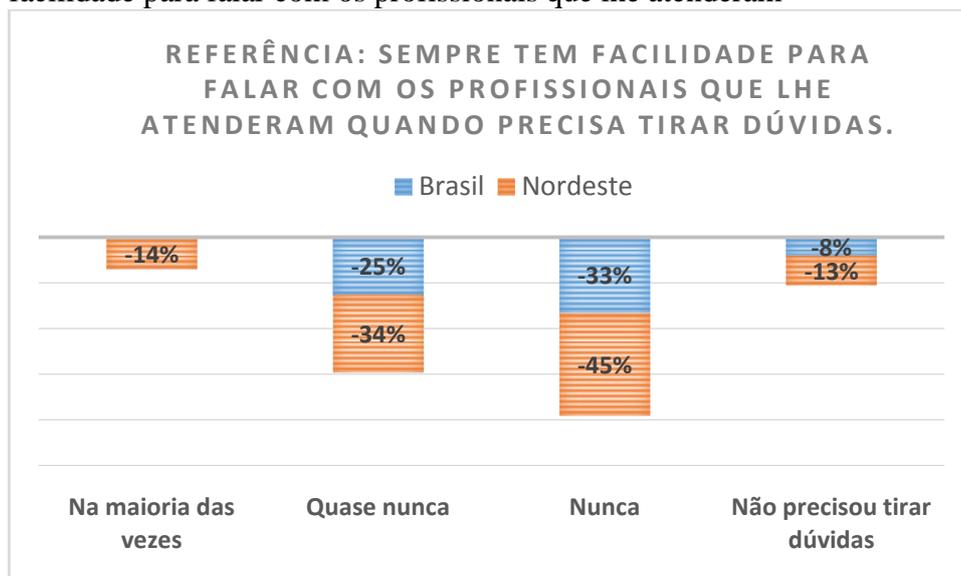
No gráfico 10 é visualizado o grau de valorização da continuidade do cuidado pelos pacientes, principalmente nas regiões Norte e Sul do Brasil. Muitos autores concordam que a continuidade do cuidado é um aspecto fundamental da atenção primária que deve ser assegurado (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; NUTTING *et al.*, 2003; VERAS *et al.*, 2014). Starfield (2002) identifica o vínculo e a longitudinalidade como uma característica central da atenção primária em saúde.

Entender que a responsabilidade dos profissionais com a resolubilidade das ações em saúde é fundamental para o êxito do PSF e que possibilita diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes (STARFIELD, 2002). Faz parte da continuidade do cuidado que após as consultas, o profissional esclareça as dúvidas do usuário, com abordagem acolhedora, valorizando as queixas e buscando possíveis soluções para o seu problema (SANTANA *et al.*, 2012). É possível que o usuário tenha dúvidas durante o tratamento e nesse momento é importante a presença do vínculo estabelecido, pois os usuários já conhecendo os profissionais de sua área, sabem a quem se dirigir para esclarecer suas dúvidas. É observado que, muitas das vezes, os profissionais utilizam o período da realização de atividades com os moradores para além de educar em saúde, esclarecer as dúvidas dos usuários.

Nesse aspecto, foi evidenciado neste estudo que é importante para a satisfação do usuário com os cuidados ofertados, o esclarecimento de suas dúvidas após as consultas. Foi observado que quando não é sempre que se encontra facilidade para falar com os profissionais

que lhe atenderam para retirar suas dúvidas diminui-se as chances de obter a satisfação, conforme mostrado no Gráfico 11. Evidencia-se diante dos dados, a importância que os usuários do Brasil, e principalmente da região Nordeste, atribuem ao esclarecimento de suas dúvidas junto aos profissionais de saúde que realizaram o atendimento.

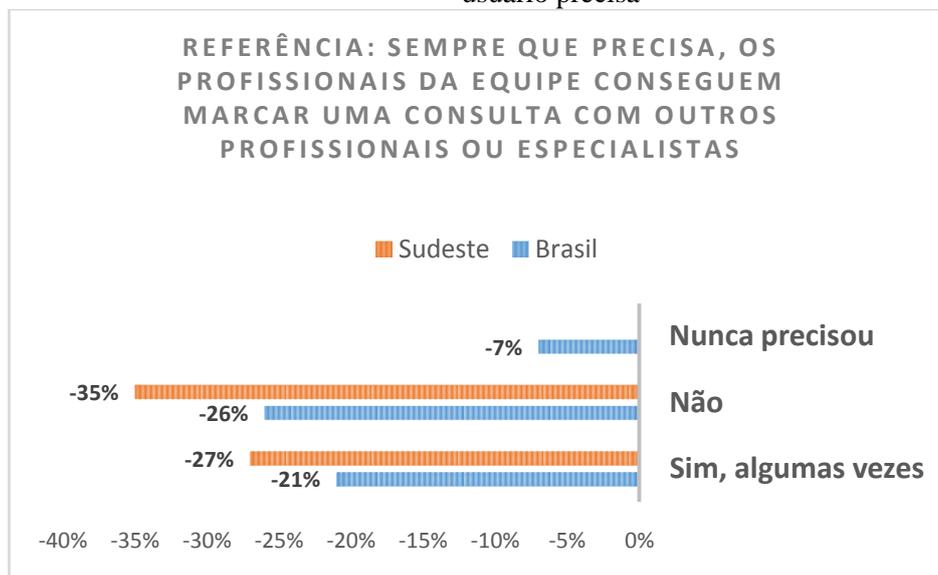
**Gráfico 11** - Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário precisa tirar dúvidas após as consultas, e não é sempre que encontra facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam



No contexto em que o PMAQ-AB veio incentivar o fortalecimento da atenção básica como o primeiro contato, de forma acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, além de possibilitar a criação de condições concretas para a garantia e coordenação da continuidade do cuidado nas linhas de cuidado prioritizadas nas redes (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), o acesso aos serviços públicos de saúde é um elemento essencial na avaliação da qualidade e direito qualificado da população, independente da complexidade do serviço (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Nesse aspecto, constatou-se no presente estudo que quando não é sempre que os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas, diminui-se as chances de obter a satisfação do usuário, conforme mostrado no gráfico 12. A baixa resolutividade da Atenção Básica e a deficiência de profissionais nos serviços especializados gera maior tempo de espera e são motivos de baixo grau de satisfação dos usuários do SUS (PASSERO, 2013).

**Gráfico 12** - Interpretação em percentual do OR para variável: os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas quando o usuário precisa

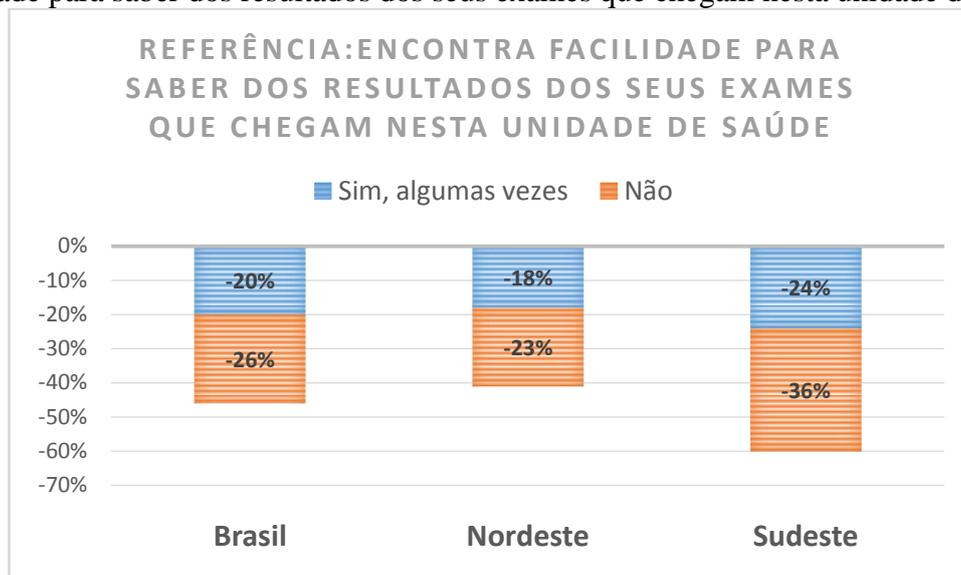


O estudo de Arakawa *et al.* (2012) registrou, como queixa mais frequente dos usuários, a dificuldade de acesso aos serviços especializados, concordando com outros trabalhos (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013; SANTIAGO *et al.*, 2013; VALIUS *et al.*, 2011). Santiago *et al.* (2013) verificaram em seu estudo uma grande insatisfação com a referência para consulta especializada e a marcação de consulta na unidade e considerou um problema grave, já que a insatisfação refere-se a um dos principais objetivos da ESF, ser a porta de entrada para uma rede de serviços resolutivos de acesso universal.

Outro fator importante que é atributo da AB na rede de atenção à saúde é a entrega dos exames aos usuários. Os usuários no estudo de Arruda (2009) demonstraram insatisfação com a demora na entrega de exames especializados e também com a falta de especialistas, as barreiras de acesso a especialidades e de integração entre unidades. Pandolfo (2008), por meio de uma análise em dados secundários, relativos à pesquisa de satisfação dos usuários, constatou que os pontos críticos no fluxo de atendimento são agendamento, cadastramento, realização e prazo de entrega de exames.

A partir dos modelos desse estudo pode-se observar, no Gráfico 13, que não encontrar sempre facilidade para conhecer os resultados dos seus exames que chegam na unidade de saúde, diminui as chances de obter a satisfação do usuário no Brasil e nas regiões Nordeste e Sudeste.

**Gráfico 13** - Interpretação em percentual do OR para variável: o usuário encontra sempre facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde



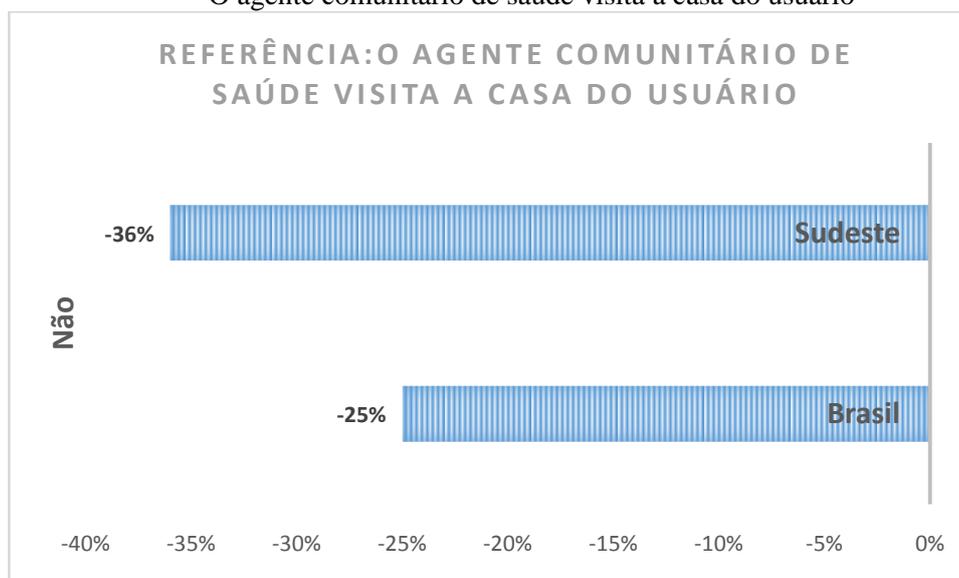
Os maiores problemas em relação ao acesso a consultas e exames especializados, entretanto, decorrem das deficiências de gestão, como a falta de planejamento da sua oferta e a pequena capacidade de regulação por parte dos gestores. É direito da população a informação sobre os serviços disponíveis de cada nível de atenção, seus respectivos horários e as condições requeridas para o acesso aos procedimentos especializados.

O referenciamento não ser realizado em sua forma plena, aponta para uma necessidade de se rever as estratégias de organização do serviço. Ademais, destaca-se que problemas de espera para os demais serviços especializados, enfraquece a credibilidade da atenção básica, assim como barreiras para o acesso ou técnicas inadequadas do cuidado na porta de entrada suscitam processos de utilização pouco eficientes dos serviços especializados e hospitalares (CONILL; FREIRE; GIOVANELLA, 2011).

Ademais, uma rede de serviços de saúde efetiva é importante, tendo em vista a resolubilidade nos serviços de saúde. Para isso se concretizar, o nível secundário de atenção à saúde tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos oriundos da Atenção Primária à Saúde (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Outro fator levantado em nosso estudo foi a presença da visita domiciliar. Em relação aos agentes de saúde pode-se notar que a não visita do agente comunitário de saúde a casa do usuário, diminui as chances de obter a satisfação deste e o quanto diminui a chance, na região Sudeste e no Brasil, e que é visualizado no Gráfico 14.

**Gráfico 14** - Interpretação em percentual do OR para variável:  
O agente comunitário de saúde visita a casa do usuário

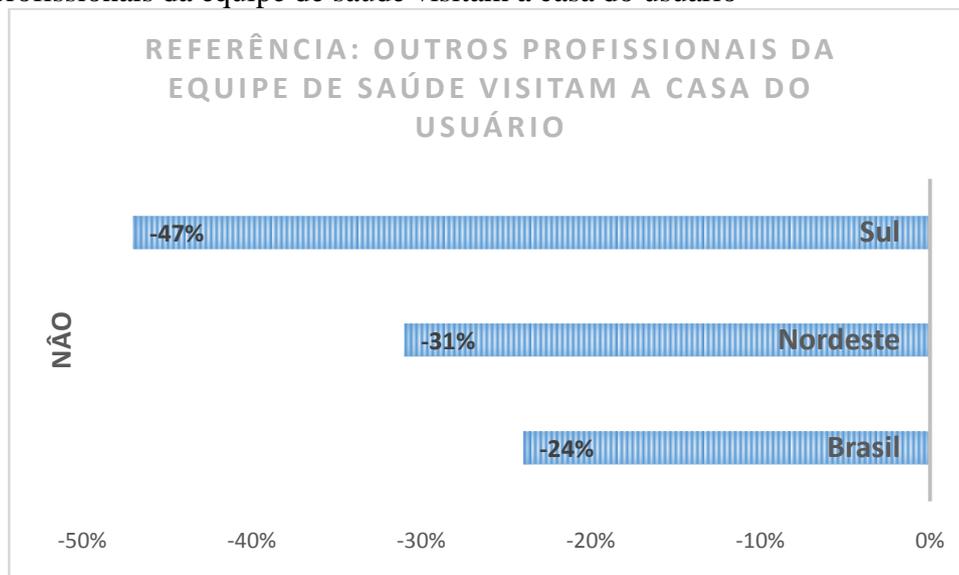


Em um estudo que avaliou a Estratégia de Saúde da Família em Vespasiano/MG, os usuários que citaram as visitas domiciliares como um benefício do ESF possuíam quase cinco vezes mais probabilidade de estarem satisfeitos com o ESF do que os que não mencionaram as visitas domiciliares (PEREZ *et al.*, 2013). A referir-se a tal assunto, Mues *et al.* (2012) observaram que os usuários que relataram que os agentes de saúde fizeram uma ou mais visitas domiciliares por mês, as chances de obter a satisfação com o acesso ao PSF, foi de 5,25 vezes maior em relação a quem recebe visita em casa menos de uma vez por mês.

Em relação à visita domiciliar pelos profissionais de saúde, foi constatado no presente estudo que a sua ausência diminui as chances de obter a satisfação dos usuários no Brasil e nas regiões Sudeste e Nordeste. O Sul apresentou uma diminuição expressiva na satisfação caso os profissionais não visitem a casa do usuário.

A Estratégia Saúde da Família propiciou o espaço e incentivo para que as visitas domiciliares pudessem realizar-se com maior frequência no Brasil, o que fortaleceu o vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário. Fato que é de extrema relevância, pois favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos (ILHA *et al.*, 2014). A visita ao domicílio, de fato, implica uma nova forma de relação médico/paciente, diferente daquela estabelecida nos limites dos serviços mais formais de assistência, indicando uma conduta de maior qualidade do profissional de saúde (TRAD *et al.*, 2002).

**Gráfico 15** - Interpretação em percentual do OR para variável: os outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do usuário



Albuquerque e Bosi (2009) concluíram que, na percepção do usuário, a visita domiciliar pelos profissionais de saúde é via para a garantia de direitos, além de facilitar o acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento, porém esses ainda consideram como algo esporádico. Esses autores ainda afirmam que é evidente a ideia de que o cuidado domiciliário decorrente da ESF engloba e perpassa modalidades de atenção que visualizam características fundamentais, para a garantia da integralidade, da intersubjetividade inerente à humanização e ao cuidado centrado no usuário e sua família.

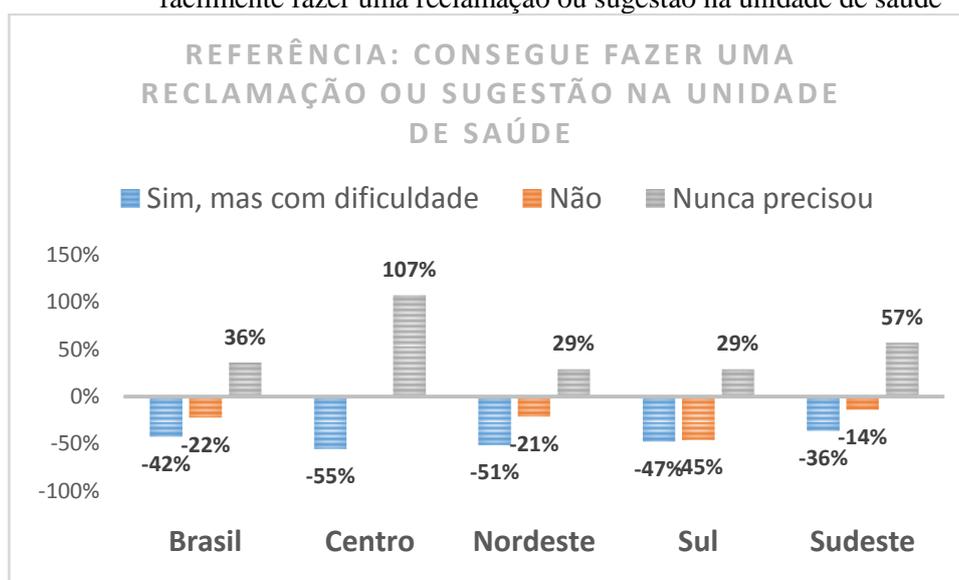
A atenção domiciliar abre uma porta para a interface de diálogo entre profissionais de saúde, o indivíduo sob cuidado e sua família possibilita a troca de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convertendo-os para a realização de atos terapêuticos, por considerar as singularidades de cada família bem como a do indivíduo. Além disso, a relação estabelecida e a contextualização do cuidado recebido na visita dos profissionais de saúde, proporciona e fortalece um vínculo real fazendo com que os usuários e sua família se sintam valorizados e amparados nas suas necessidades, além de sentir-se seguros e confortáveis com a atenção recebida (KERBER; KIRCHHOF; VAZ, 2008).

#### 4.3.8 Mecanismos de participação e interação dos usuários

Quanto ao aspecto **mecanismos de participação e interação dos usuários** apenas a variável: se o usuário consegue fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde aceitou os critérios de inclusão e exclusão, e foi significativa para todos os modelos, exceto para o da região Norte.

A possibilidade de fazer reclamações é essencial para o usuário, pois esse é o ator fundamental do processo de avaliação dos serviços prestados pelas unidades (SANTIAGO et al., 2013). No gráfico 16 é apresentado o quanto se diminui as chances de obter a satisfação do usuário quando não consegue fazer sempre uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde.

**Gráfico 16** - Interpretação em percentual do OR para variável: os usuários conseguem facilmente fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde



Observa-se nesse gráfico que os usuários que nunca precisaram fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde têm uma influência positiva na satisfação do usuário. Encontrou-se ainda que quem conseguiu com dificuldade fazer uma reclamação ou sugestão tem uma probabilidade maior de diminuir a satisfação do que não quem não conseguiu fazer, em relação a quem conseguiu.

#### 4.4 FATORES MAIS IMPORTANTES QUE INFLUENCIAM NA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nesta sessão, mostra-se os fatores mais importantes que influenciam a satisfação do usuário para o Brasil e cada região do país. Fatores esses que os gestores devem direcionar seu olhar no momento de tomar suas decisões para proporcionar uma melhora na satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde em sua região. Esses fatores foram escolhidos com base nas diretrizes de magnitude de efeito do *Odds Ratio*, que considera um efeito moderado quando o OR é 0,4 (HAMMOND; BUSCHBACHER, 2014). Além disso, é visto na literatura que esse valor é flexível, que cabe ao pesquisador decidir e deve-se considerar o contexto do campo de estudo (ROSENTHAL, 1996). Diante disso, utilizamos para escolher os fatores mais importantes, aqueles que possuíam uma OR a cerca de 0,4.

No **Brasil**, os fatores mais importantes na satisfação do usuário foram:

- i. A percepção do usuário quanto a equipe não buscar resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde (OR = 0,39; IC 95% 0,35 - 0,43).
- ii. O usuário não (OR = 0,44; IC 95% 0,37 - 0,52) sentir-se respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião ou sentir-se apenas algumas vezes (OR = 0,49; IC 95% 0,45 - 0,54).

No **Nordeste**, os fatores que mais importantes na satisfação do usuário foram:

- i. A percepção do usuário quanto a equipe não buscar resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde (OR=0,39; IC 95% 0,32 - 0,47).
- ii. O usuário não (OR=0,46; IC 95% 0,35 - 0,62) sentir-se respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião ou sentir-se apenas algumas vezes (OR=0,41; IC 95% 0,35 - 0,48).
- iii. Ter dificuldade de conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde (OR=0,49; IC 95% 0,39 - 0,61).
- iv. O horário de funcionamento da unidade não atender às necessidades dos usuários (OR=0,50; IC 95% 0,44 - 0,57).

No **Norte**, os fatores que mais importantes na satisfação do usuário foram:

- i. A percepção do usuário quanto a equipe não (OR=0,34; IC 95% 0,23 - 0,49) buscar resolver, ou buscar resolver apenas algumas vezes (OR=0,44; IC 95% 0,34 - 0,55), suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde
- ii. O usuário não (OR=0,39; IC 95% 0,22 - 0,68) sentir-se respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião ou sentir-se apenas algumas vezes (OR=0,49; IC 95% 0,35 - 0,67)
- iii. O horário de funcionamento da unidade não atender às necessidades dos usuários (OR=0,42; IC 95% 0,32 - 0,55).
- iv. O usuário não considerar o consultório para o atendimento um lugar com privacidade (OR=0,47; IC 95% 0,32 - 0,67).
- v. Não conseguir ser escutado quando vem à unidade de saúde sem ter hora marcada (OR=0,47; IC 95% 0,37 - 0,60).
- vi. Nunca os profissionais terem o costume de perguntar pelos familiares dos usuários (OR=0,49; IC 95% 0,37 - 0,64).

No **Centro-Oeste**, os fatores que mais importantes na satisfação do usuário foram:

- i. A percepção do usuário quanto a equipe não buscar resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde (OR=0,31; IC 95% 0,22 - 0,45).
- ii. Não conseguir ser escutado quando vem à unidade de saúde sem ter hora marcada (OR=0,41; IC 95% 0,32 - 0,52)
- iii. Quase nunca os profissionais fazerem perguntas sobre outras necessidades de saúde que não são relacionadas com o motivo da consulta (OR=0,45; IC 95% 0,31 - 0,67).
- iv. Ter dificuldade de conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde (OR=0,45; IC 95% 0,25 - 0,80).

No **Sul**, os fatores que mais importantes na satisfação do usuário foram:

- i. O usuário não (OR=0,38; IC 95% 0,24 - 0,60) sentir-se respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião ou sentir-se apenas algumas vezes (OR=0,43; IC 95% 0,33 - 0,57).
- ii. O horário de funcionamento da unidade não atender às necessidades dos usuários (OR=0,40; IC 95% 0,34 - 0,48).

- iii. A percepção do usuário quanto a equipe não buscar resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde (OR=0,39; IC 95% 0,28 - 0,54).
- iv. Ter dificuldade ou não conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde (OR=0,41; IC 95% 0,32 - 0,52).
- v. Não conseguir ser escutado quando vem à unidade de saúde sem ter hora (OR=0,48; IC 95% 0,40 - 0,58).

No **Sudeste**, os fatores que mais importantes na satisfação do usuário foram:

- i. A percepção do usuário quanto a equipe não buscar resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde (OR=0,31; IC 95% 0,26 - 0,36).
- ii. O usuário não (OR=0,37; IC 95% 0,28 - 0,48) sentir-se respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião ou sentir-se apenas algumas vezes (OR=0,49; IC 95% 0,42 - 0,57).

#### 4.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Por sua abrangência nacional, o PMAQ-AB fornece dados generalizados e, conseqüentemente, tem alto nível de precisão. Por outro lado, pode-se encontrar algumas limitações quando utilizou-se dados secundários, como a restrição da análise dos dados organizados e elaborados por outros que não os pesquisadores usuários dessas informações.

Os resultados apresentados neste trabalho foram provenientes da primeira avaliação externa do 1º Ciclo do PMAQ-AB. Trata-se de uma primeira experiência de aplicação dessa avaliação em que poucas equipes estavam aderidas ao programa e a adesão a esse foi voluntária. Porém, o PMAQ-AB desde seu planejamento propõe a realização de vários ciclos em um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade da atenção básica e os dados do 1º ciclo poderão servir de base para a análise de possíveis mudanças.

Quanto à amostra dos usuários coletada pela avaliação externa do PMAQ-AB, encontram-se limitações e vieses de seleção, visto que foram entrevistados os usuários presentes na unidade no dia da avaliação, não ocorrendo seleção estritamente aleatória, e de informação devido ao questionário ser extenso.

Um aspecto a ser considerado como uma limitação deste estudo é que o resultado da avaliação externa compõe 70% das dimensões consideradas para certificação de desempenho das equipes das equipes de atenção básica que, por sua vez, está vinculada ao repasse de recursos financeiros para o gestor municipal. Esse vínculo financeiro pode estimular o gestor municipal e as equipes participantes a fornecer respostas positivas para o alcance dos melhores resultados.

Para a análise dos dados, dificuldades foram encontradas devido ao banco não ter sido tabulado pela autora deste trabalho e por ter tido elevado número de não-resposta em algumas variáveis. Este fato foi resolvido mediante a elaboração de critérios de exclusão de variáveis e inclusão de apenas dados completos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa advém do resultado do desenvolvimento do 1º ciclo de uma avaliação nacional que visa incentivar a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Primária à Saúde. Pode-se observar que o PMAQ-AB, mesmo com suas limitações, apresenta resultados relevantes quanto à percepção e a satisfação dos usuários acerca dos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. É o primeiro processo avaliativo de âmbito nacional que agrega dados detalhados sobre as reais condições de funcionamento, estrutura e processo de trabalho das equipes de saúde da família.

A utilização da regressão logística como modelo de apoio à decisão para os gestores em saúde torna possível a redução da subjetividade nas decisões maximizando a probabilidade de acerto e a consequente redução da insatisfação do usuário. A partir dos resultados obtidos, mediante a aplicação dos modelos de decisão descritos e realizados para o Brasil e para cada região especificamente, foi possível identificar os principais fatores associados a satisfação do usuário quanto aos serviços de saúde.

Foram identificados no presente trabalho vários fatores associados à satisfação do usuário com o serviço de saúde, porém pode-se destacar como os principais para o Brasil, os seguintes: a busca da equipe em resolver as necessidades ou problemas do usuário na própria unidade de saúde e o usuário sentir-se respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião. Os fatores associados à satisfação dos usuários encontrados são, em sua maioria, factíveis para os gestores, pois não demandam grandes investimentos financeiros e sim iniciativas de reorganização dos processos de trabalho, assim como otimização dos fluxos internos.

Por região, pode-se apontar como fatores mais importantes, além desses destacados no Brasil, os descritos a seguir. Para o Nordeste, o horário de funcionamento da unidade atender às necessidades dos usuários, e o usuário conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde; para o Norte, o horário de funcionamento da unidade atender às necessidades dos usuários, conseguir ser escutado quando vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, a privacidade do consultório de atendimento e o costume dos profissionais de perguntar pelos familiares dos usuários; para o Centro-Oeste, os profissionais fazerem perguntas sobre outras necessidades de saúde que não são relacionadas com o motivo da consulta, conseguir ser escutado quando vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema e o usuário conseguir fazer uma

reclamação ou sugestão na unidade de saúde; para o Sul, o horário de funcionamento da unidade atender às necessidades dos usuários, conseguir ser escutado quando vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema e o usuário conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde; e para o Sudeste, foram apontados os mesmos do Brasil.

Observa-se também que os fatores influenciadores da satisfação do usuário variam de acordo com a região e nem sempre são os mesmos que estão associados ao Brasil. Essas diferenças se relacionam com a diversidade do país. A abordagem territorial utilizada neste estudo demonstra que é possível e necessário a elaboração de políticas específicas, mesmo sendo um desafio para os governantes.

Os dados analisados neste estudo revelam a importância das equipes e gestores continuarem empenhando seus esforços para melhorar a qualificação do acesso, atender as necessidades dos usuários, aprimorar os aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho e, principalmente, o fortalecimento do vínculo, mediante ao aprimoramento da relação entre usuários e profissionais de saúde além das visitas domiciliares, considerando também a contribuição e a importância de análises de aspectos sócio geográficos e socioeconômicos.

Percebe-se também que, para além da organização dos serviços, a análise dos resultados neste trabalho elucidada que os usuários almejam que o vínculo profissional-paciente se fortaleça, que esses desejam exercer seu papel de cidadão com maior autonomia no que diz respeito a sua saúde de forma que seus direitos de fala, argumentação e que suas escolhas sejam respeitadas. Fatos que são cruciais para a apreensão da educação em saúde, a efetividade do cuidado, a garantia da continuidade do tratamento, e conseqüentemente proporcionam ganhos para todo o sistema de saúde.

Por fim, o resultado deste estudo representa um importante meio para repensar as práticas profissionais e as intervenções necessárias sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento. Considerar os valores, as preocupações e percepções dos usuários, que são os principais interessados em relação ao objeto da avaliação, implica na elucidação das reais necessidades e fragilidades apresentadas no serviço, dando subsídios aos gestores e profissionais de saúde à adequação do serviço.

## 5.1 SUGESTÃO DE NOVOS TRABALHOS

Como o PMAQ-AB prevê um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolve a gestão e o processo de trabalho, os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica a cada ciclo do programa, podem definir novos parâmetros de qualidade. Entre trabalho utilizou os dados do 1º ciclo, no entanto o 2º ciclo foi realizado entre o ano de 2013 e o primeiro semestre de 2014 e os dados ainda serão divulgados. Diante disso, sugere-se novos trabalhos que realizem estudos comparativos entre esses ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB.

## 5.2 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Foram produzidos os trabalhos a seguir ao longo da pesquisa:

### **Artigo completo publicado em periódico**

- PROTÁSIO, A. P. L., LIMA, E. L., SILVA, P.B., GOMES, L. B., MACHADO, L. S., VALENÇA, A.M.G. **Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB.** Saúde em Debate, v.28, Número Especial, Rio De Janeiro, p.209 - 220, OUT 2014.

### **Artigo completo aceito em periódico**

- PROTASIO, A. P. L.; MACHADO, L. DOS S.; VALENÇA, A. M. G. **Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da atenção básica à saúde no brasil: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Aceito em 16 de setembro de 2014.

### Artigos submetidos (em avaliação)

- PROTÁSIO, A. P. L.; VALENÇA, A. M. G.; CARNEIRO, T. V.; MORAES, R. M. DE. **Avaliação mediante árvore de decisão da qualidade do atendimento odontológico de pacientes oncológicos pediátricos.** Submetido em setembro 2013 para a Revista Baiana de Saúde Pública.

### Resumos em Anais de Congresso

- PROTÁSIO, A. P. L., GOMES, L. B., MACHADO, L. S., VALENÇA, A.M.G. **Percepção dos usuários da Paraíba sobre o acesso aos serviços de saúde no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB** In: 31ª Reunião Anual da SBPqO, 2014, João Pessoa. Brazilian Oral Research Proceedings of the 31st SBPqO Annual Meeting.. São Paulo: EDUSP, 2014. v.28. p.251 - 251
- PROTÁSIO, A. P. L., LIMA, N. P., GOMES, L. B., MACHADO, L. S., VALENÇA, A.M.G. **Relação da estrutura para atenção odontológica, tipos de unidades de saúde e regionais da Paraíba: Primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB.** In: 31ª Reunião Anual da SBPqO, 2014, Águas de Lindóia. Brazilian Oral Research Proceedings of the 31st SBPqO Annual. São Paulo: EDUSP, 2014. v.28. p.162 - 162
- PROTÁSIO, A. P. L., NOBREGA, J. B. M., DANTAS, E. L. A., FERREIRA FILHO, J. C. C., LIMA, N. P., MELO, A. C. R., SANTIAGO, B. M., VALENÇA, A.M.G. **Iniquidades sociais contextuais e a ocorrência de cárie dentária em adolescentes: uma revisão sistemática.** In: 31ª Reunião Anual da SBPqO, 2014, João Pessoa. Brazilian Oral Research Proceedings of the 31st SBPqO Annual Meeting.. São Paulo: EDUSP, 2014. v.28. p.88 - 89
- PROTÁSIO, A. P. L.; LIMA, E. C. D.; SILVA, P. B. D.; MACHADO, L. DOS S.; VALENÇA, A. M. G. **Organização do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.** In: 11º Congresso Internacional Da Rede Unida, 10 a 13 abr. 2014 em Fortaleza, Ceará.
- PROTÁSIO, A. P. L., VALENÇA, A.M.G., LIMA, N. P. **Análise das modalidades de Unidades de Saúde e cobertura profissional na atenção**

**odontológica-Paraíba:Primeiro Ciclo de Avaliação do PMAQ-AB** In: XXIV Mostra de Iniciação Científica em Odontologia, 2014, João Pessoa. Anais da XXIV Mostra de Iniciação Científica em Odontologia. João Pessoa: Revista de Iniciação Científica em Odontologia, 2014. v.12. p.18 - 18

- **PROTÁSIO, A. P. L., MACHADO, L. S., VALENÇA, A.M.G. Análise do Serviço de Prótese Dentária na Paraíba, com base no 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.** I Encontro do PPGO UFPB/ XXV MICO-Mostra de Iniciação Científica em Odontologia /IV EPICO, 2014, João Pessoa.
- **PROTÁSIO, A. P. L., CARNEIRO, T. V., MORAIS, R. M; LIMA NETO, E.A. VALENÇA, A.M.G. Análise do Serviço de Prótese Dentária na Paraíba, com base no 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.** I Encontro do PPGO UFPB/ XXV MICO-Mostra de Iniciação Científica em Odontologia /IV EPICO, 2014, João Pessoa.

## REFERÊNCIAS

AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos estatísticos para as ciências sociais**. Penso, 2012.

ALBUQUERQUE, A. B. B. DE; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1103–12, maio 2009.

ALDANA, J. M.; PIECHULEK, H.; AL-SABIR, A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 6, p. 512–517, jan. 2001.

AL-MANDHARI, A. S.; HASSAN, A. A.; HARAN, D. Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from users of primary health care in Oman. **Family Practice**, v. 21, n. 5, p. 519–527, 10 jan. 2004.

ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L. Assessment of Primary Health care in Brazil: mapping and analysis of research conducted and/or financed by the Ministry of Health from 2000 to 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727–1742, ago. 2008.

ARAIN, M.; NICHOLL, J.; CAMPBELL, M. Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK; a cross sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 142, abr. 2013.

ARAKAWA, A. M. et al. Perception of SUS users: expectation and satisfaction of care in the family health strategy/Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na estratégia de saúde da família. **Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação**, v. 14, n. 6, p. 1108+, dez. 2012.

ARRUDA, C. A. M. **Qualidade dos serviços e satisfação dos usuários(as): explorando experiências no espaço da atenção básica no município de Fortaleza/Ceará**. Dissertation. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6736>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

ASSEFA, F.; MOSSE, A.; H/MICHAEL, Y. Assessment of Clients' Satisfaction with Health Service Deliveries at Jimma University Specialized Hospital. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 21, n. 2, p. 101–110, jul. 2011.

ATKINSON, S. J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, set. 1993.

AVORTRI, G. S.; BEKE, A.; ABEKAH-NKRUMAH, G. Predictors of satisfaction with child birth services in public hospitals in Ghana. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 24, n. 3, p. 223–237, mar. 2011.

BACHER, J.; WENZIG, K.; VOGLER, M. SPSS TwoStep Cluster - A First Evaluation. jun. 2004.

BAPTISTA, T. W. DE F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. DA. Review of scientific literature on primary health care in Brazil in four selected journals. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1007–1028, jan. 2009.

BASTOS, G. A. N. et al. Factors that influence outpatient service user satisfaction in a low-income population: a population-based study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 114–124, mar. 2013.

BEKELE, A. et al. Levels of outpatient satisfaction at selected health facilities in six regions of Ethiopia. **Ethiopian Journal of Health Development**, v. 22, n. 1, p. 42–48, 2008.

BLEICH, S. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 4, p. 271–278, abr. 2009a.

BLEICH, S. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 4, p. 271–278, abr. 2009b.

BRANDÃO, A. L. DA R. B. DA S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103–114, jan. 2013.

BRANT, R. Assessing proportionality in the proportional odds model for ordinal logistic regression. **Biometrics**, p. 1171–1178, dez. 1990.

BRASIL. Decreto N° 7508. Brasília-DF. Junho de 2011. 2011 a.

BRASIL. Portaria N° 2.027, de 25 DE agosto de 2011 Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). **Diário Oficial da união**, 2011b.

BRASIL, L. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, v. 128, n. 182, 1990.

BRASIL, M. DA S. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde** Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Anais**.1987.

BRASIL, M. DA S. NOB-SUS 01/96. **Normas Operacionais Básicas da Saúde e Pactos**, 1996.

BRASIL, M. DA S. **Cadernos de Atenção Básica : programa saúde da família** . Brasília: Ministério da Saúde , Secretaria de Políticas de Saúde , Departamento de Atenção Básica , 2000.

BRASIL, M. DA S. **As cartas da promoção da saúde**. Brasil. Ministerio da Saude, 2002.

BRASIL, M. DA S. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL, M. DA S. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos serviços de saúde - PNASS**. Secretaria de Assistência à Saúde, 2004a.

BRASIL, M. DA S. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde Brasília, 2004b.

BRASIL, M. DA S. **Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Ministério da Saúde Brasília, 2005.

BRASIL, M. DA S. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: 2008.

BRASIL, M. DA S. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2010a.

BRASIL, M. DA S. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 5ª. ed. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, 2010b.

BRASIL, M. DA S. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: [s.n.].

BRASIL, M. DA S. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Documento síntese para avaliação externa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2012a.

BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica. 2012b.

BRASIL, M. DA S. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ**. Brasília, DF: Departamento de atenção Básica – DAB. 2012c.

BRASIL, M. DA S. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Brasília, DF: Departamento de atenção Básica – DAB. 2012d.

BRASIL, M. DA S. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Documentos**. Brasília, DF: Departamento de atenção Básica – DAB. 2012e.

BRASIL, M. DA S. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF**. Brasília, DF: Departamento de atenção Básica – DAB. 2013a.

BRASIL, M. DA S. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - núcleos de apoio à saúde da família - AMAQ**. Brasília, DF: Departamento de atenção Básica – DAB. 2013b.

BRASIL, M. DA S. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO). Manual Instrutivo.** Brasília, DF: Departamento de atenção Básica – DAB. 2013c.

CAMELO, S. H. H. et al. Receiving clients: a study in basic health units in the city of Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 30–37, ago. 2000.

CAMPOS, C. E. A. Strategies of assessment and continuous quality improvement in the context of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, p. s63–s69, dez. 2005.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139–46, 2004.

CASTRO, A. L. B. DE; MACHADO, C. V. Primary health care policy in Brazil: notes on Federal regulation and funding. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693–705, abr. 2010.

CASTRO, A. L. B. DE; MACHADO, C. V. The federal primary health care politics in Brazil in the 2000's. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 477–506, jun. 2012.

CASTRO, H. C. 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, 28 jun. 2012.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cienc saúde coletiva**, v. 14, n. Supl 1, p. 1523–31, 2009.

CONILL, E. M.; FREIRE, J.-M.; GIOVANELLA, L. Desafios para a consolidação dos sistemas de saúde ibero-americanos: temáticas que a análise comparada permite circunscrever. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2670–2670, jun. 2011.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. DE. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783–2794, 2011.

COSTA, G. G. Formalização do Modelo de Discriminação de Personalidade para Recursos Humanos-MODISPER-Uma Proposta de Ferramenta Organizacional para Alocação de Pessoal. **Revista Eletrônica Produção em Foco**, v. 3, n. 1, 2013.

COTTA, R. M. 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.

CUETO, M. The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864–1874, nov. 2004.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema Health services accessibility in a city of Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725–737, abr. 2010.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2011.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E.; CAMPOS, F. E. Sistema único de saúde: princípios. **Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde–textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde**, p. 285–304, 2001.

DANIEL, W. W. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. Ninth Edition ed. John Wiley & Sons New York, 2009.

DA SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. **Modelos de atenção ea saúde da família**, p. 27, 2007.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 23 set. 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115, nov. 1990.

DOUBOVA, S. V. et al. Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. **Salud Pública de México**, v. 51, n. 3, p. 231–239, jun. 2009.

DRAKOPOULOU, M. et al. Correlates of Health Services Users' Satisfaction Provided by the First Urban Type Health Center in Greece. **Balkan Military Medical Review**, v. 15, n. 1, p. 2–14, 2012.

DY, S. M.; PURNELL, T. S. Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: a literature review. **Social science & medicine (1982)**, v. 74, n. 4, p. 582–587, fev. 2012.

ESCOREL, S. et al. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2-3, p. 164–176, mar. 2007.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267–1276, jun. 2006.

FAUSTO, M. C. R. et al. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. **Modelos de Atenção ea Saúde da Família**, p. 43, 2007.

FÁVERO, L. P. L. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Elsevier, 2009.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Opas/OMS–Representação do Brasil**, 1997.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. Bookman, 2009.

FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. **Módulo Político Gestor**, 2010.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S.; WAGNER, E. H. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. In: **Série Médica**. Artes médicas, 1996.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 5–9, 24 jan. 2012.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Description and analysis of embracement: a contribution to Family Health Program. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 143–151, jun. 2004.

FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 271–277, mar. 2008.

GIARELLI, G. et al. Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità. **Cipolla C, Giarelli G, Altieri L, organizadores. Valutare la qualità in sanità. Milão: Angeli**, p. 430–437, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde ea diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em debate**, v. 26, n. 60, p. 37–61, abr. 2002.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990 Primary care in European Union countries: configurations and organizational reforms. **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 5, p. 951–963, maio 2006.

GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103–114, 2013.

GLAUCIO DE OLIVEIRA COSTA, G. Uso da Técnica Two Step Cluster para Segmentação de Aparelhos de Ar Condicionado Split Segundo Desempenho, Segurança e Ruído: Um Estudo de Caso. **Produção em Foco**, v. 4, n. 1, p. 203–227, 25 jun. 2014.

GONDIM, A. P. S.; ANDRADE, J. T. DE. Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde—Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 61–68, jun. 2014.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users's satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. S109–S118, jan. 2005.

GOUVEIA, G. C. et al. User satisfaction in the Brazilian health system: associated factors and regional differences. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 281–296, set. 2009.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. DE. Formation processes within the National Humanization Politics: the experience of a course for managers and workers in primary health care. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1087–1109, jan. 2009.

- GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C. **Econometria Básica - 5.Ed.** McGraw Hill Brasil, 2011.
- HAGGERTY, J. L. et al. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 26, n. 5, p. 377, 2009.
- HAMMOND, F.; BUSCHBACHER, R. **Handbook for Clinical Research: Design, Statistics, and Implementation.** Demos Medical Publishing, 2014.
- HARTZ, Z. M. DE A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- HERRERA-ESPIÑEIRA, C. et al. Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. **Health Policy**, v. 89, n. 1, p. 37–45, jan. 2009.
- HOFFMANN, R. **Análise estatística de relações lineares e: não-lineares.** LIVROPRONTO, 2012.
- HOSMER, D. W.; TABER, S.; LEMESHOW, S. The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. **American journal of public health**, v. 81, n. 12, p. 1630–1635, dez. 1991.
- ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556 – 562, maio 2014.
- JR, D. W. H.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R. X. **Applied Logistic Regression.** John Wiley & Sons, 2013.
- KAMHAWI, S. et al. Client-centered counseling improves client satisfaction with family planning visits: evidence from Irbid, Jordan. **Global Health: Science and Practice**, v. 1, n. 2, p. 180–192, dec. 2013.
- KAUFMAN, L.; ROUSSEEUW, P. J. **Finding groups in data: an introduction to cluster analysis.** John Wiley & Sons, 2009. v. 344
- KERBER, N. P. DA C.; KIRCHHOF, A. L. C.; VAZ, M. R. C. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. jun. 2008.
- KIM, J. S.; DAILEY, R. J. Regression Analysis and Correlation. In: **Biostatistics for Oral Healthcare.** Blackwell Munksgaard, 2008. p. 203–225.
- KLEINBAUM, D. G.; KLEIN, M. **Logistic regression: a self-learning text.** Springer, 2010.
- KRUK, M. E. et al. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. **Social Science & Medicine**, v. 70, n. 6, p. 904–911, mar. 2010.
- LAFAIETE, R. DOS S.; MOTTA, M. C. SALVADOR DA; VILLA, T. C. S. User satisfaction in the tuberculosis control program in a city in Rio de Janeiro, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 508–514, jun. 2011.

LARIZGOITIA, I.; STARFIELD, B. Reform of primary health care: the case of Spain. **Health Policy**, v. 41, n. 2, p. 121–137, ago. 1997.

LAVRAS, C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

LAZZARI, A. R. Comparação de técnicas estatísticas para analisar a relação entre doenças respiratórias e concentrações de poluentes atmosféricos. **Ciência e Natura**, v. 35, n. 1, p. 98–105, 2013.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. DE. Aspects of primary care for children: an evaluation of care-givers. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 3, p. 323–334, set. 2011.

LLENA, C.; CLEMENTE, G.; FORNER, L. Parental Satisfaction with Children's Primary Dental Care in Valencia, Spain. **Primary Dental Care**, v. 18, n. 1, p. 25–30, jan. 2011.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 780–788, set. 2013.

MARTINHO, N. J. et al. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. set. 2009.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 233–241, fev. 2001.

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

MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. Atheneu, 2009.

MENDES, F. et al. A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIII, n. 9, p. 17–25, mar. 2013.

MENDES, I. A. C. Development and health: the declaration of Alma-Ata and posterior movements. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447–448, jun. 2004.

MENDONÇA, C. S. Family Health, more than never! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1493–1497, out. 2009.

MEUWISSEN, L. E.; GORTER, A. C.; KNOTTNERUS, J. A. Perceived quality of reproductive care for girls in a competitive voucher programme. A quasi-experimental intervention study, Managua, Nicaragua. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 18, n. 1, p. 35–42, 2 jan. 2006.

MISHIMA, S. M. et al. (Dis)Satisfaction of users: duplication and simultaneous use of services in Family Health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 766–773, set. 2010.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfaction and perception of SUS's users about public health care. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419–1440, dez. 2010.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. DE F. A. S. Bonding to implement the Family Health Program at a basic health unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 358–364, jun. 2009.

MOOI, E.; SARSTEDT, M. **A Concise Guide to Market Research: The Process, Data, and Methods Using IBM SPSS Statistics**. Springer Science & Business Media, 2011.

MORALES-ASENCIO, J. M. et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 1, p. 193, 23 set. 2008.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. v. 4

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Primary care in the health system: debates from São Paulo in a historical perspective. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 837–852, dez. 2011.

MOTA, L.; SANTOS, T.; MAGALHÃES, D. Humanização no Atendimento Odontológico: Acolhimento da Subjetividade dos Pacientes Atendidos por Alunos de Graduação nos Campos de Estágio. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 537–544, dez. 2012.

MUES, K. E. et al. User satisfaction with the Family Health Program in Vespasiano, Minas Gerais, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 6, p. 454–460, jun. 2012.

MURAKAMI, G. et al. Patient perceived priorities between technical skills and interpersonal skills: their influence on correlates of patient satisfaction. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 16, n. 3, p. 560–568, 1 jun. 2010.

NANYONJO, A. et al. Perceived Quality of Care for Common Childhood Illnesses: Facility versus Community Based Providers in Uganda. **PLoS ONE**, v. 8, n. 11, p. e79943, 7 nov. 2013.

NEVES, M. Associação entre resiliência e satisfação com os serviços odontológicos acessados por idosos. 2011.

NGUYEN THI, P. L. et al. Factors determining inpatient satisfaction with care. **Social Science & Medicine**, v. 54, n. 4, p. 493–504, fev. 2002.

NIGENDA-LÓPEZ, G. et al. Identification of users according to degree of satisfaction with geriatric care services using cluster analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 415–9, 2013.

NOVAES, M. R. C. G. et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal; Ethnographic study and the satisfaction of Professionals and users of the Family Health Program in Samambaia, Federal District, Brazil. **Comunicação em ciências da saúde**, v. 21, n. 4, p. 289–300, mar. 2011.

NUNES, A. A. Resolubilidade da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. supl 1, p. 27–32, 2012.

NUTTING, P. A. et al. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? **The Annals of Family Medicine**, v. 1, n. 3, p. 149–155, sept. 2003.

OPAS, O. P.-A. DE S. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: Documento de posicionamento da organização Pan-Americana da saúde/organização mundial da saúde(OPAS/OMS)**, 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-21906>>. Acesso em: 22 nov. 2013

OSUNGBADE, K. O. et al. Patients' Satisfaction with Quality of Anti-Retroviral Services in Central Nigeria: Implications for Strengthening Private Health Services. **Journal of Preventive Medicine**, v. 1, n. 3, p. 11–18, 2013.

PANDOLFO, P. DOS R. **Fatores de insatisfação de usuários e abordagens de mudanças: estudo de caso em uma unidade de diagnóstico por imagem**. PORTO ALEGRE: UFRG, 2008.

PASCOE, G. C. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. **Evaluation and Program Planning**, v. 6, n. 3–4, p. 185–210, 1983.

PASSERO, L. G. **Insatisfação do usuário da atenção básica com o Sus: análise multinível da pesquisa da ouvidoria**. Mestrado profissional—PORTO ALEGRE: UFRGS, 2013.

PAULA, G. A. **Modelos de Regressão: com apoio computacional**. São Paulo: IME-USP São Paulo, 2010.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. DE C. O território no programa de saúde da família. jun. 2006.

PEREZ, L. G. et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 403–413, abr. 2013.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. CEPESC, 2009.

PINO, F. A. Modelos de decisão binários: uma revisão. v. 54, p. 45–57, jun. 2007.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. 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 & Inovação em Saúde-RECIIS**, v. 6, n. 2, 31 ago. 2012.

PORTELA, L. R.; DIAS, M. S. DE A.; VASCONCELOS, M. I. O. Programa nacional da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: análise da autoavaliação em sobral, Ceará. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 12, n. 1, 22 nov. 2013.

PREARO, L.; GOUVEA, M. A.; MONARI, C. Avaliação do emprego da técnica de análise de regressão logística em teses e dissertações de algumas instituições de ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 30, n. 2, p. 123–140, 2009.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. Especial, p. 209–220, out. 2014.

PROTASIO, A. P. L.; MACHADO, L. DOS S.; VALENÇA, A. M. G. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da atenção básica à saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, dez. 2014. No prelo.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. DA S. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27–34, fev. 2003.

RODRIGUES, C. A. Q. et al. Factors associated with satisfaction with dental services among the elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1039–1050, dez. 2012.

ROSENTHAL, J. A. Qualitative Descriptors of Strength of Association and Effect Size. **Journal of Social Service Research**, v. 21, n. 4, p. 37–59, 11 out. 1996.

SANTANA, J. C. B. et al. Acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 2, n. 2, p. 166–176, ago. 2012.

SANTIAGO, R. F. et al. Quality of care in the family healthcare units in the city of Recife: user perception. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 35–44, jan. 2013.

SANTOS NETO, E. T. DOS et al. [Prenatal patient cards and quality of prenatal care in public health services in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil]. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 9, p. 1650–1662, set. 2012.

SANTOS, S. M. S. et al. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 499–508, dez. 2010.

SARKAR, S. K.; MIDI, H. Importance of Assessing the Model Adequacy of Binary Logistic Regression. **Journal of Applied Sciences**, v. 10, n. 6, p. 479–486, jun. 2010.

SAUCEDA-VALENZUELA, A. L. et al. Ambulatory health service users' experience of waiting time and expenditure and factors associated with the perception of low quality of care in Mexico. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 1, p. 178, jun. 2010.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69–74, set. 2012.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65–82, 2009.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. Evaluation of reference and counter-reference in the Family Health Program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3579–3586, nov. 2010.

SILVA, C. A. M. **Exploração de métodos de seleção de variáveis pela técnica de regressão logística para análise de dados epidemiológicos**. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas–Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, 2006.

SILVA, L. F. DA. Saúde das mulheres: o género, determinante cultural de saúde. **Revista de Epidemiologia, Suplementos de Arquivos de Medicina**, v. 3, p. 31–34, 1999.

SILVA, L. M. V. DA; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80–91, mar. 1994.

SILVA, J. A.; RIBEIRO, L. C.; SILVEIRA, M. Avaliação do nível de satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família no Bairro Furtado Menezes-Juiz de Fora/MG. **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, set. 2004.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional Primary health care: guidelines, challenges and recommendations. A review of international literature. **PHYSIS**, v. 21, n. 2, p. 517–539, 2011.

SPSS, I. **The SPSS TwoStep cluster component: A scalable component to segment your customers more effectively.**" SPSS, 2001a.

SPSS, I. **IBM Knowledge Center**. Disponível em: <[http://www-01.ibm.com/support/knowledgecenter/SSLVMB\\_20.0.0/com.ibm.spss.statistics.cs/twostepcluster\\_table.htm](http://www-01.ibm.com/support/knowledgecenter/SSLVMB_20.0.0/com.ibm.spss.statistics.cs/twostepcluster_table.htm)>. Acesso em: 16 out. 2014b.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y. Primary health care evaluation: a new approach. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 927–934, dez. 2011.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821–828, abr. 2012.

THEODORIDIS, S.; KOUTROUMBAS, K. **Pattern Recognition**. Boston: Elsevier, 2009.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581–589, 2002.

UCHOA, A. DA C. et al. Evaluation of user's satisfaction with the Family Health Program in the rural area of two smalls cities in Rio Grande do Norte State, Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 1061–1076, jan. 2011.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. DE. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599–613, set. 2005.

VALIUS, L. et al. Evaluation of the quality of services in primary health care institutions. **Medicina (Kaunas, Lithuania)**, v. 47, n. 1, p. 57–62, 2011.

VAN LERBERGHE, W. **The world health report 2008: primary health care: now more than ever**. World Health Organization, 2008.

VAN STRALEN, C. J. 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. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. s1, p. 148–158, 2008.

VERAS, R. P. et al. Integration and continuity of Care in health care network models for frail older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 357–365, abr. 2014.

VIANA, A. L.; QUEIROZ, M. S.; IBANEZ, N. Implementação do Sistema Único de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 29, n. 3, p. 17 a 32, abr. 2013.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

VILLADSEN, S. F. et al. Antenatal Care Strengthening in Jimma, Ethiopia: A Mixed-Method Needs Assessment. **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2014, 31 ago. 2014.

VUKOVIĆ, M. et al. Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. **Public Health**, v. 126, n. 8, p. 710–718, ago. 2012.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulg. saúde debate**, n. 3, p. 17–24, fev. 1991.

WALPOLE. **Probabilidade e estatística para engenharia e ciências**. 8. ed. pearson, 2010.

WEISS, G. L. Patient satisfaction with primary medical care evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Medical Care**, v. 26, n. 4, p. 383–392, abr. 1988.

WHO. Declaration of Alma-Ata, 1978. **Geneva: World Health Organization**, 1978.

WHO. **The world health report 2010: health systems financing : the path to universal coverage**. Geneva: World health organization (WHO), 2010.

WHO. **Research for universal health coverage**. [Geneva, Switzerland]: World Health Organization, 2013.

ZHANG, T.; RAMAKRISHNAN, R.; LIVNY, M. **BIRCH: an efficient data clustering method for very large databases** ACM SIGMOD Record. **Anais...ACM**, 1996 Disponível em: <<http://dl.acm.org/citation.cfm?id=233324>>. Acesso em: 16 out. 2014

**Apêndice A** – Universidades/instituições de ensino e pesquisa que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB

**Quadro 11** - Lista de Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB.

Universidades/Instituição de Ensino e Pesquisa	Região
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Nordeste
Fiocruz Pernambuco - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	
Rede de Universidades do Estado do Ceará	
Universidade Federal do Piauí	
Universidade Federal da Bahia	
Universidade Federal da Paraíba	
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	
Universidade Federal do Maranhão	
Universidade Estadual do Pará	Norte
Universidade Federal do Pará	
Fiocruz Amazônia	
Universidade Federal de Rondônia - UNIR	
Universidade Federal do Acre	
Universidade Federal do Tocantins	
Universidade de Brasília	Centro-Oeste
Universidade Federal de Goiás	
Universidade Federal do Mato Grosso	
Fiocruz Mato Grosso do Sul	
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	
Universidade Católica Don João Bosco (MS)	
Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon)	Sudeste
Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública	
Universidade Federal do Espírito Santo	
Universidade de São Paulo	
Universidade Federal de São Paulo	
Faculdade de Medicina do ABC (SP)	
Universidade Federal de Pelotas	
Universidade Federal de Minas Gerais (FACE)	
Universidade Federal de Santa Catarina	Sul
Escola de saúde pública do Paraná	
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	

Fonte: (BRASIL, 2012e).

## Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

Questões do instrumento utilizado na Avaliação Externa no primeiro ciclo do PMAQ que foram analisadas nesse estudo:

III.4	Identificação do usuário		
III.4.6	Sexo:		Masculino
			Feminino
III.4.7	Qual é a Idade do(a) senhor(a)?		Anos
III.4.11	O(a) senhor(a) sabe ler e escrever?		Sim
			Não
			Só assina o nome
			NR
III.4.13	O(a) senhor(a) é aposentado(a)?		Sim
			Não
III.4.14	O(a) senhor(a) tem trabalho remunerado atualmente?		Sim
			Não
			Porque a família saiu do critério do programa
			Não comprovou as condicionalidades
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores
III.5	Acesso aos serviços de saúde		
III.5.2	O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?		Perto
			Razoável
			Longe
			NR
III.5.3	O(a) senhor(a) acha que as placas de identificação dos lugares dentro da		Sim
			Não
			Sim, algumas placas

	unidade facilitam encontrá-los? (exs.: consultórios, banheiros, salas de vacina etc.).		Não percebi ou não há placas na unidade	
			NR	
III.5.4	A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?		Sim	
			Não	
			NR	
III.5.5	Entre as opções que vou ler, responda em quais os períodos e dias esta unidade de saúde funciona:		Manhã	
			Tarde	
			Noite	
			Sábados	
			NR	
III.5.7	O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?		Sim	
			Não	
			NR	
			Não	
			NR	
III.6	Marcação de consulta(s) na unidade de saúde			
III.6.1	Na maioria das vezes, como o(a) senhor(a) faz para marcar consulta na unidade de saúde? (Se NÃO FAZ MARCAÇÃO NESTA UNIDADE, pular para a questão III.6.3.)		Marca por telefone	
			Vai à unidade e marca o atendimento a qualquer hora	
			Vai à unidade, mas tem que pegar ficha	
			Vai à unidade e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da unidade de saúde	
			O agente comunitário de saúde marca a consulta	
			Não faz marcação nesta unidade	
			Outro(s)	
III.6.2	Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode	Sim	Não	Todos os dias da semana
		Sim	Não	Em apenas alguns dias da semana

	ser feita:	Sim	Não	A qualquer hora do dia
		Sim	Não	Somente em alguns horários
		Sim	Não	NR
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores
III.6.3	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?			Sim
				Não
				NR
III.6.4	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:			Com hora marcada
				Em horários ou turnos definidos do dia
				Por ordem de chegada
				Encaixe
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores
II.7	Acolhimento à demanda espontânea			
III.7.1	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)?		Sim	
			Não	
			Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	
			NR	
			Sim, algumas vezes	
			Não	
			NR	
III.7.6	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?		Sim, sempre	
			Sim, algumas vezes	
			Não	
			NR	
III.7.7	Na última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de saúde que		Sim	
			Não	

	considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento?		Não teve problema de urgência
			<i>NR/não lembra</i>
III.8	Atenção integral à saúde		
III.8.1	Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			NR
III.8.2	O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?		Sim
			Não
			NR
			Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			NR
III.8.6	Nas consultas, o(s) profissional(ais) fazem anotações no prontuário ou ficha do(a) senhor(a)?		Sim
			Sim, algumas vezes
			NR/não lembra
III.8.7	Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			NR
III.8.8	Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca

	equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?		Nunca
			NR
III.9	Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado		
III.9.1	Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca fui atendido por este profissional
			NR
III.9.7	Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico:		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não
III.9.12	Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			NR
III.9.13	Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?		Sim
			Sim, algumas vezes
			Não
			NR
III.9.14	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não precisou tirar dúvidas
			NR
III.9.16	Quando o(a) senhor(a)		Sim

	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?		Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca abandonou ou faltou
			NR
			Outro(s)
			Por telefone
			Por carta/e-mail
			Outro
III.9.18	O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			NR
Coordenação do cuidado			
III.9.19	Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
			Nunca precisou
			NR
III.9.22	O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?		Sim, sempre
			Sim, algumas vezes
			Não
Visita domiciliar			
III.9.23	O seu agente		Sim

	comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?		Não	
			Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro	
III.9.24	Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?		Sim	
			Sim, algumas vezes	
			Não	
			NR	
III.18	Satisfação do usuário			
III.18.1	Quando o(a) senhor(a) procura atendimento nesta unidade, a falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento?		Sim, sempre	
			Sim, algumas vezes	
			Nunca	
			NR	
III.18.2	Quando a profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?		Sim, sempre	
			Sim, algumas vezes	
			Esta unidade não entrega medicamento	
			Nunca	
			NR	
Condições de higiene e limpeza das instalações desta unidade de saúde				
III.18.3	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações da unidade de saúde:	Sim	Não	Estão em boas condições de uso
		Sim	Não	Estão em boas condições de limpeza
		Sim	Não	Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera
				Nenhuma das anteriores
Satisfação com o cuidado				
III.18.4	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:		Muito bom	
			Bom	
			Regular	

			Ruim
			Muito ruim
			NR
III.18.5	Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é:		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não se aplica (quando o usuário não tiver familiares que utilizem a unidade/serviço da equipe)
			NR
III.18.6	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?		Sim
			Não
III.18.8	O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?		Sim
			Não
III.18.9	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade?		NR
III.19	Mecanismos de participação e interação dos usuários		
III.19.1	Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?		Sim
			Sim, mas com dificuldade
			Não
			Nunca precisou
			NR

## Anexo A – Parecer do comitê de ética do PMAQ-AB



**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



### CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

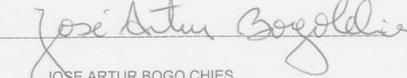
ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011  
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011  
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011  
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011  
CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011  
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011  
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011  
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011  
LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011  
Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011  
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011  
Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011  
Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011  
Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011  
Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011  
Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011  
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011  
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011  
Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011  
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.**

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012

  
JOSE ARTUR BOGO CHIES