

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – HABILITAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E A QUALIDADE DE
ATENÇÃO BÁSICA:

UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DA
QUALIDADE DO ACESSO E DA QUALIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

MARIA LUIZA PEREIRA BARRETOS

Goiânia

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – HABILITAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E A QUALIDADE DE
ATENÇÃO BÁSICA:

UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DA
QUALIDADE DO ACESSO E DA QUALIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

MARIA LUIZA PEREIRA BARRETOS

Monografia apresentada
como pré-requisito para a
aprovação na disciplina
Trabalho Final de Curso 2,
da Faculdade de Ciências
Sociais.

Orientadora: FABIANA
DA CUNHA SADDI

Goiânia

2019

A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E A QUALIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA:

UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DA QUALIDADE DO ACESSO E DA QUALIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

RESUMO:

O trabalho é uma avaliação de serviços de saúde, tendo como recorte uma política pública, que analisa a satisfação do usuário para determinar a melhoria ou não de Atenção Básica, uma área da rede pública de saúde que promove a prevenção e os cuidados básicos de saúde. É uma análise descritiva quantitativa que afere níveis de satisfação do usuário ao longo dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2011-2018) nas diferentes regiões brasileiras. Um teste qui-quadrado é aplicado, e as principais dimensões mais citadas na literatura, que incidem na perspectiva do usuário, também são relevadas para determinar condições explicativas dos resultados apresentados.

Palavras-chave: satisfação do usuário, PMAQ, avaliação, Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico este trabalho à minha família, aos meus amigos íntimos e aos colegas que me acompanharam e me levaram a conclusão desta trajetória, na entrada e conclusão do curso de ciências sociais. O caminho não foi fácil, nem curto, nem tão prazeroso quanto imaginava. Contudo, o árduo esforço e desempenho me leva a agradecer a todos por me acompanharem nesta jornada.

Na medida em que passaram os anos, enxerguei a preocupação e a dedicação de certos profissionais que, sem eles, não estaria concluindo esta pequena obra: meu orientador de iniciação científica, prof. Dr. João Carlos Amoroso Botelho, por me guiar nas minhas primeiras decisões como pesquisadora; minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso, Fabiana da Cunha Saddi, que me ofereceu muitas oportunidades e abriu meus olhos a outros tipos de pesquisas; meu professor de metodologia quantitativa e do software R, Lucas Toshiaki Archangelo Okado, cuja atenção e paciências foram essenciais no meu último semestre; e minha examinadora, Larissa Barbosa Cardoso, que se atentou a me auxiliar num processo árduo e desesperador para uma graduanda.

Vocês foram essenciais ao processo e espero que saibam do tamanho respeito que tenho por vocês, como conselheiros, professores e educadores. Do mais, tenho que agradecer em especial minhas duas queridas irmãs, Marillya e Natallya, aos meus pais e alguns amigos de destaque, Alex Dourado, Eliza Bueno, Neulene Maia, Dariane Gomes, Miguel Maia, Matheus Dutra, Rogério de Paula, Thaís Gama e Gabriela Alves. Foram os melhores e piores anos juntos.

Principalmente chegando na reta final do curso, valorizo esses últimos dias, considerando meu acidente e tudo que já havia passado e que está em curso. Muito obrigada a todos e a todas. Vocês são peças-chaves à minha formação base, como profissional, colega, amiga, companheira, irmã e filha.

SUMÁRIO

Lista Tabelas.....	6
Lista de Siglas.....	7
Introdução.....	8
Capítulo 1: Elaboração Teórica do Tema.....	10
Capítulo 2: Metodologia.....	18
Capítulo 3: Resultados.....	24
Considerações Finais.....	28
Referências Bibliográficas.....	29

LISTA TABELAS

Tabela 1 – Satisfação do Usuário em Nível Nacional.....25

Tabela 2 – Satisfação do Usuário por ciclo e região.....26

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

O aumento de políticas sociais voltadas à Atenção Primária à Saúde (APS) tem a possibilidade em fornecer uma gama de informações para abordar as necessidades dos usuários da rede pública e os principais problemas de saúde. Das várias etapas do ciclo de uma política pública, a avaliação de serviços de Atenção Básica e de políticas públicas voltada à APS¹, que incentivam a melhoria na saúde pública, se tornam tão importante quanto os outros estágios da política.

Atenção Básica é o cerne da saúde pública, por contribuir na prevenção, o cuidado e o acolhimento dos pacientes. Sistemas nacionais da rede pública que priorizam iniciativas de APS geram como retornos social e econômico níveis mais altos de satisfação do usuário, melhorias nos indicadores de saúde e menores custos para o consumidor (GOMIDE *et. al.*, 2018). Um dos destaques da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil e, em geral, na literatura, é o Programa Nacional de Melhoria da Qualidade e do Acesso à Atenção Básica (PMAQ-AB).

Lançado em 2011, durante o primeiro governo da Dilma Rousseff pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica veio num contexto de necessidade em aprimorar a Estratégia Saúde da Família. Protásio *et. al.* (2017) indica como o programa aumenta a inclusão do usuário no processo de cuidados, pensando na saúde da família e a garantia de mecanismos para a avaliação da APS. PMAQ-AB aplica uma série de estratégias para aumentar os níveis de qualificação da equipe de linha de frente – essencialmente o enfermeiro, o médico e o agente comunitário de saúde (ACS). Além disso, o programa fortalece os mecanismos de acompanhamento e de avaliação, para identificar: o tratamento e os problemas de saúde dos usuários da rede pública de saúde, a população-alvo; o trabalho realizado pela equipe de linha de frente; e a qualidade da estrutura física, a Unidade Básica de Saúde. O intuito principal dessa política pública é incentivar a melhoria da qualidade e do acesso dos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio das equipes de Atenção Básica, para efetivamente fortalecer o papel do usuário – como paciente, participante e cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASILd, 2019; CAVALCANTI, NETO e SOUSA, 2016)).

¹ Ao longo do trabalho, os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica são considerados sinônimos, como preconizado pela PNAB (BRASILa, 2012)

Para melhor atender as diretrizes do PNAB, a satisfação do usuário se torna uma variável de referência em potencial. No caso das políticas de saúde, mensurar níveis de satisfação do usuário pode servir na avaliação de serviços de saúde, na reformulação do processo de trabalho na saúde pública ou na (re)formulação quanto à organização dos serviços ofertados. Contudo, as avaliações voltadas à percepção dos usuários quanto à qualidade de Atenção Básica são incipientes (GOMIDE *et. al.*, 2018; DINSDALE e MARSON, 2000).

Avaliações de serviços e políticas de saúde pública que não consideram o usuário como ator integrante do processo contrapõem o fundamento das políticas sociais, que têm como pano de fundo a garantia de direitos sociais, as melhores condições de vida ao cidadão e a coesão social por meio de uma intervenção pública (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014). Jannuzzi (2016) enfatiza a grande importância de ter em vista o olhar da população-usuário da rede pública de saúde, as deficiências básicas de saúde para uma grande parcela da população brasileira e a opinião do usuário ao longo de programas direcionados ao aumento de qualidade e de acesso da APS.

Estudos e pesquisas que fazem uma avaliação da política PMAQ ou dos serviços de APS tendem a focalizar nas mudanças do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, girando em torno dos atores implementadores, os integrantes das equipes. Isso desconsidera o papel do usuário como cidadão capaz e apto na identificação de melhoria de Atenção Básica – um verdadeiro participante social do ciclo de políticas públicas. Investigações que consideram a satisfação do usuário sobre a efetividade da política nas melhorias de Atenção Básica, como as realizadas por Protásio *et. al.* (2017) e Moraes, Campos e Brandão (2014), ainda se limitam a uma abordagem específica: elas consideram um recorte de um ano e meio a três anos, pois não utilizam integralmente todos os dados secundários dos três ciclos do PMAQ. Por considerar um ciclo ou outro no momento de efetividade do PMAQ-AB, as análises se caracterizam em geral pela segmentação da vida do PMAQ, logo gerando avaliações incompletas. Esta política de desempenho na Atenção Básica teve duração de sete anos, de 2011 a 2018, e muitas pesquisas e outras políticas foram realizadas durante a implementação dela (SADDI *et. al.*, 2018; LINDER-PELZ, 1982). Além do mais, PMAQ se tornou um importante mecanismo para aglomerar informações de Atenção Básica em bases de dados.

Deste modo, o presente trabalho pretende abordar o seguinte problema: Na perspectiva do usuário, ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB, houve melhoria na satisfação do usuário quanto à qualidade de Atenção Básica? O objetivo principal é avaliar, por meio de uma análise descritiva quantitativa, a satisfação do usuário na melhoria (ou não) da Atenção Básica ao longo dos três ciclos do PMAQ (2011-2018). Os objetivos específicos tratam de (1) realizar uma

análise comparativa segmentada do PMAQ, de um ciclo para o outro e por distinção de região, para verificar a satisfação do usuário, e (2) realizar uma análise da literatura para refletir de possíveis condições explicativas, ligadas às competências técnicas, que levam à diferença de níveis entre regiões. Considerando esses destaques, eu proponho como hipótese alternativa, “A satisfação do usuário quanto à melhoria na Atenção Básica na rede pública de saúde aumenta ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB”. A hipótese nula afirma, “A satisfação do usuário quanto à melhoria na Atenção Básica na rede pública de saúde não aumenta ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB”.

A seguir, há a explanação teórica deste trabalho, abrangendo conceitos como satisfação do usuário, (melhoria) de Atenção Básica, políticas públicas e sociais, entre outros. O segundo capítulo explana das escolhas metodológicas – as dificuldades enfrentadas com as ideias iniciais projetadas para esta monografia e as soluções mais adequadas. A seguinte seção realiza uma análise dos dados e discorre do nível de satisfação do usuário, em nível nacional, de 2011 a 2018 e por ciclo, separando as opiniões dos usuários por região. Por final, o último capítulo traz as conclusões quanto à satisfação do usuário, considerando elementos ligados ao funcionamento de saúde pública. As considerações finais determinam um nível alto de satisfação do usuário quanto à melhoria de Atenção Básica, tendo como regiões com taxas maiores o Sul, Sudeste e Nordeste, e as mais baixas, o Norte e Centro-Oeste.

CAPÍTULO 1: ELABORAÇÃO TEÓRICA DO TEMA

1.1. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA

A satisfação do usuário apresenta escassez teórica e metodológica, mas devido a sua importância na compreensão das políticas e dos serviços de saúde, Gomide *et. al.* (2018) definem que a satisfação se dá pelo discernimento e pela percepção que os pacientes têm do acesso e da qualidade aos serviços de saúde. Tal visão, recorrente em outras publicações, advém da teoria do valor-expectativa de Linder-Pelz (1982), cuja análise teórica também se reproduz nos estudos de Dinsdale e Marson (2000) e Protásio *et. al.* (2017).

Esta teoria pressupõe satisfação do usuário na medida em que este recebe aquilo esperado ou mais do que esperado. Satisfação, um termo vago e abrangente na literatura, é geralmente determinado como as expectativas e as percepções, prévias e atuais, que os usuários possuem em relação a algum serviço ou política de saúde. O usuário possui expectativas,

geradas por diversos fatores – experiências passadas, informação, propaganda fornecida do órgão responsável e da mídia, necessidade momentânea e idealização da experiência de atendimento de saúde.

Bem difundida nas pesquisas de saúde, a teoria do valor-expectativa identifica a satisfação pela atitude que possui quanto à crença de que o cuidado que recebe pela equipe de saúde contém certos atributos mensuráveis – eficácia, conveniência, organização da equipe de saúde etc. Assim sendo, a mensuração da melhoria de Atenção Básica por meio da satisfação do usuário determina percepções de um sujeito, que vai além do uso dos serviços de saúde da rede pública. Uma vez que se fundamenta no direito à saúde e à participação social nos espaços de saúde coletiva, as noções de cidadania são incorporadas como características inerentes ao paciente do Sistema de Saúde (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006; MORAES, CAMPOS e BRANDÃO, 2014; LINDER-PELZ, 1982).

A determinação de satisfação do usuário para aferir melhoria (ou não) da Atenção Básica pressupõe duas questões: (1) qual o significado de melhoria da Atenção Básica e (2) como discernir dimensões da satisfação do usuário para estabelecer tal melhoria? Respondendo a primeira, a PNAB, regida pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, discrimina “melhoria de Atenção Básica” como sinônimo aos termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”. Isso é determinado por considerar (melhoria da) Atenção Básica como um conjunto de ações voltado à promoção e proteção de saúde, à prevenção de agravos, à manutenção da saúde e à redução de danos, indicando qualidade na prestação de serviço. Seguindo a mesma lógica, considero as três expressões a terem sentidos semelhantes também.

Atenção Básica é cunhada como “porta de entrada” para os serviços públicos de saúde por possuir diversas funções, das quais destaco como elementos a prevenção e o cuidado de saúde, anterior a alguma gravidade urgente, e o acolhimento e o acesso do usuário dos serviços, antes da transferência dele para outros níveis de complexidade na rede pública (GOMIDE *et. al.*, 2018).

refere-se à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário (...) e relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas e nos modos de construção de vínculos, associado à atenção por meio de escuta qualificada, valorizando as queixas dos usuários e identificando necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, e funcionando como mecanismo de facilitação do acesso. Desse modo, a assistência prestada à população deve satisfazer às necessidades dos usuários na sua singularidade, estabelecendo relações no âmbito emocional, cultural e social (GOMIDE *et. al.*, 2018, 388).

APS é uma forma de cuidado básico humanizada: ela pressupõe a oferta de serviços por meio de uma relação mais íntima entre o profissional de saúde e o usuário, escutando as necessidades dos usuários para facilitar o acesso a questões básicas de saúde e estabelecer

vínculos entre as duas partes. Algumas políticas que determinam a melhoria de Atenção Básica são o PMAQ-AB, o Programa Núcleo de Atenção da Saúde da Família (Nasf), o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Bolsa Família (PBF) e o Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASILa, 2012).

Quanto à segunda pergunta (Como discernir dimensões da satisfação do usuário para estabelecer tal melhoria?), as dimensões mais citadas na literatura da satisfação do usuário na Atenção Básica², também são tratadas por Moraes, Campos e Brandão (2014), Esperidião e Trad (2006) e Gomide *et. al.* (2018):

- i. O tempo de espera pelo atendimento. Independentemente do tipo de rede, pública ou privada, esperar faz parte do cotidiano do usuário no atendimento em saúde no Brasil. A “longa espera” no atendimento do SUS, um motivo grande de insatisfação do usuário, gera a sensação de lesão ao direito de acesso à saúde (GOMIDE *et. al.*, 2018, 391);
- ii. O acesso, o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde e a distância da Unidade à sua residência, que vão ao encontro da ideia de facilidade que uma rede pública de saúde deve ter;
- iii. Organização dos serviços, isto é, o desenvolvimento adequado de visitas domiciliares, realizado majoritariamente pelos ACS, mas também pelos demais profissionais da equipe. Demais, organização dos serviços envolve as características relativas às consultas. A qualidade das consultas é reconhecida pelo agendamento, pela marcação para o mesmo dia, pelo exame físico durante a consulta e pela atenção e cuidado do profissional conduzindo a consulta;
- iv. Relações pessoais e longitudinalidade, elementos que refletem sobre a conduta dos profissionais de saúde perante o usuário e se/como estabelecem relações de vínculo com ele. Relações pessoais, em específico, abrangem a sensação de confiança entre usuário e profissional de linha de frente da equipe e a facilidade de conversar a respeito de temas referentes à sua saúde, à sua situação familiar, entre outros; e
- v. Coordenação nos cuidados, discussões entre as partes, que se dão em forma de participação de grupos e workshops (de gestantes, de diabéticos, hipertensos, de

² Tais dimensões são consideradas na escolha de variáveis e relevadas para identificar fatores que explicam de diferenças regionais.

adolescentes etc.), e na manutenção de contato com a equipe ao longo do tratamento e no seu cotidiano de cuidados com a saúde da família.

As dimensões são tipos ideais, que divergem com a percepção generalizada de incompetência e/ou sobrecarga do sistema de saúde público. Isto posto, a satisfação do usuário se manifesta ainda mais como um potente indicador de resultado dos serviços e das políticas de saúde. Avaliações que prezam a satisfação do usuário combatem ou reafirmam ideias pré-estabelecidas do SUS e também distinguem melhor o atendimento prestado, geram reflexões quanto ao processo de trabalho e aos serviços ofertados (JANNUZZI, 2002; DINSDALE e MARSON, 2000).

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS: A ANÁLISE DE UMA POLÍTICA SOCIAL

Para tratar da inserção da satisfação do usuário como integrante de uma política pública (e a possível forma de avaliá-la), conceituar uma política pública é um aspecto significativo. Essencialmente uma política pública é um programa de intervenção governamental que se passa por um processo cíclico. O processo é constituído de diversos estágios inter-relacionados, com problemas políticos e o discorrimento das suas deliberações. A simplificação do ato de *policy-making* como um ciclo político-administrativo materializa os esforços voltados à melhoria de algum aspecto da condução humana por meio da governança pública (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013).

Seguindo esse raciocínio, o ciclo de políticas públicas é sistematizado em várias fases: (1) montagem da agenda, com problemas chegando à atenção dos governos; (2) formulação da política, a elaboração no âmbito governamental de projetos em prol da solução do(s) problema(s); (3) tomada de decisão, a escolha da configuração da política pública; (4) e avaliação da política, em que atores monitoram os resultados das políticas, tendo a possibilidade de “reconceituação” do(s) problema(s) e solução(ões) político-administrativo(s).

Considerar a produção de políticas públicas (*policy-making*) como um processo cíclico traz como desvantagens a falta de clareza quanto ao nível e à unidade do governo em que tal modelo deve ser utilizado, pela falta de noção de causalidade – de como se conduz a mudança de um ciclo para o outro – e pela falta de conteúdo da política. Porém, é aceitável pela teoria do ciclo de políticas públicas que os estágios não seguem uma ordem cronológica e ocorrem na medida em que é preciso. Um estágio pode ser simultâneo ao acontecimento de um outro, ou se iniciar, se encerrar, e depois voltar a ser discutido novamente.

Por mais que seja conhecido pelos atores presentes que a resolução de problemas públicos não é tratada de modo sistemático, nem sequer de modo linear, como o ciclo de políticas públicas pode transparecer que seja, as demais problemáticas são sanadas pela adição de recursos mentais adicionais na forma em que se configura a avaliação de serviços e políticas. Isso se torna mais clara ao longo da explanação a seguir sobre a política pública em estudo, PMAQ-AB (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013; JANNUZZI, 2016).

De modo geral, o ciclo de políticas públicas facilita o entendimento de um processo multidimensional ao desagregar a complexidade do processo em etapas, e até em subetapas, para proporcionar uma investigação isolada de um dos estágios. Dos tipos de políticas públicas, destaco as políticas sociais, programas que condicionam a melhoria da condução humana com base na equidade. Geralmente aferidas como próprias do Estado de Bem-Estar Social, as políticas sociais ganham espaços em outras formas de regimes políticos, especialmente em países de renda baixa e média e/ou recentemente democratizadas. Condições socioeconômicas distintas entre indivíduos, um acontecimento comum nas sociedades contemporâneas, geram riscos de saúde, no âmbito da APS, como a falta de educação em saúde em alguns círculos – sobre questões como proteção sexual, tabagismo, sedentarismo e outras que levam à rápida progressão de doenças evitáveis –. Padrões de desenvolvimento socioeconômico (distinções estruturais de educação, renda, de mercado de trabalho etc.), cultura, fatores individuais de comportamento e de genética e acesso a bens e serviços de saúde e de saneamento básico criam condições heterogêneas sobre o estilo de vida de diversos estratos sociais, geralmente fragilizando classes mais baixas (SENN, 2002; IPEA, 2007).

Por isso, Senna (2002, 207), que considera uma política social como sinônimo de política de equidade, afirma

O objetivo das políticas de equidade seria, assim, reduzir ou eliminar diferenças em saúde resultantes de fatores considerados ao mesmo tempo evitáveis e injustos. Tais políticas seriam dirigidas tanto às raízes dos problemas, diminuindo riscos diferenciados, como à promoção de políticas de saúde que respondessem às necessidades de saúde (...). Nesse sentido, a focalização [a presença de políticas sociais] assume o caráter de inclusão de grandes parcelas da população tradicionalmente alijadas do acesso a um mínimo de garantias sociais. No entanto, é imperativo que as ações focais estejam integradas a uma política mais ampla que forneça suporte social, garanta direitos universais e que permita aos diferentes grupos sociais o desenvolvimento de suas capacidades. Caso contrário, tais ações acabam por reproduzir desigualdades e reforçar a segmentação social.

Encerrado a política social em análise, destaco a importância da leitura dos resultados do PMAQ-AB quanto à APS, sob o olhar satisfação do usuário. PMAQ é um programa de financiamento que tenta aprimorar o desempenho da Atenção Básica. Internacionalmente cunhado como políticas *pay for performance* (P4P), eles são caracterizados como esquemas

que introduzem incentivos financeiros em regiões deficitadas no atendimento ao usuário da rede pública, geralmente na Atenção Básica. Por meio de critérios de desempenho, cada P4P realiza repasses monetários de acordo com seus ditames (WITTER *et. al.*, 2012).

Uma política *pay for performance* ocorre tanto por órgãos internacionais como por governos nacionais ou estaduais, e, na maioria das vezes, em países de renda baixa ou média, como Vietnã, China, Uganda, Ruanda, Tanzânia, Burundi, Argentina, Chile, entre outros (WITTER *et. al.*, 2012). A versão P4P brasileira, PMAQ-AB, foi lançada em 2011 durante o primeiro governo da Dilma Rousseff. Formulado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o programa veio num contexto de necessidade em aprimorar a avaliação da Estratégia Saúde da Família e garantir o aumento do financiamento na APS. Os recursos do PMAQ-AB possibilitam a aplicação de instrumentos e estratégias para aumentar os níveis de qualificação da equipe de linha de frente – essencialmente o enfermeiro, o médico e o agente comunitário de saúde (ACS) – e de acompanhamento e avaliação da equipe de linha de frente, da estrutura física de atendimento e dos usuários da rede pública de saúde. Seu intuito principal é incentivar a melhoria da qualidade e do acesso dos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica para efetivamente incidir no fortalecimento da saúde dos usuários no Brasil (BRASILd, 2019).

Um ciclo do PMAQ se inicia com o lançamento de uma portaria, como ocorreu no primeiro ciclo com portaria de nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, para o estabelecimento das seguintes fases: (1) Adesão e Contratualização – adesão de equipes de Atenção Básica (AB), descrito pelo protagonismo de diversos atores, como gestores, trabalhadores e usuários, na melhoria da qualidade de acesso aos serviços de saúde de AB; (2) Desenvolvimento – um conjunto de estratégias realizadas pelas equipes e pelos gestores dos três entes federativos, para promover movimentos de mudança da gestão e do cuidado; (3) Avaliação externa – pesquisadores de universidades públicas, parceiras do PMAQ-AB, realizam um censo geral de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil, aderidas ao programa ou não, e também certificam quais equipes afiliadas ao PMAQ que realizaram, por meio dos indicadores estabelecidos, melhoria do acesso à AB ; e (4) Pactuação – o momento que se instaura novos padrões e indicadores de qualidade para estimular institucionalização de outro processo cíclico e sistemático a partir de resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB. O programa passou por três ciclos, cujo segundo ciclo se iniciou a partir da portaria nº 1.383 de 9 de julho de 2013, e o terceiro ciclo, com a portaria nº 1.645 GM/MS de 2 de outubro de 2015. A cada encerramento e reinício de um ciclo, a política, e conseqüentemente a (melhoria de) Atenção

Básica, tem sofrido mudanças estruturais e/ou institucionais (BRASILb, 2019; BRASILc, 2019; BRASILd, 2019).

De início, PMAQ veio a inovar a PNAB pela integração com outros processos de aprimoramento de Atenção Básica. Era um dos únicos programas que mobilizavam de modo mais direto a atuação das gestões estadual e municipal e dos profissionais da linha de frente na área de Atenção Primária à Saúde, por meio do incentivo financeiro (individual e/ou da infraestrutura) e das estratégias de melhoria de Atenção Primária de Saúde (educação permanente, auto avaliação da gestão, monitoramento realizado pela linha de frente e apoio institucional tripartite). E, com as mudanças adicionais na medida que passava o programa, a política de desempenho impulsionava mais qualidade na Atenção Primária à Saúde (BRASILa, 2012; BELLO, CARVALHO e FARIAS, 2014). “Diversas evidências mostram uma capacidade crescente do PMAQ-AB de mobilizar gestores municipais e EqAB [equipes de Atenção Básica]... Dado relevante é que apenas 2% dos municípios que participaram do 1º ciclo não participaram do 2º” (PINTA, SOUSA e FERLA, 2014, 363).

Meu enfoque, voltado ao PMAQ-AB, se dá pela grande possibilidade de acompanhamento do usuário: ao contrário dos demais programas de Atenção Básica, esta política de saúde exige acompanhamento do usuário e avaliação externa, fatores relevantes para proporcionar uma análise quantitativa descritiva. Por meio deles, a exequibilidade para identificar diretrizes da Atenção Básica, regidas pelo PNAB, se torna maior. A atualização do PNAB em 2011 enfatiza como o processo de institucionalização da avaliação e do acompanhamento do usuário na APS, em diversas facetas, está ganhando maior relevância no Brasil.

As mudanças entre os ciclos também denotam tensões existentes na sua implementação: críticas feitas pela linha de frente sobre PMAQ, dificuldades na avaliação externa do programa, impasses nos diálogos existentes na Coordenação Nacional do PMAQ no Grupo de Trabalho da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) etc. Tais temas sempre existem na vida de uma política pública, especialmente as com porte nacional num país de configuração continental como Brasil. Dado isso, as avaliações positivas de autores como Pinto, Sousa e Florêncio (2012), de como o programa movimenta o processo de trabalho dos profissionais na Atenção Básica em municípios, se embatem com avaliações negativas da política, como destacada por Saddi *et. al.* (2018). As diretrizes Estratégia Saúde da Família têm dificuldade a serem implementadas, e são mais propensas a serem adotados por meio do programa. Por outro lado, exigências mínimas de Atenção Básica, como as visitas domiciliares, a atualização de dado de acompanhamento sobre os usuários, as reuniões e treinamentos e o autoconhecimento das

funções da linha de frente enfrentam carências materiais e conflitos políticos do município, principalmente no terceiro ciclo. A reformulação do PMAQ-AB do segundo para o terceiro ciclo aponta descontentamento pelos profissionais e gestores de saúde quanto às escolhas de implementação, feitas pelas Secretarias Municipais. São dificuldades comuns que travam o bom desempenho de políticas e serviços de saúde, e também incidem no nível de satisfação do usuário (GOMES; MARHY, 2016) (BELLO; CARVALHO; FARIAS, 2014).

Ademais, devido ao grande número de atores em cada estágio do PMAQ, que resultou nas suas constantes modificações quanto ao trabalho relacionado à Atenção Básica no Brasil, há uma tendência (e se faz necessário) a realizar avaliações a respeito da política – tanto pelo Ministério de Saúde quanto por consultorias e instituições de pesquisa voltadas à saúde coletiva e às políticas públicas. Porém estas análises geralmente são estudos de casos municipais, avaliações parciais (de apenas um ciclo), e com sujeitos principais de estudo os trabalhadores da linha de frente. (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012) (BELLO; CARVALHO; FARIAS, 2014).

Tendo em mente a perspectiva integrada do ciclo de políticas públicas sobre PMAQ-AB, este trabalho é direcionado ao discernimento da qualidade dos serviços de Atenção Básica pela população-alvo, os usuários do Sistema Único de Saúde. Sua satisfação é minha preocupação principal por distinguir características de êxito (ou não) a respeito da melhoria de APS. Deste modo, o enfoque alicerça do mesmo princípio de (avaliação de) políticas sociais.

As avaliações de políticas sociais partem de pressupostos teóricos, tais como aqueles apresentados por Jannuzzi (2016, 132):

Efetividade Social é o valor máximo buscado no desenho e avaliação de Políticas e Programas. Nesse contexto, políticas e programas públicos são criados para garantir direitos sociais e melhores condições de vida ao cidadão, bem como maior justiça e coesão social para a sociedade, valendo-se, para tanto, dos desenhos operacionais e arranjos de implementação mais efetivos, considerando a complexidade da intervenção, capacidade de gestão de agentes públicos e privados e necessidades específicas de públicos-alvo segundo sua maior ou menor vulnerabilidade.

A avaliação sistêmica de programas sociais, também denominada de avaliação de efetividade social, se destaca neste momento. Ela considera valores e princípios do Estado, especialmente aos que contribuem para a promoção de acesso a direitos humanos e diminuição na desigualdade. As vantagens da avaliação sistêmica são a propensão por acatar com várias metodologias para abordar o processo e o resultado da política, com ambos os atores presentes na análise – os implementadores, as equipes de gestão e de linha de frente, e os usuários do programa social.

Partindo da avaliação sistêmica de programas sociais, há uma preferência em avaliar melhoria de Atenção Básica por meio da satisfação do usuário porque

Os indivíduos devem ser reconhecidos como sujeitos capazes de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo, assim, o fazer democrático da saúde. É uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também a melhor adequação do serviço às expectativas da sua comunidade. Parte-se aqui das premissas de que os pacientes (...) são bons juízes da qualidade dos cuidados de saúde que recebem e de que existem boas técnicas para se apurar o ponto de vista dos usuários (MORAES, CAMPOS e BRANDÃO, 2014, 129).

Apesar de não realizar uma avaliação sistêmica na sua íntegra – por não considerar na análise os burocratas de rua, a equipe de linha de frente, e por estimar no estudo uma quantidade mais concentrada de dimensões essenciais da literatura –, a análise de satisfação do usuário quanto à melhoria de Atenção Básica é uma avaliação válida. Este trabalho é um dos poucos, levando em conta a vasta literatura referente ao processo de trabalho dos profissionais de saúde de Atenção Básica, que dá preferência à perspectiva do usuário nos serviços de APS e que examina isso ao longo dos três ciclos de uma política social.

CAPÍTULO 2: METODOLOGIA

2.1. CARACTERÍSTICAS DOS DADOS

São utilizados dados secundários disponibilizados pelo Ministério de Saúde e aplicados ao longo dos três ciclos de avaliação externa do PMAQ (2011-2018). Cada ciclo possui três bancos de dados: Módulo I – Observação da Unidade de Saúde, Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde e Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário. Módulo III dos primeiro, segundo e terceiro ciclos – logo, são três banco de dados extraídos para obter os resultados do trabalho.

Todos os estados e o Distrito Federal aderiram ao programa, com um total de 320.450 usuários – 65.391 usuários responderam no primeiro ciclo, 90.497 no segundo e 140.444 no terceiro. A variável “Satisfação do Usuário” do Módulo III, respondida pelos usuários-participantes ao longo dos três ciclos, é analisada para mensurar o nível de satisfação dos usuários, de acordo com região e ciclo. O estudo aplica o teste qui-quadrado para mensurar níveis de satisfação (ótimo, muito bom, bom, regular e ruim) no nível nacional, comparando os três ciclos, e nas instâncias regionais, uma análise separada por ciclo.

Dos 65.391 usuários no primeiro ciclo, 21.316 foram usuários no Nordeste, 4.288 no Centro-Oeste, 25.205 no Sudeste, 10.299 no Sul e 3.684 no Norte. No segundo ciclo 90.497 usuários participaram da avaliação externa do PMAQ, sendo que 31.532 foram usuários no Nordeste, 6.775 no Centro-Oeste, 31.914 no Sudeste, 14.085 no Sul e 6.191 no Norte. Por final, o terceiro ciclo possui 140.444 usuários-participantes, 52.076 no Nordeste, 10.196 no Centro-Oeste, 47.163 no Sudeste, 20.219 no Sul e 10.790 no Norte.

2.2. LIMITAÇÕES

As escolhas metodológicas tiveram que ser ajustadas por problemáticas das variáveis disponibilizadas nos três bancos de dados do PMAQ. Inicialmente uma análise fatorial exploratória policórica³ foi projetada como forma de manusear os dados, em prol da ideia inicial em elaborar um indicador de satisfação com o usuário. Posteriormente o indicador seria utilizado para realizar uma análise de variância (ANOVA) e comparar a satisfação do usuário ao longo dos ciclos e entre as regiões do Brasil. O indicador possibilitaria verificar as mudanças, ou a manutenção, do nível de satisfação do usuário. Tal análise teria um caráter exploratório devido ao intuito principal de investigar a relação entre o conjunto de variáveis, advindos dos questionários dos usuário-participantes do PMAQ-AB, para identificar padrões de correlação. Ademais, uma análise fatorial exploratória possibilitaria o uso dos resultados em modelos de regressão, como seria feito pela utilização secundária de ANOVA para comparação de resultados entre os ciclos da política de saúde (FIGUEIREDO; SILVA, 2010).

Este tipo de análise, no entanto, não foi possível. As primeiras dificuldades enfrentadas foram no tratamento e na manipulação dos dados. Todos os estados se aderiram ao programa, o que pressupõe um número maior de usuários-participantes por município. Os questionários, de um ciclo para o outro, por outro lado, se alteram substancialmente: apesar dos temas – saúde da criança, saúde do hipertenso, saúde da gestante, acesso aos serviços de APS etc. – se manterem consistentes nos três bancos de dados, muitas vezes o formato das questões, e

³ Análise fatorial é uma técnica estatística que agrega uma gama de informações, obtidas por variáveis individuais originais, a um número reduzido de fatores, dimensões latentes que resumem o conjunto de variáveis observados numa combinação linear (HAIR *et. al.*, 2014). A decisão por realizar uma análise fatorial do tipo policórico se deve à presença majoritária de variáveis ordinais.

consequentemente sua lógica, se alteram. Ademais, as possíveis respostas não seguem um padrão único. Por exemplo, a pergunta III.7.2. do questionário do primeiro ciclo se consta como, “Quais são os profissionais que, no momento em que você precisa, lhe escutam?”. Contudo, a essa questão não está presente nos segundo e terceiro ciclos. Outro exemplo é as questões III.5.8. (ciclo 1) e III.4.6 (ciclos 2 e 3) – as questões do questionário também não seguem a mesma lógica, nem ordem, muitas vezes –: “Qual momento você gostaria que a Unidade lhe atendesse?”. Enquanto há como possíveis respostas no primeiro ciclo, “mais cedo pela manhã”, “à tarde até 18:00”, “à noite”, “horário de almoço”, “outros” e “não respondeu”, os ciclos dois e três acrescentam como outras respostas “domingo”, “24 horas” e “sem sugestão, por estar satisfeito como o horário de atendimento atual”. Ou seja, na medida em que haja mudança de um ciclo para o outro, os elaboradores do questionário realizam mudanças estruturais que dificultam a aplicação de uma avaliação sistematizada da política pública. O receio de escolher variáveis cujas configurações estruturais alteram a qualidade das respostas induz a uma redução drástica de número de variáveis para compor um indicador de satisfação do usuário.

Variáveis que tratam de grupos específicos – gestantes, diabéticos, hipertensos, beneficiários do Programa Bolsa Família, entre outros – foram descartadas por preferir variáveis mais genéricas. Estas enquadram todo tipo de usuário acima de dezoito anos de idade e aumenta o nível de fidedignidade ao real nível de satisfação do usuário dos serviços e das políticas de APS. A associação teórica das cinco dimensões consideradas centrais para a satisfação do usuário – tempo de espera, acesso, organização dos serviços, relações pessoais e longitudinalidade, e coordenação nos cuidados – diminuiu o número de variáveis para treze. Das treze, elas trataram de mensurar se: o horário de funcionamento da Unidade atende as necessidades do usuário, a marcação de consulta é para o mesmo dia, o atendimento é pelo mesmo médico e/ou enfermeiro, sente respeitado pelos profissionais em relação aos hábitos culturais e religiosos, tem facilidade a tirar dúvidas com os profissionais, os profissionais lhe procuram para saber o que aconteceu no caso de interrupção do tratamento, o ACS visita o usuário no seu lar, se recomenda a Unidade para amigos ou familiares, consegue fazer uma reclamação ou sugestão na Unidade e está satisfeito com a qualidade do cuidado, realizado pelo corpo de profissionais da Unidade.

A escolha por realizar uma análise entre regiões ameniza possíveis discrepâncias políticas e institucionais dentro dos municípios. Adesão ao PMAQ é responsabilidade de cada equipe, mas, dependendo da configuração administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, pode ser sujeito a pressões municipais, sindicalistas ou estatais ([fonte](#)). A opção em analisar a

satisfação do usuário por tipo de município – seja por quantidade de habitantes, renda per capita ou por indicadores sociais generalizados – não necessariamente considera as particularidades. Dessa maneira, a preferência em aglomerar numa unidade maior, por região – norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul – tende a desconsiderar contextos pontuais para abordar melhor o funcionamento técnico da área de Atenção Básica. Assim, as cinco dimensões destacadas na elaboração teórica são centrais na análise de satisfação do usuário quanto à APS.

Voltando para as treze variáveis, algumas respostas tiveram que ser recodificadas⁴. Depois, as treze foram testadas para verificar sua adequação a uma análise fatorial. Tomando como limites razoáveis os estabelecidos por Figueiredo e Silva (2010), as verificações foram realizadas por meio do teste de esfericidade de Bartlett e a Medida de Adequação de Amostragem (cunhado como teste Kaiser-Meyer-Olkin ou teste KMO)⁵. Os testes tiveram resultados adequados para também testar se a hipótese de um fator estava correta, da qual também foi confirmada. Todavia, a análise fatorial em si não teve resultados tão afortunados. Aglomerando todos os ciclos e considerando as treze variáveis, a variância se deu com quatro variáveis – Horário Atende Necessidades, Sentir Respeitado, Recomenda a UBS e Qualidade de Cuidado –, porém a proporção de variância não estava num nível adequado, nem os valores de comunalidade⁶.

Ao destrinchar a análise para tratar cada ciclo separadamente, mesmo observando continuidade de valor das variáveis no primeiro e no segundo ciclos, o terceiro ciclo se mostrou distinto – o valor de KMO, 0,70 nos três ciclos e 0,71 nos primeiro e segundo ciclos, recai para 0,5 e a probabilidade de variância diminuiu de 19% para 16% –. Também realizei uma análise fatorial com apenas as quatro variáveis, mantendo as mesmas qualidades que as primeiras análises, todavia, não houve mudanças quanto à probabilidade de variância às comunalidades para elaborar um indicador pelas quatro variáveis (0,5). Da mesma forma, o coeficiente de alfa de Cronbach não estava num nível adequado – considerando a necessidade de um valor de 0,60, o resultado se dava em torno de 0,54-0,55, dependendo do ciclo analisado –. Para confirmar

⁴ As variáveis Horário Atende Necessidades, Sentir Respeitado e Satisfação do Cuidado tiveram suas respostas simplificadas em um padrão único para todos os ciclos.

⁵ O teste de esfericidade de Bartlett apura se a correlação entre as variáveis está estatisticamente significativa ($p < 0,05$) e o teste KMO, o grau de associação das variáveis. KMO varia entre 0 a 1, e o limite aceitável é 0,6.

⁶ Uma comunalidade é um valor, de 0 a 1, que representa a proporção da variância para cada variável incluída na análise (FIGUEIREDO e SILVA, 2010). O valor mínimo aceitável por Hair *et. al.* (2014) é 0,60.

definitivamente minha desconfiança, de que haveria que descartar as abordagens metodológicas, realizei ANOVA para testar o nível de significância, que estava acima do aceitável ($p < 0,05$), e também verifiquei que a distribuição foi não normal – assimétrica à direita (LES).

Considerando a dificuldade em tratar três bancos de dados com variáveis diferentes e os resultados associados à análise fatorial, a opção mais viável é realizar um teste qui-quadrado de Pearson com a variável Satisfação do Cuidado – “De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade?”. A dificuldade em empregar um teste paramétrico, por ter dados que não seguem normalidade, levou a conclusão da necessidade de um teste não-paramétrico. Esta escolha, a mudança de abordagem metodológica, é controversa, pois uma análise paramétrica é preferível por uma parcela de pesquisadores. Ela prefere ignorar os requisitos básicos da empregabilidade de um teste paramétrico, e a tendência de ‘esticar a verdade’ se torna mais e mais recorrente na academia, como Levin, Fox e Forde afirmam (2014, 320):

Understandably, social researchers are eager to reject the null hypothesis when it is false. As a result, many of them would ideally prefer to employ parametric tests of significance and might even be willing to “stretch the truth” a little bit to meet the assumptions. For example, if ordinal data are fairly evenly spaced and therefore approximate an interval scale, and if the data are not normal but also not terribly skewed, one can “get away with” using a parametric test. (...) Chi-square allows us to test the significance of the difference between a set of observed frequencies and expected frequencies.

Uma mudança de estratégias é mais fidedigna aos dados disponibilizados do PMAQ e às avaliações de políticas e serviços nas ciências sociais. É comum se ver uma quantidade pequena de avaliação de políticas públicas nas ciências sociais, seja por sua qualidade de análise, seja por uma preferência de pesquisadores se atentarem a outras áreas. Tendo em mente o valor de um trabalho claro e resoluto quanto à ética e à responsabilidade empregada a pesquisas acadêmicas, a preferência por seguir outra rota metodológica é um dos únicos caminhos possíveis.

2.3. APLICAÇÃO DE TESTES

Tendo em mente os objetivos específicos para comparar a satisfação do usuário nas cinco regiões brasileiras e entre os três ciclos, de modo que cada aglomeração de municípios dentro de uma região seja vista como independente de um ao outro, é aplicado o teste qui-

quadrado. Com conclusões mais conservadoras, o teste qui-quadrado é bem conhecido por realizar comparações entre frequências – a frequência esperada da hipótese nula e a frequência observada de variáveis categóricas –. A análise explora a frequência de usuários que avaliam a qualidade de Atenção Básica, ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB, partindo de uma escala de 0 a 10. Tal escala é dividida em cinco pontos de avaliação: ótimo (aqueles usuários que discernem sua satisfação com o cuidado da Unidade de Saúde nos valores 9 ou 10), bom (valores 7 e 8), regular (valores 4, 5 e 6), ruim (valores 2 e 3) e péssimo (valores 0 e 1). Há como pressupostos do teste qui-quadrado aplicado, um nível de significância menor de 0,05 e com o V de Cramer como medida de correlação não-paramétrica – esta sendo adotada por inferir o uso de uma tabela de dados maior que 2x2 e sem normalidade na população.

A variável utilizada, Satisfação do Cuidado, é destacada pela sua grande possibilidade em induzir o usuário-participante do PMAQ a refletir das questões anteriormente aplicadas. Por ser uma das últimas perguntas, Satisfação do Cuidado remete a diversos tópicos: acesso aos serviços de saúde, à marcação de consulta, acolhimento, responsabilização e coordenação de cuidado, vínculo e atenção integral à saúde, saúde da mulher, saúde da gestante, saúde da criança, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou saúde bucal. Esses temas são abordados antes de Satisfação do Cuidado, e o usuário, um cidadão pleno de direitos (à saúde e à participação social) e com expectativas da qualidade de APS, integra sua opinião à questão referente à satisfação do cuidado.

Originalmente descartada pela discrepância às respostas e ao tipo de análise que as trezes originais enquadrariam – muitas vezes suas respostas geraram valores nominais dicotômicas –, se destaca dos demais por ter uma visão panorâmica da relação entre satisfação do usuário e melhoria de Atenção Básica pelo PMAQ-AB. Logo, a variável analisada é uma forma em que o usuário pode elaborar seu próprio indicador de satisfação: ele escolhe um valor de 0 a 10 que simbolicamente representa uma média de dimensões, anteriormente apresentadas pelos avaliadores, que compõem satisfação do usuário quanto à qualidade de Atenção Básica. A decisão em extrair a análise por meio de uma variável é polêmica. Além da dificuldade em manipular os dados e as características do banco de dados, havia limites de tempo. A escolha por esta variável se dá pela sua colocação no questionário – como foi descrito acima, é uma das últimas categorias e isso direciona o usuário a refletir de outros temas abordados pelo questionário – e se assemelha à ideia de ter um indicador para mensurar o nível de satisfação do usuário.

A manipulação de dados se dá pelo agrupamento de estados por região – Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul – e pela formação da média arredondada dos valores das cinco dimensões que compõem a variável Satisfação do Cuidado do segundo ciclo. O primeiro e o terceiro ciclo possuem a mesma questão e as mesmas respostas disponíveis para se enquadrar na variável. Contudo, no segundo ciclo, a variável Satisfação do Cuidado (com a Unidade) é dividida em cinco questões: satisfação do atendimento e cuidado com (1) o médico, (2) o enfermeiro, (3) o dentista, (4) o recepcionista e (5) o ACS. Com as cinco variáveis do segundo ciclo, é realizada uma análise fatorial, pressupondo como nível de significância 0.05. Com probabilidade de variância como 0,5, variância das cinco acima de 0,45 e o coeficiente de Cronbach como 0,79, é acatado a composição da média para formar a variável no segundo ciclo.

A escala de 0 a 10 também é convertida numa escala Likert de 5 pontos – ótimo e muito bom (categorias positivas), regular (categoria de indiferença) e ruim e péssimo (categorias negativas) –. A preferência por uma escala Likert permite melhor compreender a atitude do usuário diante da qualidade de Atenção Básica, de modo em que as descrições verbais contemplam diferentes níveis da intensidade de satisfação do usuário (LIKERT, 1932).

O acatamento dos resultados ocorre se o valor do qui-quadrado está acima do valor crítico, estabelecido por Levin, Fox e Forde (2014), tendo em mente o nível de significância ($p < 0,05$) e o número de graus de liberdade (df), para rejeitar a hipótese nula. Com o valor de p como menor que 0,0000000000000002 e os valores de qui-quadrado bem acima do valor crítico (15,507) (nas Tabelas 1, 2 3 e 4 está o valor registrado do qui-quadrado), a hipótese nula é rejeitada.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

3.1. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: NÍVEL NACIONAL

Tabela 1 considera a satisfação do usuário em nível nacional ao longo dos três ciclos. Devido à pequena porcentagem de usuário-participantes que identificam a qualidade da Atenção Básica na sua Unidade de atendimento como péssimo, ruim o regular, é perceptível um nível de satisfação positiva e forte: 86,6% dos usuários no primeiro ciclo julgaram a qualidade de APS como bom ou ótimo, 92,2% julgaram a mesma no segundo, e 91,6%. Dos usuários que

categorizam tal qualidade como ótimo, os dados mostram um aumento do primeiro para o segundo ciclo – 55,1% dos usuários no primeiro ciclo consideraram que tiveram qualidade no cuidado dos profissionais da Unidade, e a porcentagem aumentou para 68,6% –. Do segundo para o terceiro houve uma diminuição dessa taxa para 65,1%, e também um aumento ligeiro da avaliação ruim, de 0,2% para 0,8%. Mesmo assim, as categorias positivas são maiores no terceiro ciclo do que no primeiro, e as categorias negativas menores no terceiro quando em comparação ao primeiro.

Tabela 1 – Satisfação do Usuário em Nível Nacional

Avaliação	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3
Péssimo	1,4%	0,2%	0,8%
Ruim	1,0%	0,7%	0,5%
Regular	11,1%	6,9%	7,1%
Bom	31,5%	23,6%	26,5%
Ótimo	55,1%	68,6%	65,1%
Total	100%	100%	100%

$\chi^2=3984,427 \cdot df=8 \cdot \text{Cramer's } V=0.082 \cdot p=0,000$

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do PMAQ-AB (Ministério de Saúde)

O aumento de satisfação de um ciclo para o outro, num intervalo de três anos (o primeiro ciclo se iniciou em meados de 2011 e o segundo se encerrou no final de 2014) dá indícios a consolidação da PNAB atualizada: a implementação de diversas políticas sociais de Atenção Básica, as existentes foram reformuladas e novas surgiram, como PMAQ. Outros importantes para citar, em nível nacional, são Nasf, PACS, PBF e PSE. Desconhecimento das políticas nacionais por atores implementadores e nos seus primeiros anos são comuns, demonstrado nos níveis mais baixos das categorias positivas no primeiro ciclo do PMAQ.

3.2. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: SEGMENTADA POR REGIÕES E CICLOS DO PMAQ

Tabela 2 analisa cada ciclo do PMAQ de acordo com região. As porcentagens mais altas, de satisfação considerada ótima no primeiro ciclo (Seção 2.1 de Tabela 2), são no Sul e no Sudeste, com 56,9% e 56,8% de avaliação ótima, e as mais baixa no Norte e no Centro-Oeste,

42,7% e 52,4%. No Sul, o nível de satisfação generalizada é extremamente positivo, com as categorias de péssimo, ruim e regular com as taxas mais baixas (0,6%, 0,7% e 8,0%), e as de bom e ótimo, com um total de 90,7%. Um nível alto de qualidade de Atenção Básica na região sul do país, no discernimento do paciente, pode ser relacionado, das cinco dimensões principais tratadas na literatura, à organização de serviços. Logo, o desenvolvimento de visitas domiciliares e consultas nas UBS possui uma qualidade mais alta no Sul, e incidiu na percepção do usuário quanto à melhoria de Atenção Básica (NICKEL, 2014; TOMASI, 2011).

Tabela 2 - Satisfação do Usuário por ciclo e região

<i>2.1. Satisfação do Usuário no 1º Ciclo</i>					
<i>Avaliação</i>	Norte	Nordeste	Centro Oeste	Sudeste	Sul
Péssimo	2,50%	1,70%	1,20%	1,30%	0,60%
Ruim	1,70%	0,90%	1,30%	1,10%	0,70%
Regular	16,00%	11,60%	12,50%	10,90%	8,00%
Bom	37,10%	31,00%	32,60%	29,80%	33,80%
Ótimo	42,70%	54,80%	52,40%	56,80%	56,90%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2=516.409 \cdot df=16 \cdot \text{Cramer's } V=0.045 \cdot p=0.000$

<i>2.2. Satisfação do Usuário no 2º Ciclo</i>					
<i>Avaliação</i>	Norte	Nordeste	Centro Oeste	Sudeste	Sul
Péssimo	0,20%	0,20%	0,00%	0,20%	0,10%
Ruim	1,10%	0,70%	0,60%	0,80%	0,40%
Regular	10,90%	7,20%	6,90%	6,50%	5,40%
Bom	30,40%	24,40%	27,90%	20,50%	23,90%
Ótimo	57,50%	67,60%	64,50%	71,90%	70,20%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2=755.889 \cdot df=16 \cdot \text{Cramer's } V=0.046 \cdot p=0.000$

<i>2.3. Satisfação do Usuário no 3º Ciclo</i>					
<i>Avaliação</i>	Norte	Nordeste	Centro Oeste	Sudeste	Sul
Péssimo	1,00%	0,80%	0,50%	0,80%	0,50%
Ruim	0,50%	0,50%	0,50%	0,60%	0,50%
Regular	8,50%	6,10%	7,60%	8,20%	6,20%
Bom	31,30%	24,60%	27,50%	26,70%	27,60%
Ótimo	58,70%	68,00%	63,90%	63,60%	65,20%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

$\chi^2=593.130 \cdot df=16 \cdot \text{Cramer's } V=0.032 \cdot p=0.000$

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do PMAQ-AB (Ministério de Saúde)

O número maior de procedimentos de imunização, de atendimentos básicos de enfermagem e de consultas médicas para usuários em Unidades do Sul foram os serviços que se destacaram para a satisfação do usuário (TOMASI, 2011). Além disso, Nickel (2014) confirma a importância do contexto político e organizacional na qualidade da Atenção Básica na mesma região: a relação institucional e a competência dos atores implementadores das políticas e dos serviços de saúde são destaques.

Há igual importância em tratar os motivos de menor desempenho no Norte e no Centro-Oeste. Em geral, a satisfação do usuário está alta em ambas as regiões: um total de 79,8% no Norte e 85,0% no Centro-Oeste consideram a qualidade de Atenção Básica como ótima ou boa (Seção 2.1. na Tabela 2). Mesmo assim, ao longo dos três ciclos, suas taxas de satisfação são as menores no primeiro e no segundo (Seções 2.1. e 2.2. na Tabela 2). No terceiro ciclo, o Centro-Oeste tem a segunda maior porcentagem de satisfação do usuário, porém a região Norte de novo se mantém com a mais baixa (Seção 2.3. na Tabela 2).

É tomado como ponto de partida a análise de Saddi *et. al.* (2018) para identificar as deficiências gerais do Centro-Oeste. Em geral, a organização dos serviços, as relações pessoais e longitudinalidade e coordenação nos cuidados são dimensões citadas pela literatura como não bem estabelecidas na região: “”.

Seção 2.2. na Tabela 2 demonstra o nível de satisfação do usuário no segundo ciclo. O segundo ciclo segue uma lógica aproximada a do primeiro, isto é, o nível de satisfação positiva é geralmente melhor no Sul e no Sudeste, e mais baixa no Norte e no Centro-Oeste. Diferenças nítidas do segundo para o terceiro são que a avaliação “ótimo” do Sudeste é a maior e que as avaliações negativas no Centro-Oeste são quase inexistentes – a avaliação ruim é menos de 1% da população de usuários da região e a avaliação péssimo é 0% –. Em geral, o segundo ciclo possui um nível baixo de insatisfação: 1,4% no primeiro ciclo para 0,2% no segundo ciclo (Seções 2.1. e 2.2. na Tabela 2).

No Norte, a situação é a mesma: avaliação péssimo recai de 2,5% para 0,2%, avaliação ruim diminui de 1,7% para 1,1% e avaliação ótimo aumenta de 42,7% para 57,5%. Dos usuários que dão uma nota de indiferença (regular) ou média (avaliação bom) para sua satisfação com a qualidade do cuidado, as avaliações certamente não são tão positivas quanto às outras: avaliação regular diminui de 16% para 10,9%, avaliação bom diminui de 37,1% para 30,4%. Isso pode indicar que, pelo discernimento do usuário, a qualidade das Unidades se localizam em pontos extremos: ou as Unidades estão extremamente prestativas nos serviços de saúde, ou as Unidades

estão extremamente deficientes na qualidade do seu atendimento. Explicações variam entre a sobrevalorização de algumas sub-regiões, em detrimento de outras, e má gestão em âmbitos político e institucional, cujos indicadores principais são a incompetência de atores (geralmente por desconhecimento da área e do papel da Atenção Básica na saúde pública) (SADDI *et. al.*, 2018; NICKEL, 2014).

Seção 2.3. na Tabela 2 apresenta as taxas de satisfação do usuário no terceiro ciclo, das quais dão os seguintes indícios: manutenção baixa de avaliações negativas da Atenção Básica (apesar do aumento da média em nível nacional, o valor não chega a 1% dos usuário-participantes), diminuição da avaliação de indiferença e uma leve estagnação da avaliação ótimo. O Nordeste, cuja avaliação geral no primeiro e no segundo ciclo não se destaca, tem o maior número de usuários mais satisfeitos no terceiro ciclo, 68% na categoria ótima e 24,6% na categoria bom. Elementos técnicos que podem explicar um aumento é a melhoria da qualidade da organização dos serviços e da coordenação nos cuidados, especialmente nas visitas domiciliares e a manutenção de contato com as famílias da comunidade (TOMASI, 2011). Em todos os ciclos, a avaliação positiva é geralmente menor entre os usuários da região Norte, e depois os do Centro-Oeste. Infelizmente há pouca literatura referente aos serviços e às políticas de APS no Norte do país para discernir motivos de competência técnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao aplicar o teste qui-quadrado no nível nacional, comparando os três ciclos (Tabela 1) e as regiões, em todos os três (Tabela 2), as conclusões de melhoria de Atenção Básica são positivas do primeiro para o segundo ciclo, possuem uma leve estagnação do segundo para o terceiro, mas, mesmo assim, há maior nível de satisfação do terceiro quando em comparação ao primeiro. As categorias negativas, péssimo e ruim, não chegam a 3% dos usuários-participantes da avaliação, e, das cinco regiões, duas – o Norte e o Centro-Oeste –, de modo geral, mantêm posições constantes ao longo dos ciclos, por possuírem os níveis mais baixos de satisfação do usuário quanto à qualidade da Atenção Básica.

Condições explicativas da satisfação do usuário são intimamente relacionadas, das cinco dimensões, a organização dos serviços e coordenação nos cuidados. Logo, satisfação do usuário quanto à APS é relacionada à proximidade à linha de frente com os pacientes do SUS,

principalmente por meio das visitas domiciliares, consultas marcadas para o mesmo dia e com exame físico, formação de grupos e workshops e manutenção de contato com a equipe ao longo do tratamento e no seu cotidiano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLO, Fabiana Maria de Aguiar; CARVALHO, Eduardo Freese de; FARIAS, Sidney Feitoza. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, p. 706-719, 2014.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASILb. Portaria nº 1.383, de 9 de julho de 2013. Gabinete do Ministério de Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1383_09_07_2013.html>. Acesso em: 07 junho 2019.

BRASILc. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Gabinete do Ministério de Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 29 maio 2019.

BRASILd. Ministério de Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq>>. Acesso em: 24 maio 2019.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; NETO, Aristides Vitorino de Oliveira; SOUSA, Maria Fátima de. Uma narrativa sobre o Programa Nacional De Melhoria do Acesso e Da Qualidade na Atenção Básica. In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio (org.). *Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

DINSDALE, Geoff; MARSON, D. Brian. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. Brasília: ENAP, 2000, 165p. (Cadernos ENAP, 20)

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006.

FIGUEIREDO, Dalson Brito; SILVA, José Alexandre da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, Campinas, vol. 16, nº 1, Junho, 2010, p. 160-185.

GOMES, Luciano Bezerra; MARHY, Emerson Elias. Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica – PMAQ-AB. In: GOMES, Luciano Bezerra et. al. (org). *Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

GOMIDES, Mariana Figueiredo Souza. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface – comunicação, saúde e educação*, 2018, v.22, n.65, p.387-98.

HAIR, Joseph F. et. al. *Multivariate Data Analysis*. Pearson: Essex, England, 2014.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. *Política Pública: seus ciclos e subsistemas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IPEA, Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada. *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*. Brasília: 2007, ed. 13.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, jan./fev. 2002.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Eficiência econômica, eficácia procedural ou efetividade social: Três valores em disputa na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. *Desenvolvimento em Debate*, v. 4, n. 1, 2016.

LEVIN, Jack; FOX, James Alan; FORDE, David R. *Elementary Statistics in Social Research*. University of North Texas, ed. 12. Pearson, 2014, USA.

LIKERT, Rensis. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, New York, 1932, n. 140.

LINDER-PELZ, Susie. Toward a theory of patient satisfaction, *Social Science & Medicine*, Elsevier, vol. 16(5), pages 577-582, 1982, January.

MORAES, Verena Duarte; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; BRANDÃO, Ana Laura. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2014.

NICKEL, Daniela Alba et al. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 2619-2630, 2014.

TOMASI, Elaine et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, 2011.

MOURÃO, Luciana; LAROS, Jacob A. Avaliação de Programas Sociais: Comparando Estratégias de Análise de Dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. out-dez 2008, Vol. 24 n. 4, p. 545-558.

PEREIRA, Hugo Carcanholo Iasco *et. al.* Uma perspectiva crítica do novo regime fiscal para a dinâmica de curto e longo prazo da economia brasileira. *Revista de Economia Do Centro-Oeste*, v. 3, n. 1, p. 51-69, 2017.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, out. 2014.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORENCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago. 2012.

PROTÁSIO, Ane Polline Lacerda *et. al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, 2017.

RUTHERFORD, Andrew. *ANOVA and ANCOVA: a GLM Approach*. 2 ed. Wiley: Hoboken, New Jersey, 2011.

SADDI, Fabiana da Cunha, *et. al.* Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): a mixed method approach. *Cad. Saúde Pública*, 2018, v. 34, n. 10, e00202417.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), 203-211, 2002.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas. *Nota Técnica IPEA*. Brasília, ago./2016.

WITTER, S. *et. al.* Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane database of systematic reviews*, n.2, fev. 2012.