

Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB

User satisfaction with primary health care by region in Brazil: 1st cycle of external evaluation from PMAQ-AB

Ane Polline Lacerda Protasio ¹
 Luciano Bezerra Gomes ²
 Liliane dos Santos Machado ³
 Ana Maria Gondim Valença ⁴

Abstract *The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB) aimed to improve healthcare public service quality and satisfaction of health service users. This study's objective was to identify the main factors influencing user satisfaction with primary care (PC) services by region in Brazil. Using secondary data from the 1st Cycle of PMAQ-AB, logistic regression models were developed by region, with user satisfaction as the dependent variable, as defined by cluster analysis. Based on the obtained models, the health unit's ability to solve users' problems and feeling respected by the health providers were the most important factors for user satisfaction in all regions in Brazil. However, other important factors by region included the following: the health unit's hours of operation meeting the user's needs (Northeast); providers asking about family members (North); providers asking about other health needs (Midwest); users being seen without an appointment (South); and users asking questions after the appointment (Southeast). In conclusion, the factors influencing user satisfaction with PC vary according to region and are mainly associated with access quality, meeting users' needs, and work process organization.*

Key words *Primary health care, Health evaluation, User satisfaction*

Resumo *O PMAQ-AB tem dentre suas diretrizes estimular a orientação dos serviços mediante as necessidades e a satisfação dos usuários. Este estudo objetiva identificar os principais fatores que influenciam na Satisfação do Usuário com os serviços de Atenção Básica por regiões do Brasil. Utilizando dados secundários do 1º Ciclo do PMAQ-AB, desenvolveu-se modelos de regressão logística por região tendo como variável dependente a satisfação do usuário (obtida por análise de agrupamento). Com base nos modelos obtidos, pode-se destacar que o usuário resolver seus problemas na US e sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde são os fatores mais importantes, em todas as regiões do Brasil, referente à sua satisfação. Porém, podem-se destacar outros fatores por região: o horário de funcionamento (Nordeste); profissionais perguntarem pelos familiares (Norte); interesse dos profissionais sobre outras necessidades de saúde (Centro-Oeste); ser escutado sem ter hora marcada (Sul); e retirar suas dúvidas após a consulta (Sudeste). Conclui-se que os fatores influenciadores da satisfação dos usuários da AB variam de acordo com a região e estão relacionados principalmente com a qualificação do acesso, ao atendimento das necessidades dos usuários e aos aspectos do processo de trabalho.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Avaliação em saúde, Satisfação do usuário*

¹ Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Cidade Universitária s/n, Castelo Branco. 58051-900 João Pessoa PB Brasil. anepolline@hotmail.com

² Departamento de Promoção da Saúde, UFPB. João Pessoa PB Brasil.

³ Departamento de Informática, Centro de Informática, UFPB. João Pessoa PB Brasil.

⁴ Departamento de Clínica e Odontologia Social, UFPB. João Pessoa PB Brasil.

Introdução

Há evidências claras de que sistemas nacionais de saúde que têm como prioridade ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias vêm alcançando melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários¹. Diante disso, a institucionalização da avaliação da Atenção Básica (AB) no Brasil está recebendo destaque com a nova 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), que tem dentre suas diretrizes estimular a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários. O PMAQ-AB possui uma fase chamada de Avaliação Externa que avalia as condições de acesso e a qualidade dos serviços de saúde nos municípios e nas equipes cadastradas do programa por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de padrões de qualidade das equipes. Nessa avaliação, uma das questões levantadas foi a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde oferecido na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto ao acesso e à utilização².

A avaliação da satisfação do usuário faz parte dos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde, fortalecendo a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação³. Ademais, o protagonismo dos usuários nesse processo torna-os avaliadores reais, amplifica seus direitos como cidadãos e os envolvem também na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde, podendo influenciar no modo da oferta dos cuidados e possibilitar uma maior qualidade e resolutividade⁴. Conseqüentemente, a obtenção de uma avaliação estatisticamente substanciada da interação entre o serviço de saúde e os usuários 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 gestão⁵.

É válido ressaltar que as intervenções devem ter um olhar criterioso para a grande diversidade territorial, ambiental, social, cultural e econômica das cinco macrorregiões do Brasil, cujas disparidades refletem no acesso desigual a condições básicas da vida; na disponibilidade de serviços públicos; na expectativa de vida ao nascer; na capacidade institucional dos governos estaduais

e nas oportunidades de desenvolvimento, fatos que provocam uma distribuição geográfica desigual de trabalho e de renda e, conseqüentemente, desiguais condições de vida e saúde⁶⁻⁸. Pode-se lembrar que, em escala macrorregional, as regiões Norte e Nordeste apresentam indicadores socioeconômicos muito inferiores à média nacional, onde observa-se um elevado distanciamento das condições de vida encontradas no Centro-Oeste e, sobretudo, no Sul e no Sudeste⁹. A partir dessas desigualdades, que se constituem em alvo de preocupação das políticas públicas, as regiões do Brasil possuem perfis epidemiológicos e de acesso a serviços de saúde bastante diferentes, em termos tanto de características geográficas quanto da organização¹⁰, implicando que necessidades diferenciadas das regiões sejam atendidas para a concretização da equidade em saúde no Brasil.

Nesse contexto, e considerando como base de estudo os dados obtidos no 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, este artigo tem como objetivo principal identificar os principais fatores que influenciam na Satisfação do Usuário com os Serviços de Atenção Básica (SatUS-AB) considerando as desigualdades regionais brasileiras.

Métodos

Neste estudo foram utilizados dados secundários obtidos com a aplicação do Instrumento de Avaliação Externa “Saúde Mais Perto De Você” pelo Ministério da Saúde do Brasil no 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado entre 2012 e 2013 em 17.203 Equipes de Saúde da Atenção Básica contratualizadas, referentes a 3.944 municípios brasileiros. Mais especificamente, analisaram-se as respostas de 65.392 usuários entrevistados no Brasil no Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, que objetivou averiguar a satisfação destes quanto aos serviços de saúde em relação ao seu acesso e utilização. Para uma melhor análise dos dados utilizaram-se dois critérios: 1 - Critério de seleção de variáveis: incluídas as que possuíam até 10% de dados ausentes e 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 39. Dos 65.392 usuários entrevistados foram considerados 46.991, sendo 15.324 (de 21.556) no Nordeste, 2.941 (de 4.337) no Centro-Oeste, 18.511 (de 25.406) no Sudeste, 7.671 (de 10.364) no Sul e 2.544 (de 3.728) no Norte.

Foram ajustados modelos de regressão logística para cada região do Brasil. Em todos os modelos foram utilizadas as mesmas variáveis independentes e o mesmo desfecho: satisfação ($Y = 1$) e insatisfação ($Y = 0$). Para obtenção da variável dependente dicotomizada “satisfação do usuário”, aplicou-se a técnica de análise multivariada *Two-Step Cluster Analysis* com as variáveis recategorizadas em satisfeitos e insatisfeitos, que se adequavam aos critérios de seleção. A qualidade do agrupamento alcançada foi analisada mediante o coeficiente *Silhouette* (SC). O conjunto das variáveis pré-selecionadas é descrito no Quadro 1.

Retirando-se as variáveis utilizadas para obtenção da variável dependente, as do Módulo III, que passaram pelo critério de seleção e que poderiam influenciar na SatUS-AB, foram pré-selecionadas para serem explicativas ou independentes. O conjunto das variáveis pré-selecionadas é descrito no Quadro 2.

Na construção de cada modelo logístico, foram realizados os passos descritos a seguir, para cada região. Inicialmente, foram realizadas análises bivariadas (cada variável independente e o desfecho), usando um nível de significância de 20%, utilizando o teste *qui-quadrado*. Em seguida, ajustou-se o modelo pelo método *Stepwise Forward*, usando o Critério de Informação de Bayesiano (BIC), obtendo-se o modelo final assumindo um nível de significância estatística de 5%. A qualidade do ajuste do modelo final foi analisada

mediante análise *deviance* e da curva ROC e, para análise do poder preditivo dos modelos resultantes, utilizou-se a Validação Cruzada.

As análises estatísticas foram executadas utilizando o *software* R, exceto a análise *Two-Step Cluster* que foi realizada com o *software* estatístico SPSS versão 20.0. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Resultados

A análise de agrupamento realizada para obter a variável satisfação do usuário apresentou um coeficiente *Silhouette* de 0,5 indicando um bom resultado¹¹. A partir dessa análise foi possível identificar dois grupos em relação à satisfação percebida com cuidado: 36.027 (76,7%) usuários classificados como satisfeitos e 10.964 (23,3%) como insatisfeitos no Brasil. Por regiões, os resultados obtidos foram: Centro-Oeste: 661/22,5% insatisfeitos e 2.280/77,5% satisfeitos, Nordeste: 4.374/28,5% insatisfeitos e 10.950/71,5% satisfeitos, Norte: 936/36,8% insatisfeitos e 1.608/63,2% satisfeitos, Sudeste: 3.679/19,9% insatisfeitos e 14.832/80,1% satisfeitos, e Sul: 1.314/17,1% insatisfeitos e 6.357/82,9% satisfeitos.

Na Tabela 1 é exposto o modelo logístico ajustado para cada região do Brasil, apresentando as variáveis significantes, o p-valor, a OR (*odds ratio*) e o intervalo de confiança a 95%.

Quadro 1. Variáveis utilizadas no agrupamento *Two-Step Cluster Analysis*.

Variáveis	Recategorização (1 = satisfeito e 2 = insatisfeito)
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)
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)
Opinião do usuário quanto ao cuidado que recebe da equipe de saúde	1 (Muito bom; Bom;)
	2 (Regular; Ruim; Muito ruim)
Opinião do usuário quanto ao cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde	1 (Muito bom; Bom;)
	2 (Regular; Ruim; Muito ruim)
Se o usuário mudaria de equipe ou unidade de saúde caso tivesse a opção	1 (Não)
	2 (Sim)
Se o usuário recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar	1 (Sim)
	2 (Não)
Nota de zero a dez que o usuário atribui para a sua satisfação com o cuidado recebido na unidade	Não foi dicotomizada.

Quadro 2. Variáveis utilizadas como independentes na pesquisa.

Variáveis independentes	
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 em que 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

Na Tabela 2 são apresentados os dados obtidos na verificação da qualidade do modelo gerado.

Discussão

Neste trabalho, verificou-se que no Nordeste ser usuária do sexo feminino aumenta em 1,27 vezes a chance de obter a SatUS-AB, com relação ao sexo masculino. Este resultado corrobora com

os achados obtidos por Nigenda-López et al.¹², no México, que verificaram associação da satisfação com o atendimento geriátrico e o sexo feminino (OR = 2,86). Nas demais regiões, a variável sexo não foi significativa nos modelos, corroborando com alguns estudos^{13,14}.

A idade influencia positivamente a satisfação dos usuários em algumas das regiões do País (Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste). Cada aumento de 10 anos na idade do usuário eleva a chance de obter a SatUS-AB em 11%. Outros trabalhos confirmam esse resultado quando observaram uma associação estatisticamente significativa entre a SatUS-AB e a idade¹⁵⁻¹⁹. Entretanto, Kamhawi et al.²⁰, na Jordânia, e Gouveia et al.²¹, em Pernambuco, não verificaram essa associação corroborando com os modelos para a região Sul e Norte no presente estudo.

Pode-se constatar, neste trabalho, que a distância da casa do usuário até a unidade de saúde é um fator importante para obter a SatUS-AB, na percepção dos usuários do Nordeste, Sudeste e Sul. Este resultado corrobora o estudo de Perez et al.²², em Vespasiano (MG), que observou que a dificuldade de acesso aos serviços prestados pela estratégia de saúde da família (ESF) diminui em 80% as chances de obter a satisfação dos usuários com os serviços. No trabalho de Santos et al.²³, em Santo Antônio do Monte (MG), os usuários ressaltaram como motivos de satisfação: a boa localização da ESF, 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. Albuquerque et al.²⁴, em Pernambuco, consideraram que os obstáculos relacionados à distância estão associados aos níveis secundários de atenção, pois as ESF devem estar localizadas próximas à residência dos usuários.

Com respeito às placas de identificação dos setores na USF para que o usuário se sinta bem com a ambiência no local de atendimento, este aspecto foi importante apenas no Sudeste, pois o fato de as placas de identificação dos locais dentro da unidade não facilitarem a dinâmica dentro da UBS diminui 1,4 vezes a chance de obter a SatUS-AB. 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 apresentam, informando a localização das salas e os setores de atendimento, de maneira que fiquem em destaque²⁵.

Sobre o período de funcionamento, apenas no Nordeste a chance de se obter a SatUS-AB

diminui 1,4 vezes se a unidade não funcionar cinco dias na semana. Constatou-se ainda que o horário de funcionamento da unidade não atender às necessidades dos usuários diminui a SatUS-AB em todas as regiões, principalmente no Sul (2,5 vezes) e no Norte (2,4 vezes). Santos et al.²³ também constataram que o horário de funcionamento da USF se constitui em um dos aspectos organizacionais relacionado com o motivo de insatisfação e que prejudica a acessibilidade do serviço. Esses resultados podem ser atribuídos ao fato da maioria dos usuários trabalharem em horário comercial e necessitarem que o horário de funcionamento seja ampliado para facilitar o seu acesso aos serviços de AB, que é a porta de entrada do sistema. Porém, alguns estudos com os dados do PMAQ em Pernambuco e no Brasil revelaram que a maioria dos usuários considera-va os horários de atendimento satisfatórios^{24,26}.

No Norte foi observado que a marcação da consulta não ser realizada todos os dias da semana influencia a SatUS-AB. No Sul, é importante que essa marcação não seja em horários ou turnos definidos do dia. No Sudeste, por sua vez, observou-se que a marcação não ser somente em alguns horários aumenta a chance de obter a SatUS-AB. Esses resultados corroboram com Bastos et al.¹³, em Porto Alegre (RS), que constataram que a facilidade de conseguir uma consulta aumenta em 40% a chance de obter essa satisfação com a última consulta médica. Ademais, o agendamento prévio de consultas organiza e humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco, alterando o modelo exclusivo de pronto atendimento²⁷.

No Nordeste e Sudeste constatou-se, ainda, que quando o usuário consegue marcar consulta, não sendo ela para o mesmo dia, diminui-se a chance de obter a SatUS-AB. Foi observado que o usuário não conseguir ser escutado ao ir à unidade de saúde sem ter hora marcada diminui a chance de obter a SatUS-AB em todas as regiões. Nunca ter precisado ir à unidade sem hora marcada em relação a quem na maioria das vezes consegue ser escutado, também influencia em todas as regiões, exceto para o Sul. É possível que esse aspecto seja resolvido com uma abordagem acolhedora, valorizando as queixas e buscando possíveis soluções para o problema do usuário mesmo que este não consiga o atendimento. 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, a valorização das queixas e a identificação das necessidades²⁸. A concretiza-

Tabela 1. Ajuste do modelo de Regressão Logística considerando cada região do Brasil.

Variável	NORDESTE		NORTE	
	P Valor	OR (IC 95 %)	P Valor	OR (IC 95 %)
<i>Intercepto</i>	< 0,0001*	13,67 (10,63-17,63)	< 0,0001*	15,01 (11,24-20,27)
III.4.6- Sexo				
Masculino (referência)		1		
Feminino	0,0002*	1,27(1,12-1,44)		
III.4.7- Qual é a Idade do(a) senhor(a)?				
	< 0,0001*	1,01(1,01-1,01)		
III.5.2- O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?				
Perto (referência)				
Razoável	< 0,0001*	0,72(0,64-0,80)		
Longe	0,1822	0,92(0,81-1,04)		
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.).				
Sim (referência)				
Não				
Sim, algumas placas				
Não percebi ou não há placas na unidade				
III.5.4- A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?				
Sim (referência)				
Não	< 0,0001*	0,50(0,44-0,57)		
III.5.7- O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?				
Sim (referência)				
Não	< 0,0001*	0,50(0,44-0,57)	< 0,0001*	0,42(0,32-0,55)
III.6.2- Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita todos os dias da semana				
Sim (referência)				
Não			0,0017*	0,73(0,60-0,89)
III.6.3- Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?				
Sim (referência)				
Não	< 0,0001*	0,81(0,74-0,88)		
III.6.4.2- Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é em horários ou turnos definidos do dia?				
Sim (referência)				
Não				
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 (referência)		1		
Não	< 0,0001*	0,53(0,47-0,59)	< 0,0001*	0,47(0,37-0,60)
Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	0,0185*	0,86(0,76-0,98)	0,0167 *	0,71(0,53-0,94)
III.7.6- O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?				
Sim, sempre (referência)				
Sim, algumas vezes	< 0,0001*	0,41(0,35-0,48)	< 0,0001*	0,49(0,35-0,67)
Não	< 0,0001*	0,46(0,35-0,62)	0,0011*	0,39(0,22-0,68)

continua

ção do acolhimento ocorre com o envolvimento de todos os trabalhadores da UBS a fim de agre-

gar diferentes abordagens e explicações sobre os adocimentos, demandas e necessidades²⁴. Nesse

Tabela 1. continuação

Variável	CENTRO-OESTE		SUL		SUDESTE	
	P Valor	OR (IC 95 %)	P Valor	OR(IC 95 %)	P Valor	OR(IC 95 %)
<i>Intercepto</i>	< 0,0001*	9,69 (6,52-14,57)	< 0,0001*	32,92 (22,31-49,21)	< 0,0001*	18,65 (15,21-22,92)
III.4.6- Sexo						
Masculino (referência)						
Feminino						
III.4.7- Qual é a Idade do(a) senhor(a)?						
	0,0003*	1,01(1,00-1,02)			< 0,0001*	1,01(1,01-1,01)
III.5.2- O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?						
Perto (referência)						1
Razoável			< 0,0001*	0,64(0,54-0,76)	< 0,0001*	0,67(0,60-0,75)
Longe			0,0041*	0,74(0,60-0,91)	< 0,0001*	0,71(0,62-0,80)
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.).						
Sim (referência)						1
Não					0,0001*	0,72(0,61-0,85)
Sim, algumas placas					0,6635	1,05(0,86-1,28)
Não percebi ou não há placas na unidade					< 0,0001*	0,70(0,60-0,83)
III.5.4- A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?						
Sim (referência)						
Não						
III.5.7- O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?						
Sim (referência)						1
Não	< 0,0001*	0,51(0,39-0,67)	< 0,0001*	0,40(0,34-0,48)	< 0,0001*	0,55(0,49-0,62)
III.6.2- Em geral, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita todos os dias da semana						
Sim (referência)						1
Não					0,0005*	1,19(1,08-1,31)
III.6.3- Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?						
Sim (referência)						1
Não					< 0,0001*	0,80(0,73-0,88)
III.6.4.2- Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é em horários ou turnos definidos do dia?						
Sim (referência)				1		
Não			0,0007*	1,52(1,19-1,93)		
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 (referência)		1		1		1
Não	< 0,0001*	0,41(0,32-0,52)	< 0,0001*	0,48(0,40-0,58)	< 0,0001*	0,62(0,56-0,70)
Nunca precisou ir à unidade sem hora marcada	0,0008*	0,63(0,48-0,83)	0,0731	0,81(0,64-1,02)	0,0278*	0,85(0,74-0,98)
III.7.6- O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião?						
Sim, sempre (referência)				1		1
Sim, algumas vezes			< 0,0001*	0,43(0,33-0,57)	< 0,0001*	0,49(0,42-0,57)
Não			< 0,0001*	0,38(0,24-0,60)	< 0,0001*	0,37(0,28-0,48)

continua

aspecto, é válido destacar que Alves et al.²⁹, quando analisaram o acesso à ESF com os dados do

PMAQ-AB, constataram que a região Sudeste possui possibilidade de acesso superior do que as

Tabela 1. continuação

Variável	NORDESTE		NORTE	
	P Valor	OR (IC 95 %)	P Valor	OR (IC 95 %)
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 (referência)		1		
Sim, algumas vezes	< 0,0001*	0,54(0,48-0,59)	< 0,0001*	0,44(0,34-0,55)
Não	< 0,0001*	0,39(0,32-0,47)	< 0,0001*	0,34(0,23-0,49)
III.8.2- O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?				
Sim (referência)		1		
Não	< 0,0001*	0,57(0,48-0,68)	0,0001*	0,47(0,32-0,67)
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 (referência)				
Na maioria das vezes				
Quase nunca				
Nunca				
III_8_8- Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?				
Sempre (referência)				
Na maioria das vezes	0,0099*	0,85(0,76-0,96)		
Quase nunca	0,0001*	0,72(0,61-0,84)		
Nunca	< 0,0001*	0,64(0,57-0,71)		
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 (referência)				
Sim, algumas vezes	< 0,0001*	0,68(0,59-0,79)		
Não	< 0,0001*	0,72(0,64-0,82)		
III.9.12- Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?				
Sempre (referência)		1		
Na maioria das vezes	0,5112	0,95(0,82-1,10)	0,4951	0,89(0,64-1,25)
Quase nunca	0,0002*	0,72(0,60-0,86)	0,234	0,79(0,54-1,17)
Nunca	< 0,0001*	0,56(0,50-0,63)	< 0,0001*	0,49(0,37-0,64)
III.9.13- Os profissionais lembram-se de que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?				
Sim (referência)		1		1
Sim, algumas vezes	0,0164*	0,86(0,76-0,97)	0,3173	0,85(0,63-1,16)
Não	< 0,0001*	0,65(0,59-0,73)	0,0001*	0,64(0,51-0,80)
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 (referência)				
Na maioria das vezes				
Quase nunca				
Não precisou tirar dúvidas				

continua

demais, mediante a influência da maior presença de acolhimento e disponibilidade de recursos nas UBS contratualizadas. Em contrapartida, a região Norte teve influência negativa no acesso.

Pode-se observar também, no presente trabalho, que resolver suas necessidades/problemas na

própria unidade de saúde tem associação com a SatUS-AB em todas as regiões. O usuário, ao procurar a Unidade de Saúde, espera que, individual ou coletivamente, seu problema seja resolvido, que o conjunto das ações de saúde lhe traga benefícios e também que sejam atendidas suas ex-

Tabela 1. continuação

Variável	CENTRO-OESTE		SUL		SUDESTE	
	P Valor	OR (IC 95 %)	P Valor	OR (IC 95 %)	P Valor	OR (IC 95 %)
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 (referência)		1		1		1
Sim, algumas vezes	< 0,0001*	0,56(0,44-0,72)	< 0,0001*	0,55(0,47-0,65)	0,0001*	0,52(0,46-0,57)
Não	< 0,0001*	0,31(0,22-0,45)	< 0,0001*	0,39(0,28-0,54)	< 0,0001*	0,31(0,26-0,36)
III.8.2- O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?						
Sim (referência)						1
Não			0,0016*	0,60(0,44-0,83)	< 0,0001*	0,58(0,48-0,70)
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 (referência)		1				1
Na maioria das vezes	0,0010*	0,59(0,43-0,81)	0,1915	0,86(0,69-1,08)	0,124	0,90(0,78-1,03)
Quase nunca	0,0001*	0,45(0,31-0,67)	0,0014*	0,65(0,50-0,85)	< 0,0001*	0,55(0,47-0,66)
Nunca	< 0,0001*	0,54(0,42-0,69)	< 0,0001*	0,60(0,51-0,72)	0,0001*	0,71(0,63-0,80)
III_8_8- Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?						
Sempre (referência)						1
Na maioria das vezes					0,9101	1,01(0,89-1,15)
Quase nunca					0,0583	0,85(0,72-1,01)
Nunca					< 0,0001*	0,73(0,65-0,82)
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 (referência)		1		1		
Sim, algumas vezes	0,6183	0,92(0,66-1,28)	0,0019*	0,71(0,57-0,88)		
Não	< 0,0001*	0,50(0,37-0,68)	0,0004*	0,66(0,52-0,83)		
III.9.12- Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares?						
Sempre (referência)						1
Na maioria das vezes	0,0507	1,49(1,00-2,24)	0,1632	1,21(0,93-1,57)	0,4159	1,07(0,92-1,24)
Quase nunca	0,0287*	0,60(0,39-0,95)	0,0197*	0,72(0,55-0,95)	0,0422*	0,83(0,70-0,99)
Nunca	0,0003*	0,59(0,45-0,79)	< 0,0001*	0,55(0,45-0,68)	< 0,0001*	0,71(0,63-0,80)
III.9.13- Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?						
Sim (referência)		1				1
Sim, algumas vezes	0,3293	0,85(0,62-1,18)			0,5603	0,96(0,84-1,10)
Não	< 0,0001*	0,59(0,46-0,75)			0,0001*	0,70(0,63-0,78)
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 (referência)						1
Na maioria das vezes					0,0427*	0,86(0,75-1,00)
Quase nunca					< 0,0001*	0,66(0,55-0,79)
Não precisou tirar dúvidas					0,0255*	0,87(0,77-0,98)

continua

pectativas de que as ações sejam efetivas e o satisfaçam²⁸. Esse resultado corrobora com estudo de Bernhart et al.³⁰, realizado na Indonésia, que encontrou, como principal aspecto para obter a satisfação do serviço, o fato de o usuário sentir que o seu problema foi resolvido. Nesta perspectiva,

o Ministério da Saúde preconiza que a ESF não é somente um local para simples triagem e encaminhamento, mas sim um local com capacidade de resolver em torno de 80% dos problemas de saúde da população³¹. Porém, é necessário que se tenha recursos estruturais e equipamentos com-

Tabela 1. continuação

Variável	NORDESTE		NORTE	
	P Valor	OR (IC 95 %)	P Valor	OR (IC 95 %)
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?				
Sim (referência)		1		
Sim, algumas vezes	0,7799	0,97(0,77-1,22)	0,9357	1,02(0,61-1,76)
Não	< 0,0001*	0,70(0,61-0,80)	< 0,0001*	0,55(0,41-0,73)
Nunca abandonou ou faltou	0,7911	1,02(0,90-1,16)	0,3757	0,88(0,66-1,17)
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 (referência)		1		
Na maioria das vezes	0,0031*	0,82(0,72-0,93)	0,9548	1,02(0,60-1,74)
Quase nunca	< 0,0001*	0,68(0,57-0,81)	< 0,0001*	0,55(0,41-0,72)
Nunca	< 0,0001*	0,61(0,55-0,68)	0,5974	0,93(0,70-1,23)
III.9.19- Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?				
Sim, sempre (referência)				
Sim, algumas vezes				
Não				
Nunca precisou				
III.9.22- O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?				
Sim, sempre (referência)				
Sim, algumas vezes	0,0008*	0,82(0,73-0,92)		
Não	< 0,0001*	0,77(0,69-0,85)		
III.9.23- O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o (a) senhor (a) na sua casa?				
Sim (referência)				
Não	< 0,0001*	0,76(0,67-0,85)		
Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro	0,1223	0,71(0,46-1,10)		
III.9.24- Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?				
Sim (referência)				
Sim, algumas vezes	0,9256	0,99(0,83-1,19)		
Não	< 0,0001*	0,69(0,60-0,79)		
III.19.1- Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?				
Sim (referência)		1		
Sim, mas com dificuldade	< 0,0001*	0,49(0,39-0,61)		
Não	0,0024*	0,79(0,67-0,92)		
Nunca precisou	< 0,0001*	1,29(1,14-1,46)		

continua

patíveis que possibilitem a ação dos profissionais em relação a esse compromisso³². É importante ressaltar que a alta prevalência de demandas re-

solvidas contribui também para a construção da confiança e o aumento do vínculo entre os usuários e os serviços.

Tabela 1. continuação

Variável	CENTRO-OESTE		SUL		SUDESTE	
	P Valor	OR (IC 95 %)	P Valor	OR (IC 95 %)	P Valor	OR (IC 95 %)
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?						
Sim (referência)						1
Sim, algumas vezes			0,7744	1,08(0,66-1,83)	0,0385*	0,76(0,58-0,99)
Não			< 0,0001*	0,59(0,46-0,75)	< 0,0001*	0,64(0,56-0,73)
Nunca abandonou ou faltou			0,8574	0,98(0,78-1,23)	0,0351*	0,87(0,76-0,99)
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 (referência)		1				1
Na maioria das vezes	0,0026*	0,61(0,44-0,84)	0,1937	0,87(0,70-1,08)	0,1348*	0,90(0,78-1,03)
Quase nunca	0,1367	0,76(0,53-1,10)	< 0,0001*	0,57(0,44-0,74)	0,0014*	0,76(0,65-0,90)
Nunca	< 0,0001*	0,54(0,42-0,69)	< 0,0001*	0,58(0,48-0,69)	< 0,0001*	0,64(0,57-0,72)
III.9.19- Quando o(a) senhor(a) precisa, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas?						
Sim, sempre (referência)						1
Sim, algumas vezes					0,0001*	0,73(0,64-0,82)
Não					0,0001*	0,65(0,56-0,76)
Nunca precisou					0,997	1,00(0,89-1,13)
III.9.22- O(a) senhor(a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?						
Sim, sempre (referência)						1
Sim, algumas vezes					< 0,0001*	0,76(0,67-0,86)
Não					< 0,0001*	0,64(0,57-0,73)
III.9.23- O seu agente comunitário de saúde (ACS) visita o (a) senhor (a) na sua casa?						
Sim (referência)						1
Não					< 0,0001*	0,64(0,56-0,72)
Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro					0,084	0,55(0,29-1,12)
III.9.24- Outros profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)?						
Sim (referência)						
Sim, algumas vezes			0,7131	0,93(0,64-1,37)		
Não			< 0,0001*	0,53(0,40-0,69)		
III.19.1- Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?						
Sim (referência)		1		1		1
Sim, mas com dificuldade	0,0068*	0,45(0,25-0,80)	0,0001*	0,53(0,39-0,73)	0,0001*	0,64(0,51-0,80)
Não	0,9527	1,01(0,71-1,44)	< 0,0001*	0,41(0,32-0,52)	0,0386*	0,86(0,75-0,99)
Nunca precisou	< 0,0001*	2,07(1,55-2,76)	0,0061*	1,29(1,07-1,54)	0,0001*	1,57(1,40-1,77)

Célula em branco corresponde a variável não significante para região. * Categoria não estatisticamente significante ($p > 0,05$).

Em relação à privacidade, usuários de todas as regiões mencionaram que o fato de o consultório não ser um lugar reservado diminui as chances de obter a SatUS-AB, corroborando com o tra-

balho de Villadsen et al.³³, realizado na Etiópia. Observa-se que a região na qual essa variável tem influência maior é no Norte (diminui 2,1 vezes a SatUS-AB). Faz-se necessário destacar que o es-

Tabela 2. Análise da qualidade do modelo de regressão logística.

Qualidade do modelo	NORDESTE	NORTE	CENTRO-OESTE	SUL	SUDESTE
<i>n</i> da amostra	15324	2544	2941	7671	18511
Variáveis significantes	20	10	10	15	21
Análise do desvio	Aceito	Aceito	Aceito	Aceito	Aceito
AUC da curva ROC	0,845	0,820	0,818	0,847	0,857
Sensibilidade	0,762	0,741	0,746	0,770	0,775
Especificidade	0,761	0,736	0,746	0,767	0,775
Estimativa de acerto*	0,808	0,756	0,818	0,864	0,855
Estimativa de risco*	0,190	0,245	0,182	0,136	0,143

* Estimativa de acerto e Estimativa de risco foram verificadas pela validação cruzada.

paço terapêutico deve manter a privacidade, promovendo a comunicação sem interrupções, além de ser um local o mais confortável possível³⁴. Alguns autores consideram que a falta de espaço físico adequado nas UBS tem levado à ausência de privacidade na conversa com os usuários^{35,36}.

Na presente pesquisa foi constatado que, em todas as regiões (exceto a Centro-Oeste), quando o usuário não se sente sempre ou se sente algumas vezes respeitado pelos profissionais quanto aos seus hábitos culturais, costumes e religião, diminui-se mais de 2 vezes a chance de obter a satisfação em relação a quem sempre se sente respeitado pelos profissionais. Pode-se destacar os dados provenientes de usuários do Sudeste que, por não se sentirem respeitados, resultaram na diminuição de 2,7 vezes a chance de obter SatUS-AB. Isso corrobora com o trabalho de Mendoza Aldana et al.³⁷, em Bangladesh, ao constatarem que o tratamento respeitoso dos profissionais com os usuários foi o fator de maior influência para satisfação destes, seguido pela satisfação com os profissionais, o respeito pela privacidade, o tempo de espera e o tempo de consulta.

No Centro-Oeste e Sudeste, observou-se associação entre a SatUS-AB e a realização de perguntas pelos profissionais de saúde sobre outras necessidades, além daquelas relacionadas com o motivo da consulta. Em vista desses resultados, deve-se atentar para a necessidade de uma comunicação mais aberta entre os profissionais de saúde e pacientes que possibilite uma produção de saúde compartilhada, fazendo com que o indivíduo seja inserido no processo terapêutico e convocado ao autocuidado³⁸.

Ainda considerando a relação profissional/ usuário, o modelo desenvolvido para o Nordeste e o Sudeste demonstrou que o fato de os profissionais da equipe sugerirem soluções adequadas à realidade dos usuários influencia na SatUS-AB. É importante destacar que 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-doença³⁹, se despidendo de seus discursos prontos e verticalizados, de preconceitos e do saber tradicional, 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 tratamento⁴⁰.

Observou-se também no Nordeste, que 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 SatUS-AB. Nesse sentido, trabalhos confirmam a existência de uma associação significativa entre o tempo da consulta e a satisfação do usuário^{13,37}. Caprara e Rodrigues³⁹ identificaram associação entre uma consulta com um tempo maior e melhor qualidade do atendimento, pois possibilita 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.

Não obstante, é preciso que o usuário também se sinta à vontade para se expressar, pois quando 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. Esse aspecto foi importante em todas as regiões do Brasil, pois constatou-se associação entre o usuário se sentir à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou ou-

tras questões, e a SatUS-AB, principalmente nas regiões Sul e Norte.

De acordo com o estudo de Perez et al.²², aquele que citou como benefício um bom relacionamento profissional/paciente teve uma chance 4,8 vezes maior de obter a satisfação com relação a quem não citou. Ademais, a produção de saúde compartilhada entre profissionais e usuários é necessária para a concretização do acolhimento, fator importante para fortalecer o papel da AB na cadeia de cuidado ao usuário³⁸.

Ainda foi observado neste estudo que, em todas as regiões, o costume de perguntar pelos familiares dos usuários influencia na satisfação destes, principalmente nas regiões Norte, Sul e Nordeste. Esse resultado mostra a importância que o usuário atribui ao vínculo dos profissionais com a família, que representa um segmento ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais. Ademais, é visto na literatura que o conhecimento médico sobre o paciente, a comunicação interpessoal, a valorização da continuidade do tratamento e a coordenação do cuidado exercem influência na avaliação dos usuários sobre os serviços de saúde^{41,42}. Essa humanização 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 cura⁴³.

Cunha e Giovanella⁴¹ consideram que um dos aspectos imprescindíveis para longitudinalidade e continuidade do cuidado é o encadeamento informacional. Nesse contexto, o presente trabalho constatou que os profissionais se lembrarem do que aconteceu nas últimas consultas com o usuário influencia na satisfação deste em todas as regiões, exceto a Sul. Constatou-se também que para obter a SatUS-AB é importante que caso o tratamento seja interrompido por algum motivo ou o usuário esteve ausente na consulta, os profissionais o procurem para saber o que aconteceu e retomar o atendimento. Com isso, pode-se visualizar o grau de valorização da continuidade do cuidado pelos pacientes, corroborando com muitos autores que afirmam que este é um aspecto fundamental da atenção primária que deve ser assegurado^{5,41,44}.

É importante mencionar também que faz parte da continuidade do cuidado que, após as consultas, o profissional esclareça as dúvidas do usuário, com uma abordagem acolhedora, valorizando as queixas e buscando possíveis soluções

para o seu problema²⁸. Neste estudo, foi evidenciado que, no Nordeste, o esclarecimento das dúvidas dos usuários após as consultas influencia na SatUS-AB. Evidencia-se, diante dos dados, a importância que os usuários dessa região atribuem ao esclarecimento de suas dúvidas junto aos profissionais de saúde que realizaram o atendimento e, por isso, é fundamental a presença do vínculo estabelecido.

Nesse aspecto, a atenção domiciliar abre uma porta na interface de diálogo entre profissionais de saúde e o indivíduo sob cuidado e sua família, favorecendo a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos⁴⁰. No Sudeste e Nordeste pode-se observar que a visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde foi fator influenciador para se obter a SatUS-AB. Já a visita domiciliar pelos profissionais de saúde foi fator influenciador nas regiões Nordeste e Sul. Corroborando com esse estudo, Perez et al.²² e Mues et al.⁴⁵ também observaram que os usuários de estado de Minas Gerais consideram a visita domiciliar como fator influenciador em sua satisfação. Albuquerque e Bosi⁴⁶, em Fortaleza (CE), apontam que, na percepção do usuário, a visita domiciliar pelos profissionais de saúde é uma via para a garantia de direitos como integralidade, humanização e ao cuidado centrado no usuário e sua família.

Quanto ao acesso aos serviços secundários, apenas a região Sudeste obteve como fator associado à SatUS-AB, os profissionais da equipe conseguem marcar uma consulta com outros profissionais ou especialistas. Alguns estudos^{19,47-50} também registraram, como queixa mais frequente dos usuários, a dificuldade de acesso aos serviços especializados, corroborando com este trabalho. Esses resultados podem ser atribuídos à existência de problemas de fluxo na rede de serviços devido à falta de planejamento e organização, gerando tempo médio de espera relativamente alto para marcação de uma consulta nos serviços secundários e, conseqüentemente, provocando a insatisfação dos usuários⁵¹.

Ainda nesse aspecto, pode-se observar que não encontrar sempre facilidade para conhecer os resultados de seus exames que chegam à unidade de saúde diminui as chances de obter SatUS-AB nas regiões Nordeste e Sudeste. Corroborando com esse resultado, Santiago et al.¹⁹ identificaram grande insatisfação dos usuários da ESF com os tempos de espera para serem atendidos e para receberem o resultado dos exames. Esse resultado deve ser considerado pelos gestores dessas regiões, pois a identificação de uma rede de serviços de saúde não efetiva aponta para a necessidade de se rever

as estratégias de organização do serviço. Ademais, é importante que o nível secundário de atenção à saúde assegure o acesso dos usuários a consultas e exames especializados indispensáveis para a conclusão de diagnósticos oriundos da APS⁵².

Outro aspecto relevante para obter a Sa-tUS-AB, em todas as regiões, exceto na Norte, é conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde. Dessa forma, confirma-se que a possibilidade de fazer reclamações é essencial para o usuário, pois esse é fator fundamental do processo de avaliação dos serviços prestados pelas unidades¹⁹.

Este trabalho contribuiu com modelos de decisão que poderão consubstanciar cientificamente os gestores de saúde no planejamento de ações e na tomada de decisão para a melhoria da qualidade dos serviços a partir da percepção da satisfação dos usuários. Ademais, o recorte territorial pode ser um instrumento importante para a criação de políticas que considerem as especificidades dos sistemas de saúde de cada região.

Apesar dos resultados dos modelos diferirem por região, foi possível observar que, na percepção dos usuários, é necessário melhorar a qualificação do acesso, a resolubilidade, os aspectos organizacionais do processo de trabalho e, principalmente, o fortalecimento do vínculo entre eles e os profissionais de saúde. Estas melhorias são, em sua maioria, factíveis para os gestores, pois não demandam grandes investimentos financeiros e sim iniciativas de reorganização dos processos de trabalho e fluxos.

Como limitações do estudo, pode-se considerar o uso de dados secundários e o fato de os resultados apresentados neste estudo serem provenientes de uma primeira experiência de aplicação da avaliação externa do 1º Ciclo do PMAQ-AB, onde as adesões das equipes foram poucas e voluntárias. Entretanto, como o PMAQ-AB é um processo contínuo e progressivo de melhoramento do acesso e de qualidade da atenção básica, esses dados do 1º ciclo poderão servir de base para a análise de possíveis mudanças a partir dos próximos ciclos de avaliação.

Conclusão

A partir dos resultados obtidos, mediante a aplicação dos modelos de decisão descritos e realizados para cada região, foi possível identificar os principais fatores associados à satisfação do usuário com os serviços de Atenção Básica por regiões do Brasil. Pode-se destacar que o usuário resolver

seus problemas na própria US e sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde são os fatores mais importantes, em todas as regiões do Brasil, com respeito à satisfação do usuário. Porém, pode-se apontar também outros fatores que se destacaram por região, como descritos a seguir.

- Nordeste: o horário de funcionamento e conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na US;
- Norte: os profissionais perguntarem pelos familiares, o horário de funcionamento, ser escutado sem ter hora marcada e a privacidade do consultório;
- Centro-Oeste: interesse dos profissionais sobre outras necessidades de saúde, ser escutado sem ter hora marcada e conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na US;
- Sul: o horário de funcionamento, conseguir ser escutado sem ter hora marcada e conseguir fazer uma reclamação ou sugestão na US;
- Sudeste: ter facilidade de retirar suas dúvidas após a consulta e receber perguntas dos profissionais de saúde não relacionadas com o motivo da consulta.

Por fim, a análise realizada neste estudo aponta que a satisfação do usuário da Atenção Básica atinge o serviço de saúde em diferentes dimensões, porém, mostra-se mais associada à assistência humanizada do que às condições estruturais e de funcionamento das unidades de saúde. Esses achados podem subsidiar a gestão em saúde no planejamento de estratégias de intervenção que promoveriam melhor oferta de cuidados e maior satisfação dos usuários assistidos nesse nível de atenção.

Colaboradores

APL Protasio, LB Gomes, LS Machado e AMG Valença contribuíram no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. [acessado 2013 nov 23]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-5656>
- Brasil. (MS). Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Documentos. Brasília: Departamento de atenção Básica; 2012. [acessado 2013 nov 2]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/documentos.php>
- Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1267-1276.
- Pinheiro R, Martins PH. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. CEPESC; 2009. Recuperado de: http://www.nucleodecidania.org/nucleo/extra/2011_05_13_00_31_16_apresentacao_livro_avaliacao_em_saude.pdf
- Brandão, Giovanela L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
- Brasil. Ministério da Integração Nacional (MIN). *Política Nacional de Desenvolvimento Regional - PNDR*. Brasília: MIN; 2004.
- Brasil. Ministério da Integração Nacional (MIN). *A PNDR em dois tempos: A experiência apreendida e o olhar pós 2010*. Brasília: MIN; 2010.
- Amparo PP. Os desafios a uma política nacional de desenvolvimento regional no Brasil. *Interações Campo Gd* 2014; 15(1):175-192.
- Daros ELR, Albernaz LR. Desenvolvimento Regional e Sustentabilidade do Crescimento. *Rev TCU* 2012; (124):82-124.
- Guimarães RM, Andrade SSCA, Machado EL, Bahia CA, Oliveira MM, Jacques FVL. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. 2015. [acessado 2013 nov 11]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9337>
- Mooi E, Sarstedt M. *A Concise Guide to Market Research: The Process, Data, and Methods Using IBM SPSS Statistics*. Berlin: Springer Science & Business Media; 2011.
- Nigenda-López G, Salinas-Rodríguez A, Gómez-Camponovo M, Manrique-Espinoza B, Ruiz-Larios JA, Trejo-Rosales A. Identificação dos usuários segundo nível de satisfação nos módulos gerontológicos empregando a análise de conglomerados. *Rev Esc Enferm U P* 2013; 47(2):421-425.
- Bastos GAN, Fasolo LR, Bastos GAN, Fasolo LR. Factors that influence outpatient service user satisfaction in a low-income population: a population-based study. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(1):114-124.
- Castro HCO, Machado LZ, Walter MIMT, Ranincheski SM, Schmidt BV, Marinho DNC, Campos TMA. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). *Soc Em Debate* 2012; 14(2):113-134.
- 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 Serv Res* 2013; 13(1):142.
- Assefa F, Mosse A, H/Michael Y. Assessment of Clients' Satisfaction with Health Service Deliveries at Jimma University Specialized Hospital. *Ethiop J Health Sci* 2011; 21(2):101-110.
- Drakopoulou M, Roka V, Apostolara P, Bucaj A, Skafidakis D, Kalokerinou A. Correlates of Health Services Users' Satisfaction Provided by the First Urban Type Health Center in Greece. *Balk Mil Med Rev* 2012; 15(1):2-14.
- Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002; 54(4):493-504.
- Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Quality of care in the family healthcare units in the city of Recife: user perception. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):35-44.
- Kamhawi S, Underwood C, Murad H, Jabre B. Client-centered counseling improves client satisfaction with family planning visits: evidence from Irbid, Jordan. *Glob Health Sci Pract* 2013; 1(2):180-192.
- Gouveia GC, Souza WV, Luna CE, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. User satisfaction in the Brazilian health system: associated factors and regional differences. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(3):281-296.
- Perez LG, Sheridan JD, Nicholls AY, Mues KE, Saleme PS, Resende JC, Ferreira JA, Leon JS. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. *Rev Saude Publica* 2013; 47(2):403-413.
- Santos SMS, Oliveira VAC, Oliveira RAC, Guimarães EAA. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. *Rev Min Enferm* 2010; 14(4):499-508.
- Albuquerque MSV, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ, Lyra TM. Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco. *Saúde em Debate* 2014; 38(spe):182-194.
- Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Collective health: a challenge for nursing. *Cad Saude Publica* fevereiro de 2001; 17(1):233-241.
- Fausto MCR, Giovanela L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. The position of the Family Health Strategy in the health care system under the perspective of the PMAQ-AB participating teams and users. *Saúde em Debate* 2014; 38(spe):13-33.
- Ramos DD, Lima MADS. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):27-34.
- Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction. *Rev Salud Pública* 2010; 12(3):402-413.
- Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, Marin J, Flauzino RF, Montenegro LAA. Factors affecting access to the Family Health Strategy teams in Brazil. *Saúde em Debate* 2014; 38(spe):34-51.

30. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med* 1999; 48(8):989-996.
31. Brasil. Portaria Nº 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* 2011; 26 ago.
32. Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor. 2010. [acessado 2013 nov 23]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf
33. Villadsen SF, Tersbol BP, Negussie D, GebreMariam A, Tilahun A, Friis H, Rasch V. Antenatal Care Strengthening in Jimma, Ethiopia: A Mixed-Method Needs Assessment. *J Environ Public Health* 2014; 2014:945164.
34. Lloyd M, Bor R. *Communication skills for medicine*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2009.
35. Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães RP, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *Rev Min Enferm* 2008; 12(2):271-277.
36. Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Formation processes within the National Humanization Politics: the experience of a course for managers and workers in primary health care. *Physis* 2009; 19(4):1087-1109.
37. Mendoza Aldana J, Piechulek H, al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ* 2001; 79(6):512-517.
38. Clementino FS, Gomes LB, Vianna RPT, Marcolino EC, Araújo JP, Chaves TV. Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB). *Rev Saúde Ciênc Online* 2015; 4(1):62-80.
39. Caprara A, Rodrigues J. Asymmetric doctor-patient relationship: rethinking the therapeutic bond. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):139-146.
40. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Professional-patient bond in a team of Family Health Strategy. *Ciênc Cuid E Saúde*. 29 de maio de 2014; 13(3):556-62.
41. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):1029-1042.
42. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003; 1(3):149-155.
43. Passero LG. *Insatisfação do usuário da atenção básica com o Sus: análise multinível da pesquisa da ouvidoria [tese]*. Porto Alegre: UFRGS; 2013.
44. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, Santos LM, Guerra AC. Integration and continuity of Care in health care network models for frail older adults. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2):357-365.
45. Mues KE, Resende JC, Santos OC, Perez LG, Ferreira JA, Leon JS. User satisfaction with the Family Health Program in Vespasiano, Minas Gerais, Brazil. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 31(6):454-460.
46. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Home visits as a component of the Family Health Program: user's perceptions in Fortaleza, Ceará State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):1103-1112.
47. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Waiting lists in public systems: from expanding supply to timely access? Reflections on Spain's National Health System. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2783-2794.
48. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. 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 Saude Publica* 2010; 26(4):725-737.
49. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(3):780-788.
50. Valius L, Rastenytė D, Malinauskienė V, Krančiukaitė-Butylkinienė D. Evaluation of the quality of services in primary health care institutions. *Med Kaunas* 2011; 47(1):57-62.
51. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG, Gomes LB. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde Debate* 2014; 38(spe):209-220.
52. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):3579-3586.

Artigo apresentado em 22/12/2015

Aprovado em 10/05/2016

Versão final apresentada em 12/05/2016