**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

BRUNA RÉ CARVALHO

**Avaliação do acesso do usuário em unidades de atenção primária em municípios de
pequeno porte: evidências do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
da Atenção Básica**

Ribeirão Preto
2017

BRUNA RÉ CARVALHO

Avaliação do acesso do usuário em unidades de atenção primária em municípios de pequeno porte: evidências do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Versão Original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do título de Mestre em Ciências

Linha de Pesquisa: Estudos em Atenção Primária e Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Ribeirão Preto
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Preparada pela Biblioteca do Serviço e Documentação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Bruna Ré Carvalho

Avaliação do acesso do usuário em unidades de atenção primária em municípios de pequeno porte: evidências do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

98 f.: il.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade.

Orientadora Prof.^a Dra. Janise Braga Barros Ferreira. – Ribeirão Preto, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Serviços de Saúde. 3. Avaliação em Saúde.
4. Acesso aos Serviços de Saúde.

CARVALHO, Bruna Ré.

Avaliação do acesso do usuário em unidades de atenção primária em municípios de pequeno porte: evidências do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Dr.(a) Janise Braga Barros Ferreira (Orientadora)

Instituição: FMRP-USP

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) Aldaísa Cassanho Forster

Instituição: FMRP-USP

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ)

Julgamento: _____

SUPLENTE

Prof.(a) Dr.(a) Lucieli Dias Pedreschi Chaves - Instituição: EERP-USP

Prof.(a) Dr.(a) Maria do Carmo G.G. Cássia Bava - Instituição: FMRP-USP

Prof.(a) Dr.(a) Lígia Giovanella - Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ)

Dedico aos meus amados pais, Gema (*in memoriam*), professora inesquecível e mulher admirável e Tristão (*in memoriam*), homem alegre e de bom coração, por me terem dado educação, valores e princípios. Vocês são fonte de amor e minha eterna e maior saudade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e acolhida nos momentos difíceis.

Às minhas amadas irmãs Ana Carolina, Carla e Paula pelo incentivo, carinho, compreensão e por me ensinarem que estamos juntas em todos os desafios, enfrentando-os com delicadeza.

Aos meus sobrinhos Maria Júlia, João Pedro, Francisco e Antônio, responsáveis pelos meus melhores sorrisos e amenizadores do meu cansaço.

À minha orientadora Janise Braga Barros Ferreira por sua indiscutível e sempre presente gentileza. Por sua disponibilidade, apoio, incentivo, compreensão e orientação indispensáveis à minha jornada.

Ao querido professor Gutemberg de Melo Rocha, principal incentivador desta caminhada. Sou muito grata por ter conhecido e convivido com o senhor.

Às demais pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu especial agradecimento.

Não é sobre ter todas pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti
É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz
É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós

É saber se sentir infinito
Num universo tão vasto e bonito, é saber sonhar
Então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema sobre acreditar

Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as situações

A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim

Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar
E sim sobre cada momento, sorriso a se compartilhar
Também não é sobre correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem bala, parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir

Trem Bala
(Ana Vilela)

RESUMO

CARVALHO, Bruna Ré. **Avaliação do acesso do usuário em unidades de atenção primária em municípios de pequeno porte: evidências do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** 2017. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Introdução Com objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Objetivo Geral** Descrever aspectos do acesso do usuário às unidades de atenção primária de municípios brasileiros de pequeno porte. **Objetivos específicos** Caracterizar o usuário presente nas unidades de municípios de pequeno porte do Brasil e de suas regiões segundo as variáveis sociodemográficas; descrever a percepção do usuário de municípios de pequeno porte do Brasil e de suas regiões quanto às variáveis do “Acesso aos serviços de Saúde” e “Marcação de consultas na unidade de saúde”; verificar a associação de acesso às unidades de municípios de pequeno porte do Brasil entre as regiões segundo variáveis de acesso e de marcação de consultas. **Material e Métodos** Pesquisa avaliativa de corte transversal e de abordagem quantitativa. O estudo abrangeu municípios de pequeno porte participantes do 2º ciclo do PMAQ. Foram utilizados dados secundários pertencentes ao banco de dados de base nacional, totalizando 35.815 usuários. **Resultados** De modo geral, os usuários que frequentam os serviços de APS nesses municípios são mulheres com idade entre 20 a 39 anos, pardo-mestiças, com ensino fundamental incompleto, sem trabalho e com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, caso trabalhem. Quando aplicada a análise de correspondência notou-se as variáveis “não realizar marcação de consulta”, “o horário de funcionamento não atender as necessidades dos usuários” e “não funcionar em todos os cinco dias úteis da semana” caracterizaram mais a região Nordeste. As regiões Sul e Sudeste apresentaram características mais semelhantes relativas ao funcionamento das Unidades de Saúde durante todos os dias da semana e inclusive aos sábados e/ou domingos, o horário de funcionamento das Unidades de Saúde atender as necessidades dos usuários e as Unidades de Saúde realizar a marcação de consultas. Observou-se uma semelhança entre as regiões Norte e Centro Oeste quanto ao maior tempo gasto para acessar as Unidades de Saúde e o grau de dificuldade deste acesso. **Considerações Finais** O estudo da percepção dos usuários em relação ao acesso permitiu identificar aspectos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) que podem ser implementados e fornecer subsídios para gestores e profissionais da saúde no tocante ao aprimoramento e à melhoria da qualidade do cuidado e do acesso à saúde, ratificando que a atenção primária deve estar calcada nas singularidades e fortalezas de cada realidade.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

CARVALHO, Bruna Ré. **Evaluation of user access in primary care units in small municipalities: evidence from the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care.** 2017. Master's degree Dissertation. Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Introduction To induce the expansion of access and the improvement of the quality of primary care, the Ministry of Health created the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. **General objective** Describe aspects of user access to primary care units of small Brazilian municipalities. **Specific objectives** To characterize the present user in the units of small municipalities of Brazil and its regions, according to sociodemographic variables. To describe the user's perception of small municipalities in Brazil and its regions regarding the variables of "Access to Health Services" and "Marking of consultations in the health unit" to verify the association of access to the units of small municipalities of Brazil, between the regions according to variables of access and appointment of consultations. **Material and methods** Cross-sectional and quantitative approach evaluation research. The study covered small municipalities participating in the second cycle of the program. Secondary data belonging to the national database used, totaling 35,815 users. **Results** In general, the users who are attending PHC services in these municipalities are women, aged between 20 and 39 years old, mixed-race, with incomplete elementary education, without work and with a monthly income of 1 to 3 minimum wages when worked. When the correspondence analysis was applied, the variables "no query marking," "working hours do not meet users' needs" and "not working on all five working days of the week" were more characterized in the Northeast Region. The South and Southeast regions presented more similar characteristics regarding the functioning of the Health Units during all the days of the week and even on Saturdays and/or Sundays, the working hours of the Health Units meet the needs of the users and the Health Units perform the appointment of queries. There was a similarity between the North and Central West Regions regarding the greater time spent to access the Health Units and the degree of difficulty of this access. **Final Considerations** The study of users' perceptions about to access allowed us to identify essential aspects of PHC that can be implemented and to provide subsidies for managers and health professionals about to improving and improving the quality of care and access to health. The study ratified that primary care must base on the singularities and strengths of each reality.

Keywords: Primary Health Care; Health Services; Health evaluation; Health Services Accessibility.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Unidades de análise, dimensões e subdimensões presentes no AMAQ.....	21
Quadro 2 - Quantidade de indicadores da Fase de Desenvolvimento do 2º Ciclo do PMAQ, de acordo com o sistema de informação a ser utilizado.....	22
Quadro 3 - Indicadores para as equipes (ESF/EAB parametrizada) que utilizam o SIAB, 2º Ciclo do PMAQ.....	23
Quadro 4 - Indicadores para as Equipes de Saúde Bucal que utilizam o SIAB, 2º Ciclo do PMAQ.....	24
Quadro 5 – Indicadores de Desempenho para as equipes (eSF, EAB parametrizada) que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.....	24
Quadro 6 – Indicadores para as Equipes de Saúde Bucal que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.....	25
Quadro 7 – Indicadores de Monitoramento para os NASF que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.....	25
Quadro 8 - Relação entre o desempenho e o percentual do componente de qualidade do PAB Variável.....	30
Quadro 9 – Indicadores de monitoramento para as EAB (ESF ou Parametrizada) no terceiro ciclo do PMAQ.....	31
Quadro 10 – Indicadores de desempenho para os NASF no terceiro ciclo do PMAQ.....	32
Quadro 11 – Subdimensão, variável e natureza da variável.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dimensões e subdimensões para certificação da avaliação externa.....	27
Tabela 2 - Distribuição dos estratos segundo pontuação total e porte populacional.....	29
Tabela 3 - Distribuição das equipes de Atenção Básica de acordo com o desempenho no 2º ciclo do PMAQ, 2013.....	42
Tabela 4 - Distribuição dos usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, segundo região, sexo, faixa etária, cor, escolaridade, trabalho, conhecimento da renda e seu valor, PMAQ, 2013.....	46
Tabela 5 - Distribuição por região brasileira, dos usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, segundo sexo, faixa etária, cor, escolaridade, trabalho, conhecimento da renda e seu valor, PMAQ, 2013.....	48
Tabela 6 - Tempo em minutos entre a casa e a Unidade de Saúde dos usuários e sua percepção de como é chegar à Unidade de Saúde em municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.....	50
Tabela 7 - Dias, turnos, divulgação de horário pela equipe de saúde, existência de horário fixo de funcionamento da Unidade de Saúde e atendimento de suas necessidades conforme horário de atendimento, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.....	51
Tabela 8 - Horários que facilitariam o atendimento na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.....	52
Tabela 9 - Possibilidades de marcação de consulta na Unidade de Saúde, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.....	53
Tabela 10 - Dias e horários em que a marcação de consulta era feita na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.....	53
Tabela 11 - Possibilidade de marcação de consulta na Unidade para o mesmo dia e a maneira como essa consulta é realizada, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.....	54
Tabela 12 - Tempo em minutos entre a casa e a Unidade de Saúde dos usuários e sua percepção de como é chegar à Unidade de Saúde em municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.....	55
Tabela 13 - Dias, turnos, divulgação de horário pela equipe, existência de horário fixo de funcionamento da Unidade de Saúde e atendimento de suas necessidades conforme horário de atendimento, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo região brasileira.....	56
Tabela 14 - Horários que facilitariam o atendimento na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo região brasileira.....	58

Tabela15 - Marcação de consulta, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.....59

Tabela 16 - Possibilidades de marcação de consulta na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.....59

Tabela 17 - Dias e horários em que a marcação de consulta era feita na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.....61

Tabela 18 - Possibilidade de marcação de consulta na Unidade para o mesmo dia e a maneira como essa consulta é realizada, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.....61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – As fases do PMAQ 2º ciclo.....	20
Figura 2 – As fases do PMAQ 3º ciclo.....	31
Figura 3 – Adesão ao 2º Ciclo (2013/2014).....	41
Figura 4 – Representação das variáveis de acesso e de marcação de consultas no plano bidimensional.....	63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

AMQ - Avaliação de Melhoria da Qualidade

APS - Atenção Primária à Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEP-CSE - Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

EAB - Equipes de Atenção Básica

eSB - Equipes de Saúde Bucal

eSF - Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAB Variável – Piso de Atenção Básica Variável

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

SGDAB – Sistema de Gestão da Atenção Básica

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica....	19
2	OBJETIVOS.....	34
2.1	Objetivo Geral.....	34
2.2	Objetivos Específicos.....	34
3	REFLEXÕES SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE, ACESSO EM SAÚDE E PERCEPÇÃO DO USUÁRIO.....	35
4	MATERIAL E MÉTODO.....	41
4.1	Delineamento do estudo.....	41
4.2	Campo do estudo.....	41
4.3	População estudada.....	42
4.4	Coleta de dados.....	43
4.5	Análise dos dados.....	44
4.6	Considerações éticas.....	44
5	RESULTADOS.....	45
5.1	Caracterização sociodemográfica dos participantes do Segundo Ciclo do PMAQ, 2013, dos municípios de pequeno porte do Brasil.....	45
5.2	Caracterização sociodemográfica dos participantes do Segundo Ciclo do PMAQ, 2013, dos municípios de pequeno porte do Brasil, por região brasileira.....	47
5.3	Descrições das variáveis de Acesso aos Serviços de Saúde e Marcação de Consulta segundo os participantes do Segundo Ciclo do PMAQ, 2013, de municípios de pequeno porte de todo Brasil.....	50
5.4	Descrições das variáveis de Acesso aos Serviços de Saúde e Marcação de Consulta segundo os participantes do Segundo Ciclo do PMAQ, 2013, de municípios de pequeno porte, por região brasileira.....	54
5.5	Análise de correspondência.....	62

6	DISCUSSÃO.....	64
6.1	Características dos usuários.....	64
6.2	Acesso aos serviços de saúde e Marcação de consulta.....	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	84
	ANEXO A.....	93

1 INTRODUÇÃO

Constituindo um marco para a Atenção Primária à Saúde (APS), aos doze dias de setembro de mil novecentos e setenta e oito, acontecia a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata. A declaração resultante desta conferência nos trouxe o conceito de cuidados primários de saúde, compreendido como cuidados essenciais muito bem fundamentados cientificamente, baseado em métodos e tecnologias práticas sendo considerado o primeiro nível de contato garantidor dos cuidados de saúde oferecidos pelo sistema de saúde aos indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2011a).

Starfield (2002) corrobora o conceito de APS, afirmando ser o ponto que garante o acesso ao sistema de saúde, ofertando cuidado e atenção ao cliente em quase todas suas condições ao longo do tempo, não focando na enfermidade. A autora também afirma que a APS é tida como o alicerce dos demais pontos de atenção, organizando e racionalizando a utilização dos diversos recursos, presentes desde níveis básicos a especializados, visando a promoção, manutenção e melhoria da qualidade de vida. Assim, buscando maximizar a saúde e o bem-estar, a APS trabalha com a prevenção, cura e reabilitação dos problemas mais comuns da comunidade.

Ainda Starfield (2002) apresenta os atributos característicos da APS, descritos como essenciais ou derivados. Foram considerados como essenciais:

- Atenção ao primeiro contato (englobando a acessibilidade e o acesso): este atributo diz respeito à porta de entrada/primeiro contato entre o profissional/paciente/serviço de saúde. Este profissional deve ser um facilitador no acesso e na garantia da continuidade do cuidado.
- Longitudinalidade: compreendido como cuidado continuado reflete a relação interpessoal entre o profissional e o paciente através de mecanismos como a adesão da clientela.
- Integralidade: refere-se ao cuidado integral do paciente em diferentes níveis de atenção e diferentes cuidados como promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, buscando responder às necessidades do paciente.
- Coordenação da atenção: compreende a garantia da continuidade do cuidado, seja ela em diferentes níveis de atenção e permanência deste com a APS.

Ainda segundo a mesma autora, os atributos derivados da APS são definidos como:

- Centralidade na família: engloba o aspecto do conhecimento dos problemas de saúde das famílias e o conhecimento de seus membros.
- Competência cultural: reflete aspectos que buscam o conhecimento cultural do paciente ou da comunidade, incluindo sua visão sobre a saúde e doença e os modos de cuidar.
- Orientação para a comunidade: compreende mecanismos para o alcance da ciência das necessidades de saúde de determinada comunidade.

Conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), este componente do sistema de saúde é considerado a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenadora do sistema e sua resolubilidade deve ser maior dentre todos os pontos de atenção.

Cabe ressaltar que ora utilizaremos o termo “Atenção Primária à Saúde” (APS), ora “Atenção Básica” na pesquisa, pois o primeiro é internacionalmente reconhecido de maneira mais relevante e também tido como descritor de assunto nas bases de dados da literatura, porém o segundo é bastante utilizado e compreendido nacionalmente.

Conforme a portaria 2.488 de 2011 do Ministério da Saúde (MS), que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Atenção Básica permanece conceituada como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da

participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011b, p. 2-3).

Importante recordar que o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1993, tinha como objetivo reorientar o modelo assistencial tradicional identificado como hospitalocêntrico e curativista. (BRASIL, 2005; CONILL, 2008; RONCALLI e LIMA, 2006). Posteriormente, com a edição da primeira PNAB (2006), o PSF passa a ser considerado como uma estratégia, não mais programa, de reorientação da atenção básica em nosso país, seguindo os preceitos do SUS (BRASIL, 2006a).

A significativa expansão da implantação da ESF em todo território nacional trouxe a necessidade de qualificação da Atenção Básica e a necessidade de desenvolvimento de ferramentas que permitissem acompanhar e avaliar de forma contínua esta situação, a fim de melhorar a atenção para os usuários (BRANDÃO et al., 2013). Autores como Silva e Caldeira (2010) também afirmam que a acelerada expansão das ESF estimula a reflexão sobre a resolubilidade e qualificação das equipes de atenção básica (EAB), o que reforça a importância da avaliação dessa realidade.

Conforme Paulino (2012), a prática de avaliação em saúde ainda é prematura na gestão do SUS. No entanto, há um empenho dos três níveis de governo para criar uma cultura de avaliação e de monitoramento das ações no âmbito dos serviços de saúde do SUS. Nota-se que cada vez mais gestores estão preocupados em colocar em prática o monitoramento de suas ações, uma vez que isto auxilia na avaliação de sua gestão e subsidia a tomada de decisão.

Atualmente, o MS tem empenhado esforços para promover uma gestão pública alicerçada na indução, monitoramento e avaliação de ações e resultados, na busca da garantia de serviços satisfatórios aos usuários do SUS, com ampliação do acesso e qualidade nos atendimentos em saúde, nos diferentes contextos sociais presentes em nosso país (BRASIL, 2011c). Pensando nisso, o governo federal lançou no âmbito da política “Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade”, que busca induzir a oferta de serviços que garantam o acesso e a qualidade conforme as reais necessidades da população pelas três esferas de governo, inclusive as EAB, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), considerado uma das principais estratégias para induzir a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

1.1 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Instituído em 2011, conforme a portaria ministerial 1.654 de 19 de julho, o PMAQ foi criado como iniciativa para qualificação da atenção básica.

Art. 1º - Fica instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2011d, p. 1).

A mesma portaria homologa o incentivo financeiro do PMAQ, repassado conforme alcance de metas firmadas, intitulado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

No entanto, cabe ressaltar que a avaliação nem sempre é vista positivamente pelos avaliados, pois existe uma ideia negativa relacionada ao não cumprimento da meta proposta, com consequente penalização e constrangimento. É neste contexto que o PMAQ procura quebrar esta barreira superando estas concepções. Por meio da avaliação, o Programa se apresenta como uma ferramenta permanente para tomadas de decisões visando a melhoria da qualidade do atendimento, característica fundamental almejada pelo SUS (BRASIL, 2013a).

O PMAQ possui quatro fases, as quais se complementam formando um ciclo contínuo: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. A figura 1 traz de maneira sintética as fases do programa e suas principais características.

Figura 1 – Fases do PMAQ 2º Ciclo

Fonte: BRASIL, 2011f.

A primeira fase é denominada Adesão e Contratualização, na qual EAB, incluindo as Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB), Equipes Parametrizadas, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), gestores municipais e MS firmam a adesão ao programa mediante contratualização de indicadores e compromissos entre si. Cabe ressaltar que a contratualização é um processo voluntário, pressupondo um acordo prévio entre a gestão municipal e as equipes envolvidas e, posteriormente, desses com o MS. Homologada a contratualização/recontratualização, mensalmente o município passa a receber através de mecanismo fundo a fundo 20% do valor integral do Componente de Qualidade por cada equipe contratualizada (BRASIL, 2013d).

A segunda etapa, chamada de Desenvolvimento, é composta por quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Esta fase é compreendida como o desenvolvimento das ações ligadas aos compromissos de melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2013a).

A autoavaliação consiste no processo em que a equipe e a gestão buscam, através da aplicação dessa ferramenta, identificar e reconhecer dificuldades e fortalezas, incentivando a

mudança e aprimoramento. Deve ser um processo contínuo e permanente, orientando frequentemente a tomada de decisões, compondo-se uma estratégia para melhoria da qualidade em saúde tanto pela gestão quanto pelas EAB (BRASIL, 2013d). Nesta etapa as equipes devem escolher algum instrumento que permita a autoavaliação, seja o “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica” (AMAQ), “Avaliação de Melhoria da Qualidade” (AMQ) ou qualquer outro instrumento que atinja o objetivo da autoavaliação e que encaixe melhor em sua realidade (BRASIL, 2013c). O AMAQ, instrumento contido no Programa, está organizado em duas unidades de análise conforme competência de cada uma, sendo uma para gestão e outra para EAB (BRASIL, 2013a). O quadro 1 ilustra as dimensões e subdimensões contidas em cada unidade de análise presente no instrumento.

Quadro 1 - Unidades de análise, dimensões e subdimensões presentes no AMAQ

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da Atenção Básica no Município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
		N – Programa Saúde Escola

Fonte: AMAQ – Brasil, 2013a

O monitoramento - dimensão da fase do Desenvolvimento - compreende a etapa na qual há o acompanhamento dos indicadores contratualizados através do Sistema de Informação utilizado pela equipe, fosse ele o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB - utilizado na época e que hoje está extinto - ou o e-SUS AB/Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Conforme o Sistema utilizado há um número de indicadores pactuados como pode ser observado no Quadro 2 (BRASIL, 2013d).

Quadro 2 - Quantidade de indicadores da Fase de Desenvolvimento do 2º Ciclo do PMAQ, de acordo com o sistema de informação a ser utilizado.

Modalidade	Uso do SIAB		Uso do e-SUS AB/SISAB	
	Desempenho	Monitoramento	Desempenho	Monitoramento
eSF/ Atenção Básica Parametrizada	20 Indicadores	20 Indicadores	08 Indicadores	-
Saúde Bucal	04 Indicadores	03 Indicadores	04 Indicadores	-
NASF	-	-	-	05 Indicadores

* O envio de base de dados de forma regular é condição para permanência ao PMAQ para as equipes que utilizam o SIAB.

Fonte: Brasil, 2013d

Os indicadores são classificados conforme natureza de seu uso, sendo os de desempenho articulados à certificação das equipes e consequente classificação das mesmas, já os de monitoramento são monitorizados de maneira regular para subsidiar informações complementares relacionadas à oferta de serviços, sem exercer peso na pontuação das equipes na etapa da avaliação externa. Para as equipes que utilizam o SIAB, são acompanhados 47 indicadores subdivididos em seis grandes áreas estratégicas, sendo elas: saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis e saúde mental, ligados também às Redes de Atenção à Saúde do MS (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência). Para as eSB que utilizam o SIAB são acompanhados 07 indicadores, também divididos entre desempenho e monitoramento. Nas equipes que utilizam o e-SUS AB/SISAB são acompanhados 08 indicadores de desempenho, divididos nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas. Para as eSB que utilizam o e-SUS AB/SISAB são verificados 04 indicadores de desempenho. Para os NASF são acompanhados 05 indicadores de monitoramento (BRASIL, 2013d).

Quadro 3 - Indicadores para as equipes (ESF/EAB parametrizada) que utilizam o SIAB, 2º Ciclo do PMAQ.

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES DE DESEMPENHO
1. SAÚDE DA MULHER	1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica
	1.2 Média de consultas de pré-natal por gestante cadastrada
	1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre
	1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal no mês
	1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia.
	1.6 Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais
2. SAÚDE DA CRIANÇA	2.1 Média de consultas de puericultura por criança cadastrada
	2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo
	2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia
	2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas
	2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano
	2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos
3. DOENÇAS CRÔNICAS	3.1 Proporção de pessoas com diabetes cadastradas
	3.2 Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas
	3.3 Média de atendimentos por diabético
	3.4 Média de atendimentos por hipertenso
4. PRODUÇÃO GERAL	4.1 Média de consultas médicas por habitante
	4.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado
	4.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada
	4.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata
ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES DE DESEMPENHO
1. SAÚDE DA MULHER	Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.
2. SAÚDE DA CRIANÇA	Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;
	Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;
	Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

3. DOENÇAS CRÔNICAS	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;
	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.
4. PRODUÇÃO GERAL	Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
	Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado.
	Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;
	Média de exames solicitados por consulta médica básica;
	Média de atendimentos de enfermeiro;
	Média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada;
	Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família
5. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	Média de atendimentos de tuberculose;
	Média de atendimentos de hanseníase.
6. SAÚDE MENTAL	Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas;
	Proporção de atendimentos de usuário de álcool;
	Proporção de atendimentos de usuário de drogas;
	Taxa de prevalência de alcoolismo

Fonte: Brasil, 2013d

Quadro 4 - Indicadores para as Equipes de Saúde Bucal que utilizam o SIAB, 2º Ciclo do PMAQ.

INDICADORES DE DESEMPENHO
1. Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada
2. Cobertura de primeira consulta odontológica programática
3. Proporção de instalações de próteses dentárias
4. Razão entre tratamentos concluídos e las consultas odontológicas programáticas
INDICADORES DE MONITORAMENTO
1. Cobertura de atendimento odontológico à gestante
2. Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante
3. Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

Fonte: Brasil, 2013d

Quadro 5 – Indicadores de Desempenho para as equipes (eSF, EAB parametrizada) que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.

ÁREA ESTRATÉGICA	INDICADORES DE DESEMPENHO
1. SAÚDE DA MULHER	1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela

	equipe de atenção básica
	1.2 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia.
	1.3 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.
2. SAÚDE DA CRIANÇA	2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo
	2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia
	2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas
3. DOENÇAS CRÔNICAS	3.1 Proporção de pessoas com diabetes cadastradas
	3.2 Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas

Fonte: Brasil, 2013d

Quadro 6 – Indicadores para as Equipes de Saúde Bucal que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.

INDICADORES DE DESEMPENHO
5. Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada
6. Cobertura de primeira consulta odontológica programática
7. Cobertura de atendimento odontológico à gestante
8. Razão entre tratamentos concluídos e 1as consultas odontológicas programáticas
INDICADORES DE MONITORAMENTO
4. Média Proporção de instalações de próteses dentárias
5. Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante
6. Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

Fonte: Brasil, 2013d

Quadro 7 – Indicadores de Monitoramento para os NASF que utilizam o e-SUS AB/SISAB, 2º Ciclo do PMAQ.

INDICADORES DE MONITORAMENTO
1. Proporção de usuários atendidos pela equipe NASF
2. Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto* com a equipe SF
3. Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a equipe SF
4. Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo* realizados pelo NASF
5. Proporção de reuniões para discussão de caso clínico/PTS

Fonte: Brasil, 2013d

A Educação Permanente, outra dimensão do Desenvolvimento, deve ser vista como importante ferramenta estratégica da gestão, uma vez que a reorientação do modelo assistencial, indicada com os preceitos da Atenção Básica, traz a necessidade de qualificação/capacitação/atualização dos atores envolvidos, além de mudanças nos processos de trabalhos (BRASIL, 2013d).

Por fim, o apoio institucional, ferramenta gerencial que pode proporcionar subsídios para coordenação, planejamento, tomada de decisões, processos de mudanças, entre outros, através de uma relação horizontal, não mais vertical, pode ser alcançado com o apoio do MS às coordenações estaduais e municipais da Atenção Básica, das coordenações estaduais da Atenção Básica às gestões municipais e da gestão municipal às equipes de saúde (BRASIL, 2013d).

Na terceira fase do programa, denominada Avaliação Externa, o MS conta com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa, a fim de averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios participantes por meio da observação das Unidades quanto à infraestrutura e condições de funcionamento, entrevistas com um profissional da equipe e usuários do serviço, verificação documental e de informações inseridas no módulo eletrônico (BRASIL, 2013a, 2013b). Assim, grupos de avaliadores da qualidade aplicam instrumentos para o levantamento de informações e verificação de padrões de qualidade e acesso obtidos pelas equipes e pela gestão (BRASIL, 2013b).

O instrumento de avaliação externa é composto por quatro módulos, a saber, (BRASIL, 2013d, p. 30):

- **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS):** objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis;
- **Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde:** objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários;
- **Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde:** visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização;
- **Módulo eletrônico:** compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB).

O instrumento de avaliação externa é composto por 893 padrões de qualidade, sendo utilizados para certificação das equipes ou para subsidiar informações destinadas ao

aperfeiçoamento das políticas de saúde. Sendo assim, para certificar as equipes existe uma Matriz de Pontuação, organizada em cinco dimensões que abrange os três módulos do instrumento e o módulo eletrônico (BRASIL, 2015a):

- DI - Gestão municipal para desenvolvimento da Atenção Básica;
- DII - Estrutura e condições de funcionamento da UBS;
- DIII - Valorização do trabalhador;
- DIV - Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho;
- DV - Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário.

Dentro das dimensões - que são estruturas temáticas - existem as subdimensões, incluindo grupos de perguntas que compõem os padrões de qualidade (Tabela 1). Ao todo, o instrumento é composto por 34 subdimensões (BRASIL, 2015).

Tabela 1 – Dimensões e subdimensões para certificação da avaliação externa

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES	
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	I.1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	I.2	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador	III.1	Funcionamento da Unidade de Saúde
	III.2	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS
	III.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS
	III.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde
	III.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	III.6	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
	III.7	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	Gestão do Processo de Trabalho e Acesso	
	IV.6	Acolhimento à Demanda Espontânea
	IV.7	Saúde da Mulher e da Criança
	IV.8	Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)
	IV.9	Saúde Mental
	IV.10	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	IV.11	Promoção da Saúde
	IV.12	Participação do Usuário e Controle Social
	Áreas Específicas (Soma-se à Atenção à Saúde)	
	IV.13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
	IV.14	Programa Saúde na Escola
	IV.15	Práticas Integrativas e Complementares

DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário	V.1	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	V.2	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
	V.3	Acolhimento à Demanda Espontânea
	V.4	Saúde da Mulher e da Criança
	V.5	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)
	V.6	Satisfação e Participação do Usuário

Fonte: Brasil, 2015a

A certificação das EAB leva em consideração três componentes relacionados ao desempenho das equipes, atribuindo a cada um deles um percentual na nota final de certificação: implementação de processos autoavaliativos, correspondendo a 10% da certificação; desempenho alcançado para a série de indicadores de desempenho contratualizados, responsável por 20% na nota final e, por último, a constatação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade durante a avaliação externa, correspondendo a 70% da certificação (BRASIL, 2015a).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 535 de 3 de abril de 2013, após a avaliação externa a equipe participante pode ser classificada em quatro categorias e, uma vez certificada, o gestor da esfera municipal passa a receber o valor do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme seu desempenho alcançado (BRASIL, 2015a, p. 45):

I. Desempenho insatisfatório: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654 de 19 de julho de 2011 e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ e as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011;

II. Desempenho mediano ou abaixo da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% (cinquenta por cento) das equipes classificadas com os menores desempenhos serão consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média;

III. Desempenho acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% (trinta e quatro por cento) das equipes classificadas com desempenho intermediário serão consideradas com o desempenho acima da média;

IV. Desempenho muito acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% (dezesseis por cento) das equipes classificadas com os maiores desempenhos serão consideradas com o desempenho muito acima da média.

Para que não haja disparidade na certificação das equipes, tendo em vista os diferentes cenários socioculturais, econômicos, epidemiológicos e demográficos brasileiros, o PMAQ utilizou em sua metodologia a estratificação dos municípios, em que os mesmos foram comparados de acordo com o seu estrato previamente classificados de acordo com um índice, que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores com seus determinados pesos (BRASIL, 2015a):

- 1 - Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* - peso 2,
- 2 - Percentual da população com plano de saúde - peso 1,
- 3 - Percentual da população com Bolsa Família - peso 1,
- 4 - Percentual da população em extrema pobreza - peso 1,
- 5 - Densidade demográfica - peso 1.

Desta forma, os municípios foram distribuídos em seis estratos conforme sua pontuação total e seu porte populacional que são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos estratos segundo pontuação total e porte populacional.

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

Fonte: Brasil, 2013d.

Com relação ao desempenho e percentual do Componente de Qualidade recebido após a certificação (Quadro 8), as equipes classificadas como insatisfatórias são desclassificadas e deixam de receber o incentivo. Quando são classificadas como mediana ou abaixo da média, o repasse permanece em 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável. Para as equipes classificadas como acima da média, o valor da verba passa a ser de 60% do Componente de

Qualidade. Por fim, quando houver classificação como muito acima da média, o repasse amplia para 100% do Componente de Qualidade (BRASIL, 2015a).

Quadro 8 - Relação entre o desempenho e o percentual do componente de qualidade do PAB Variável.

Desempenho	Percentual de recursos do Componente de Qualidade do PAB variável
Insatisfatório ou desclassificada	Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade
Mediano ou abaixo da média	Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade
Acima da média	Ampliam o recebimento para 60% do Componente de Qualidade
Muito acima da média	Ampliam o recebimento para 100% do Componente de Qualidade

Fonte: Brasil, 2015a.

A quarta e última fase consiste na Reconstrutualização, que ocorre após a certificação das Equipes participantes, realizando-se uma nova contratualização de indicadores e compromissos entre gestores e equipes e destes com o Governo Federal, dando continuidade ao ciclo de qualidade proposto pelo Programa (BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar que o PMAQ está em constante atualização. Atualmente ele se encontra no terceiro ciclo, as equipes homologadas para participação constam na Portaria Nº 1.658 de 12 de setembro de 2016 e algumas mudanças já ocorreram. Ele permanece como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, porém, agora organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, a saber (BRASIL, 2015b):

✓ Fases:

- 1 – Adesão e Contratualização;
- 2 – Certificação;
- 3 – Reconstrutualização.

✓ Eixo estratégico:

- 1 – Autoavaliação;
- 2 – Monitoramento;
- 3 – Educação Permanente;
- 4 – Apoio Institucional;
- 5 – Cooperação Horizontal.

Figura 2 – Fases do PMAQ 3º Ciclo

Fonte: Brasil, 2015b.

Os indicadores no terceiro ciclo também mudaram e sua avaliação é realizada apenas pelo SISAB/e-SUS AB.

Quadro 9 – Indicadores de monitoramento para as EAB (ESF ou Parametrizada) no terceiro ciclo do PMAQ.

Grupo	Indicador de Desempenho
Acesso e continuidade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Coordenação do Cuidado	2.1 Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela

	Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Fonte: Brasil, 2015b.

Quadro 10 – Indicadores de desempenho para os NASF no terceiro ciclo do PMAQ.

Indicador de Desempenho
1.1 Índice de atendimentos realizados pelo NASF

Fonte: Brasil, 2015b.

Outra mudança presente no terceiro ciclo que deve ser citada - pelo fato de ser o objeto do estudo - é na avaliação externa, no Módulo III - Entrevista com o usuário. A mesma não será mais realizada na Unidade de Saúde, mas no domicílio do paciente. O módulo III, agora também conhecido como Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil, não comporá mais a certificação das equipes como antes (BRASIL, 2016). Vale salientar que esta pesquisa analisará os dados do segundo ciclo do PMAQ.

Colocar em prática o PMAQ é mais um desafio a ser enfrentado para consolidar a AB como linha norteadora do SUS. Portanto, diferentes iniciativas, entre elas o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, devem ser incentivadas (LOPES, 2013).

A escolha pela temática levou em consideração a importância da avaliação em saúde pela perspectiva do usuário, uma vez que a mesma pode contribuir de forma significativa para melhoria constante da qualidade do serviço, por meio de informações que auxiliem a tomada de decisões, a manutenção da melhoria dos serviços e o alcance da qualidade do cuidado (PAIVA, 2013).

Por sua vez, acredita-se que a delimitação do estudo aos municípios de pequeno porte, aqueles com menos de 20.000 habitantes, poderá trazer dados importantes para conhecimento da realidade do país, levando-se em conta que, segundo o IBGE (2011), a grande maioria dos municípios brasileiros são caracterizados como de pequeno porte, correspondendo a 70% (BRASIL, 2011e).

Conforme o Censo realizado em 2010, 2.513 municípios brasileiros possuem porte populacional abaixo de 20.000 habitantes com uma população residente de aproximadamente 32 milhões de habitantes, correspondendo a 17,1% da população brasileira. Segundo situação do domicílio da população total, 84% dos habitantes residem na área urbana e 15,6% em zona rural, já em municípios de pequeno porte esta proporção muda para 59,06% residentes em área urbana e 40,9% rural. Segundo escolaridade, 9,6% da população total acima de 15 anos não sabem ler e escrever e em municípios de pequeno porte esta proporção de analfabetismo

aumenta para 16,7%. Com relação à proporção de domicílios brasileiros segundo tipo de saneamento, 61,8% foi considerado adequado, 30,1% semi-adequado e 8,1% inadequado, já em municípios com porte populacional pequeno estas proporções chegam a 32,3%, 46,4% e 21,3%, respectivamente (IBGE, 2011).

Esse contexto justifica a proposta dessa pesquisa que, potencialmente, poderá contribuir para a produção de conhecimentos no campo da avaliação de serviços de saúde pela perspectiva do usuário e fornecer informações para a qualificação do cenário da Atenção Básica em municípios de pequeno porte.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever aspectos do acesso do usuário às Unidades de Atenção Primária à Saúde de municípios brasileiros de pequeno porte.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar o usuário presente na Unidade de Atenção Primária de municípios de pequeno porte do Brasil e de suas regiões, segundo as variáveis sociodemográficas;
2. Descrever a percepção do usuário de municípios de pequeno porte do Brasil e de suas regiões quanto às variáveis do “Acesso aos serviços de Saúde”;
3. Descrever a percepção do usuário de municípios de pequeno porte do Brasil e de suas regiões quanto às variáveis da “Marcação de consultas na unidade de saúde”;
4. Verificar a associação de acesso às unidades de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do Brasil entre as regiões segundo variáveis de acesso e de marcação de consultas.

3 REFLEXÕES SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE, ACESSO EM SAÚDE E PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

O reconhecimento de que o processo de planejamento em saúde é um elemento estratégico da gestão do SUS implica em admitir sua dinamicidade, que impele a um acompanhamento sistemático de seus momentos e à avaliação de seus resultados.

Deste modo, a avaliação como uma prática de saúde pública tem a habilidade de conferir consistência ao processo de planejamento e, conseqüentemente, ampliar as opções dos dirigentes/gestores em suas escolhas e decisões.

Como é sabido, o país é historicamente marcado por problemas estruturais e a saúde está incluída nisto. Neste contexto, a avaliação em saúde é tida como importante ferramenta gestora capaz de subsidiar estratégias para a melhoria do setor. Assim, atualmente, a avaliação em saúde vem sendo incentivada no Brasil, não se restringindo apenas à parte acadêmica, visto a multiplicidade da sua aplicação, metodologias e abrangência (GOUVEIA, 2009).

Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação tem o objetivo de auxiliar nas tomadas de decisões através da investigação, sistematização de conhecimentos e julgamentos de valores a respeito de uma ação ou sobre seus elementos. Por trás de uma avaliação também existem objetivos como: facilitar o planejamento e elaboração de uma intervenção; fornecer dados durante a execução de uma intervenção; auxiliar no poder de decisão, tendo em vista os efeitos da intervenção avaliada e contribuir com o progresso dos conhecimentos, visando uma elaboração teórica.

Nos dias atuais, a avaliação comporta a interdisciplinaridade com o surgimento de propostas metodológicas que auxiliam a análise da efetividade e dos resultados das práticas sociais, com vistas à melhoria das condições de saúde da população.

Contandriopoulos et al. (1997) tipificam o processo avaliativo em avaliação normativa e em pesquisa avaliativa. Esta última, segundo os autores, busca analisar e julgar as relações existentes entre os componentes de uma intervenção por meio de um procedimento científico. Arreaza e Moraes (2010, p. 2629) definem pesquisa avaliativa como:

(...) a aplicação sistemática de procedimentos oriundos das ciências sociais para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando as bases teóricas, o processo operacional e a implementação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual os constituem.

É certo que a avaliação se constitui peça fundamental para o sucesso do processo de planejamento em saúde, mas em contrapartida constatamos que ela ainda não se traduz em prática usual e sistematizada na realidade da maioria dos sistemas e serviços de saúde.

Desta forma, Hartz (1999, p. 341) cita como um dos eixos da tendência do processo de avaliação a “obrigatoriedade de dispositivos institucionais que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e utilidade do produto final”.

A autora descreve, ainda, como poderia ser o caminho da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde, ressaltando a importância de integração do processo avaliativo ao sistema de organização das instituições que permita torná-la ferramenta inovadora e capaz de produzir mudanças (HARTZ, 2002).

No entanto, Contandriopoulos (2006) estende esse reconhecimento necessário da institucionalização da avaliação ou da concepção e da implantação de uma “cultura de avaliação” nas instituições, instigando-nos a uma reflexão acerca da pertinência da avaliação nos planos individual e coletivo dos atores do sistema de saúde.

Cabe ressaltar a importância do planejamento na gestão, visto que o gestor municipal é o responsável pela estruturação, organização e funcionamento da rede de saúde (BERRETTA et al., 2011). Assim, a crescente responsabilização da gestão pública e controle social reforça a magnitude da avaliação das políticas públicas, momento integrante do processo de planejamento, visando processos de mudanças, a partir dos resultados e impactos da implementação desses programas e políticas (BODSTEIN, 2002).

Na área da saúde, Donabedian (1990) ganha destaque ao propor a avaliação pela perspectiva da qualidade. O autor sugere os sete pilares da qualidade em saúde, também considerados como atributos:

- Eficácia: capacidade do cuidado de promover a saúde da melhor maneira possível em condições ideais;
- Efetividade: capacidade do cuidado em promover melhoria da saúde no contexto existente dos serviços;
- Eficiência: capacidade de conseguir os melhores resultados com os menores custos;
- Otimização: é a relação mais favorável e equilibrada entre o custo e o benefício;
- Aceitabilidade: são as expectativas dos pacientes e de seus familiares relacionadas à acessibilidade, relação médico-paciente, às comodidades do tratamento, aos efeitos e aos custos dos cuidados prestados;

- Legitimidade: é a aceitabilidade do cuidado pela comunidade ou sociedade como um todo;
- Equidade: é o princípio pelo qual o cuidado é distribuído de forma justa entre a população conforme sua necessidade.

Assim como Donabedian, Vuori (1991) traz componentes desejáveis do cuidado relacionados à qualidade do cuidado do serviço prestado, sendo elas: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade científico-técnica. Os três últimos componentes citados acima que diferem do modelo proposto por Donabedian e são definidos como:

- Acessibilidade: remoção de obstáculos para o acesso ao serviço de saúde, dentre eles físico, financeiro, entre outros;
- Adequação: quantidade de serviços de saúde suficientes de acordo com a demanda e as necessidades da população;
- Qualidade científico-técnica: diz respeito à otimização e não maximização dos serviços.

Pioneiro, Donabedian (*apud* Vuori, 1991) sugeriu abordagens para a garantia da qualidade dos cuidados prestados através de componentes estruturais, de processo e de resultado. A abordagem estrutural diz respeito aos recursos humanos, materiais e a organização do serviço. A abordagem do processo consiste em avaliar a prática do cuidado, o conhecimento científico aplicado, entre outros. Por fim, a abordagem do resultado avalia a consequência final de toda a prestação do cuidado, sendo a própria manutenção da saúde, a cura da doença, alívio da dor e sofrimento, reabilitação e a satisfação dos pacientes e familiares com as necessidades alcançadas. Cabe destacar que a satisfação do usuário está fortemente ligada à aceitabilidade do cuidado, atributo da qualidade descrito anteriormente.

Apesar de haver falta de consenso na literatura quanto à satisfação do usuário, sua maneira mais utilizada diz respeito às expectativas e percepções dos usuários com relação aos cuidados recebidos e serviços utilizados (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

No Brasil, estudos sobre a satisfação do usuário surgiram na década de 1990 com a implantação do controle social no SUS. Buscando a cultura da qualidade, serviços de saúde consideram a satisfação do usuário como uma meta a ser alcançada, portanto, necessita ser avaliada a fim de aperfeiçoar os serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Entre as características trazidas pelo PMAQ, respeitando as diretrizes constitucionais do SUS, o controle social se faz presente possibilitando que diversos atores não ligados à gestão tenham voz e olhar para organização da mesma (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Em diversos momentos durante os ciclos do PMAQ, como nas autoavaliações e nas entrevistas realizadas na avaliação externa com trabalhadores, usuários e gestores, refletem a organização da AB, criando subsídios norteadores para que mudanças possam ocorrer.

Infelizmente, a participação social, considerada princípio doutrinário do SUS e assegurada pela Constituição Federal e Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 está longe de alcançar e por em prática o que está escrito nas normas legais (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015). A partir dos anos 1990, através de conselhos deliberativos presentes nas três esferas do governo, a sociedade civil brasileira teve sua participação incluída na gestão das políticas públicas do Brasil (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015). E sua participação está associada ao controle social que o cidadão pode desempenhar, uma vez sujeito de direitos no SUS, na construção e regulação das políticas públicas, para que estas retratem a realidade e estejam de acordo com interesses da coletividade (NEPOMUCENO et al., 2013; ARRAES et al., 2012).

Porém, inúmeros entraves e desafios impedem sua efetivação e o desconhecimento da população em relação aos conselhos, seus objetivos, funções e atuação é um deles. Esta situação induz gestores a desacreditarem na potencialidade dos conselhos como ferramenta propulsora de mudanças e elo entre a sociedade e o Estado (MARTINS et al., 2008). Então a participação social, em muitos casos, acaba sendo exercida de maneira burocrática e não democrática como prevista (NEPOMUCENO et al., 2013). Sendo assim, é necessária a mobilização de todos os atores envolvidos, reconhecendo, atuando e fortalecendo as ferramentas técnicas e políticas ofertadas pelos conselhos a fim de efetivar os espaços de decisão e controle social do Estado (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

Considerando o contexto da pesquisa, o PMAQ tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, avaliando - entre outros componentes - a satisfação dos usuários.

Fazendo-se cumprir a saúde como um direito constitucional do cidadão e dever do Estado, o SUS, por meio de seus princípios doutrinários, preconiza o acesso universal, integral e equânime de seus usuários aos serviços de saúde, organizado em uma rede descentralizada, regionalizada, hierarquizada e com participação popular (BRASIL, 1990).

O acesso universal - tido como um direito de cidadania - está presente de forma acentuada nas políticas e programas do governo como, por exemplo, a PNAB que indica

como um dos fundamentos e diretrizes da atenção básica o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011b). Por sua vez, o PMAQ também tem como fundamento o acesso ao cuidado, caracterizado pela ausência de barreiras geográficas, organizacionais, financeiras, socioculturais, étnicas e de gênero (BRASIL, 2010). Aceitar e colocar em prática o acesso como princípio do SUS favorece melhores resultados no cuidado em saúde, garantindo a continuidade do cuidado nos diversos pontos da rede de atenção (CORRÊA et al., 2011).

Porém, acesso é um conceito complexo que varia entre autores e se modifica ao longo dos anos e dos contextos. Na década de 1970 surgiram os primeiros estudos que correlacionavam o acesso com aspectos geográficos e financeiros (TONHÁ et al., 2015).

Donabedian, que utiliza o termo acessibilidade ao invés de acesso, o definiu como a capacidade de ofertar serviços de saúde e corresponder às necessidades dos usuários, mais do que meramente disponibilizar recursos em um determinado tempo e lugar. Além disso, esse autor utiliza duas dimensões para a acessibilidade que se inter-relacionam, a sócio organizacional e a geográfica. A primeira diz respeito às características de oferta dos serviços e dos usuários que dificultam ou facilitam a utilização dos serviços pela população; a segunda refere-se à distância do usuário e o serviço, seja por tempo e custo gasto, distância física, entre outros (DONABEDIAN, 1973).

Estudando a acessibilidade, Fekete (1995) definiu o termo como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e dos usuários, na busca e obtenção do cuidado em saúde. Refere também que a acessibilidade resulta da combinação de características de distintas dimensões: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. A acessibilidade geográfica diz respeito à distância entre o usuário e os recursos e deve ser medida pelo tempo gasto para conseguir a assistência à saúde, não podendo fixar uma medida ideal, visto a diferença existente para cada tipo de necessidade em saúde. A acessibilidade organizacional relaciona-se aos obstáculos encontrados na organização dos serviços, dentro e fora das unidades, que dificultam o acesso aos serviços como, por exemplo, o tempo para obter uma consulta, os horários para marcação de consulta, os turnos de funcionamento, entre outros, devendo ser medida pelo tempo real de espera para obter atendimento. A acessibilidade sociocultural tem conexão com os determinantes pela busca ao cuidado em saúde, como percepção do corpo e da doença, crenças, relação equipe/paciente, entre outros. E, por último, a acessibilidade econômica ligada aos gastos em saúde para obtenção do cuidado, do tratamento, do prejuízo por dia de trabalho perdido, entre outros (FEKETE, 1995).

Na atualidade, autores como Travassos e Castro (2008) trazem as barreiras de acesso e suas características, destacando-se as geográficas – dificuldade de deslocamento para obtenção do cuidado, como a distância, custos e tempo gastos com o deslocamento; financeiras – caracterizadas pelos custos dos serviços de saúde; organizacionais - organização dos serviços e dos atendimentos, recursos humanos e tecnológicos; e de informação – características dos indivíduos e famílias, como escolaridade e cultura que impactam na percepção de saúde e no acesso aos serviços.

Outros autores discutem o conceito de acesso como a localização próxima entre os serviços de saúde e os usuários, organização do serviço, como os horários de atendimento, dias de funcionamento e absorção à demanda espontânea e a percepção da população quanto a esses aspectos (STARFIELD, 2002; MARIN; MORACVICK e MARCHIOLI, 2014).

No entanto, há linhas de pesquisa que ampliam o conceito de acesso, deslocando o foco da entrada aos serviços de saúde para os resultados obtidos no cuidado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Esta pesquisa adotará como referencial os conceitos propostos por Starfield que se referem à acessibilidade como um dos elementos estruturais relevantes à APS e seus serviços de saúde, capaz de possibilitar que as pessoas cheguem aos serviços e obtenham o primeiro contato. Já o acesso é compreendido como a forma em que o usuário experimenta este aspecto do serviço de saúde. Existem mecanismos para oferecer acesso ao atendimento, componente estrutural para o fornecimento dos serviços de saúde e utilização deles por quem necessita, sendo eles a acessibilidade em relação ao tempo, relacionada à disponibilidade de horário; a acessibilidade geográfica, relacionada à distância e ao transporte e acessibilidade psicossocial relacionada às barreiras culturais, de comunicação e de linguagem (STARFIELD, 2002).

De maneira geral, o conceito sobre acesso está relacionado de forma dinâmica às características dos indivíduos e suas demandas e às características do serviço e sua oferta, apontando para um grau de ajustamento entre eles (CERQUEIRA; PUPO, 2008). Ademais, a capacidade do sistema em atender as expectativas e necessidade dos usuários e em garantir-lhes o direito de ter saúde reflete diretamente na experiência de acesso dos indivíduos com os serviços de saúde (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Neste contexto, consideramos como pergunta norteadora da pesquisa qual a percepção do usuário acerca do acesso aos serviços de atenção primária em municípios de pequeno porte do Brasil.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de corte transversal e de abordagem quantitativa. Segundo Silva (2005, p. 17), a pesquisa avaliativa corresponde:

(...) ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através do recurso a metodologias científicas.

4.2 Campo do estudo

De caráter nacional, o 2º ciclo do PMAQ teve início em fevereiro de 2013 encerrando-se em junho de 2014, sendo avaliadas 30.522 equipes de todas as regiões brasileiras. A figura 3 traz o panorama de adesões com o número de municípios e equipes participantes no primeiro e segundo ciclo.

Figura 3 – Adesão ao 2º Ciclo (2013/2014)

Fonte: BRASIL, 2015c.

A tabela 3 apresenta a classificação de desempenho das equipes avaliadas no 2º ciclo (BRASIL, 2015a).

Tabela 3 - Distribuição das equipes de Atenção Básica de acordo com o desempenho no 2º ciclo do PMAQ, 2013.

CLASSIFICAÇÃO	Nº DE EQUIPES	%
Muito acima da média	4.712	15,4
Acima da média	10.015	32,8
Mediana ou abaixo da média	14.729	48,3
Insatisfatória*	353	1,2
Desclassificada**	713	2,3
BRASIL	30.522	100,00

* **Equipes insatisfatórias** – São as que não cumpriram os compromissos assumidos na contratualização. Por exemplo: enviar a base de dados do sistema de informação (SIAB ou e-SUS AB nos meses considerados para o monitoramento – julho, agosto e setembro de 2013).

** **Equipes desclassificadas** – São as que não passaram pela avaliação externa. Por exemplo: houve recusa ou não havia profissional de nível superior para responder a avaliação; quando o gestor municipal desistiu da avaliação externa para a equipe contratualizada; ou, ainda, quando não havia cadeira odontológica para a equipe de Saúde Bucal.

Fonte: Brasil, 2015a.

4.3 População estudada

O estudo abrangeu os usuários dos municípios de pequeno porte das cinco grandes regiões brasileiras participantes do 2º ciclo do PMAQ, que totalizou 35.815 usuários.

Vale lembrar que foi estabelecido na metodologia do Programa a realização de quatro entrevistas com usuários por equipe participante, seguindo os critérios de inclusão: usuários presentes na Unidade no dia da avaliação externa, não podendo ter passado por consulta médica, de enfermagem ou odontológica no dia da entrevista. Os critérios de exclusão foram: ser a primeira vez que o usuário ia até a unidade de saúde ou fazer mais de 12 meses que o usuário não frequentava a unidade de saúde (BRASIL, 2013d). Assim, a amostragem foi por convenção, uma vez que o usuário entrevistado deveria estar na Unidade no dia da avaliação externa e sua escolha seguia apenas os critérios de inclusão e exclusão propostos pelo programa.

Por sua vez, para a delimitação da população desta pesquisa foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critério de Inclusão: Entrevistas realizadas com os usuários dos serviços por meio da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, de Equipes de Saúde da Família com ou sem Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas, de municípios brasileiros menores de 20 mil habitantes,

classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como município de pequeno porte (BRASIL, 2006b).

Critério de exclusão: Entrevistas com usuários de NASF e de CEO.

4.4 Coleta de dados

Foram utilizados dados secundários pertencentes ao banco de dados de base nacional da Avaliação Externa do PMAQ correspondente ao 2º ciclo do Programa, cuja coleta foi realizada nos anos de 2013 a 2014 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB)/MS em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa de todo o país. Foram coletados dados do Módulo III, que compreende a entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde.

O estudo abrangeu a Dimensão “Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário” com dados das subdimensões 5 (acesso aos serviços de saúde) e 6 (marcação de consultas na unidade de saúde) presentes no módulo III, totalizando 20 variáveis escolhidas em função dos objetivos do estudo (Quadro 11).

Quadro 11 – Subdimensão, variável e natureza da variável.

SUBDIMENSÃO	
VARIÁVEL	NATUREZA DA VARIÁVEL
DESCRIÇÃO	
Sexo	Qualitativa
Qual é a Idade do(a) senhor(a)?	Quantitativa
Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?	Qualitativa
Até quando o(a) senhor(a) estudou?	Qualitativa
O senhor trabalha?	Qualitativa
O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado?	Qualitativa
Qual o valor?	Quantitativa
SUBDIMENSÃO 5 - ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?	Quantitativa
Chegar até essa unidade de saúde é?	Qualitativa
A unidade de saúde funciona em quais dias na semana?	Qualitativa
A unidade de saúde funciona em quais horários?	Qualitativa
A equipe divulga o horário que a unidade funciona?	Qualitativa
A unidade possui horário fixo de funcionamento?	Qualitativa
O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?	Qualitativa
Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse:	Qualitativa
SUBDIMENSÃO 6 - MARCAÇÃO DE CONSULTA(S) NA UNIDADE DE SAÚDE	
Essa unidade de saúde faz marcação de consulta?	Qualitativa

Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde?	Qualitativa
Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente pode ser feita:	Qualitativa
Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?	Qualitativa
Na maioria das vezes, quando o senhor consegue marcar a consulta, sua consulta é:	Qualitativa

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora

O módulo III em si contemplou em sua totalidade 27 subdimensões mais a Descrição do Usuário, agregando ao todo 209 variáveis.

A escolha das subdimensões citadas acima e as 19 variáveis foi realizada em função dos objetivos do estudo.

4.5 Análise dos dados

Para análise dos dados foi realizada uma descrição de todas as variáveis sociodemográficas que caracterizaram os participantes do estudo e também de acesso selecionadas para a pesquisa (Anexo A) por região brasileira. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências relativas e absolutas) utilizando-se o software SAS 9.2 (*System for Windows. Release 9.2*).

Para verificar as associações conjuntas entre as variáveis qualitativas de interesse foi proposta uma análise de correspondência múltipla (MINGOTI, 2005).

4.6 Considerações éticas

O desenvolvimento da pesquisa contemplou o cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao qual está submetida a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. A presente pesquisa foi submetida ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola (CEP-CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e aprovado em 03 de novembro de 2015 sob número do parecer 1.306.782.

5 RESULTADOS

Como já citado, os resultados apresentados compreendem as respostas dos usuários acerca do acesso aos serviços de saúde de atenção primária em municípios de pequeno porte. Para não ser repetitivo, optou-se como descrição e análise dos resultados, ora citar que os percentuais de respostas se referem ao número de usuários que responderam tal questão, ora citar diretamente sem especificá-los.

5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do Segundo Ciclo do PMAQ, 2013, dos municípios de pequeno porte do Brasil.

Foram entrevistados ao todo 35.815 usuários de equipes participantes do segundo ciclo do PMAQ de municípios de pequeno porte de todo território brasileiro. Do total de usuários distribuídos por região, os do Nordeste representaram a maior parcela de respondentes (40%), seguidos pelos do Sudeste (27%), do Sul (18,1%), os do Centro-Oeste (8,8%) e os do Norte (6,1%). Dos 35.815 usuários, 78,98% eram do sexo feminino. Quanto à idade dos usuários, aproximadamente 42% dos entrevistados encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos. Em torno de 32% dos respondentes encontravam-se entre 40 a 59 anos e quase 14% possuíam entre 60 a 69 anos. Em relação à cor autorreferida pelos usuários, dos 35.027 que responderam à pergunta, em torno de 45% se disseram pardos/mestiços, seguidos de brancos (39%), pretos (12%), amarelos (3%) e menos de 1% indígenas.

Quanto ao grau máximo de escolaridade dos usuários participantes, dos 35.763 que responderam a esta pergunta aproximadamente 46% possuíam ensino fundamental incompleto, 22% ensino médio completo, 18% ensino fundamental completo, 9% não eram alfabetizados e apenas 4% possuíam ensino superior completo. Quando questionados se trabalhavam ou não, aproximadamente 66% (23.753) referiram que não e 34% (12.062) afirmaram trabalhar. Dos 12.062 usuários que responderam que possuíam trabalho, aproximadamente 83% conheciam o valor de sua renda no último mês e 17% referiram não possuir este conhecimento. Quanto ao valor da renda no último mês, dos 10.033 usuários que responderam que conheciam sua renda, a maioria (aproximadamente 65%) respondeu que recebia de 1 a 3 salários mínimos, seguidos de 31% com menos de 1 salário mínimo e 3% com 4 ou mais salários mínimos (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, segundo região, sexo, faixa etária, cor, escolaridade, trabalho, conhecimento da renda e seu valor, PMAQ, 2013.

Variáveis	n (%)
<i>Região</i>	
Centro-Oeste	3163 (8,8%)
Nordeste	14321 (40%)
Norte	2201 (6,1%)
Sudeste	9652 (27%)
Sul	6478 (18,1%)
<i>Sexo</i>	
Masculino	7527 (21%)
Feminino	28288 (79%)
<i>Faixa Etária</i>	
16 a 19 anos	1466 (4,1%)
20 a 29 anos	7512 (21%)
30 a 39 anos	7435 (20,8%)
40 a 49 anos	5854 (16,4%)
50 a 59 anos	5683 (15,9%)
60 a 69 anos	4940 (13,8%)
70 anos ou mais	2925 (8,2%)
<i>Cor</i>	
Branca	13597 (38,8%)
Preta	4137 (11,8%)
Amarela	1183 (3,4%)
Parda/mestiça	15849 (45,3%)
Indígena	261 (0,8%)
<i>Escolaridade</i>	
Não é alfabetizado	3294 (9,2%)
Ensino fundamental incompleto	16511 (46,2%)
Ensino fundamental completo	6598 (18,5%)
Ensino médio completo	7887 (22,1%)
Ensino superior completo	1148 (3,2%)
Pós-graduação	325 (0,9%)
<i>Trabalha</i>	
Sim	12062 (33,7%)
Não	23753 (66,3%)
<i>Conhece sua renda?</i>	
Sim	10033 (83,2%)
Não	2029 (16,8%)
<i>Qual sua renda?</i>	
Menos de 1 salário mínimo	3152 (31,4%)
De 1 a 3 salários mínimos	6558 (65,4%)
De 4 a 6 salários mínimos	291 (2,9%)
De 7 a 9 salários mínimos	19 (0,2%)
Mais de 10 salários mínimos	13 (0,1%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

5.2 Caracterização sociodemográfica dos participantes do Segundo Ciclo do PMAQ, 2013, dos municípios de pequeno porte do Brasil por região brasileira.

Com os dados distribuídos por região, observou-se predominância do sexo feminino em todas as regiões do país com um percentual acima dos 71% dos respondentes. A região Nordeste, porém, apresentou menor percentual de usuários do sexo masculino (15,9%) e a região Sul maior percentual com 28,5%. Quanto à idade dos usuários, nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, a maioria dos usuários encontrava-se na faixa etária entre 20 a 29 anos, já na região Sudeste houve predominância de usuários com idade entre 60 e 69 anos (17,8%) e na região Sul entre 50 e 59 anos (19,8%).

Em relação à cor autorreferida, nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte a maioria se disse pardo/mestiço, com percentuais acima de 48% de seus usuários. Nas regiões Sudeste e Sul houve predominância de brancos com 43,8% e 73,5%, respectivamente. Na região Norte, apesar de apresentar maior percentual de respondentes indígenas quando comparado aos percentuais das outras regiões para esta variável, 2,9% da amostra desta região se autorreferiu desta maneira.

Quanto ao grau máximo de escolaridade dos usuários participantes, em todas as regiões houve prevalência do ensino fundamental incompleto, com percentuais acima de 45%. Quando comparado os percentuais de cada região para a categoria não alfabetizado, a região Nordeste apresentou maior percentual de analfabetismo com 12% e o Sul menor com 4,4%. Em todas as regiões houve um percentual de aproximadamente 4% dos usuários que disseram possuir ensino superior completo. Quando questionados se trabalhavam ou não, em todas as regiões a maioria dos respondentes referiu que não, com os seguintes percentuais para cada região, 65% no Centro-Oeste, 71,1% no Nordeste, 63,9% no Norte, 70,4% no Sudeste e 51,3% no Sul. Dos que afirmaram trabalhar, o maior percentual encontrava-se na região Sul, com 48,7% dos seus usuários. Daqueles que responderam que possuíam trabalho, a maioria em todas as regiões referiram conhecer o valor da sua renda no último mês, com percentuais acima de 79%. Quanto ao valor da renda no último mês, dos usuários que responderam que conheciam sua renda, mais de 70% dos usuários das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul responderam que recebiam de 1 a 3 salários mínimos, nas regiões Nordeste e Norte, também a maioria referiu receber esta quantia, porém com percentuais menores de 53,5% e 62,4% respectivamente. Quanto aos usuários que referiram receber menos de 1 salário mínimo, a região Nordeste apresentou maior percentual para esta categoria com 45,2% dos seus respondentes e a região Sul menor com 20,1% (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição por região brasileira, dos usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, segundo sexo, faixa etária, cor, escolaridade, trabalho, conhecimento da renda e seu valor, PMAQ, 2013.

Variáveis	Região				
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
<i>Sexo</i>					
Masculino	785 (24,8%)	2282 (15,9%)	531 (24,1%)	2082 (21,6%)	1847 (28,5%)
Feminino	2378 (75,2%)	12039 (84,1%)	1670 (75,9%)	7570 (78,4%)	4631 (71,5%)
<i>Faixa Etária</i>					
16 a 19 anos	110 (3,5%)	691 (4,8%)	128 (5,8%)	350 (3,6%)	187 (2,9%)
20 a 29 anos	654 (20,7%)	3592 (25,1%)	592 (26,9%)	1666 (17,3%)	1008 (15,6%)
30 a 39 anos	556 (17,6%)	3492 (24,4%)	531 (24,1%)	1680 (17,4%)	1176 (18,2%)
40 a 49 anos	414 (13,1%)	2336 (16,3%)	349 (15,9%)	1513 (15,7%)	1242 (19,2%)
50 a 59 anos	510 (16,1%)	2004 (14%)	299 (13,6%)	1589 (16,5%)	1281 (19,8%)
60 a 69 anos	560 (17,7%)	1441 (10,1%)	204 (9,3%)	1716 (17,8%)	1019 (15,7%)
70 anos ou mais	359 (11,4%)	765 (5,3%)	98 (4,5%)	1138 (11,8%)	565 (8,7%)
<i>Cor</i>					
Branca	1079 (35%)	3358 (24%)	372 (17,2%)	4144 (43,8%)	4644 (73,5%)
Preta	347 (11,3%)	1847 (13,2%)	265 (12,3%)	1307 (13,8%)	371 (5,9%)
Amarela	160 (5,2%)	554 (4%)	93 (4,3%)	271 (2,9%)	105 (1,7%)
Parda/mestiça	1480 (48%)	8130 (58,1%)	1368 (63,3%)	3706 (39,2%)	1165 (18,4%)
Indígena	17 (0,6%)	106 (0,8%)	63 (2,9%)	37 (0,4%)	38 (0,6%)
<i>Escolaridade</i>					
Não é	269	1714	139	888	284

alfabetizado	(8,5%)	(12%)	(6,3%)	(9,2%)	(4,4%)
Ensino fundamental incompleto	1414 (44,8%)	6131 (42,9%)	925 (42,1%)	4760 (49,4%)	3281 (50,7%)
Ensino fundamental completo	673 (21,3%)	2585 (18,1%)	432 (19,7%)	1658 (17,2%)	1250 (19,3%)
Ensino médio completo	647 (20,5%)	3319 (23,2%)	599 (27,3%)	1990 (20,6%)	1332 (20,6%)
Ensino superior completo	154 (4,9%)	550 (3,9%)	103 (4,7%)	347 (3,6%)	319 (4,9%)
Trabalha					
Sim	1108 (35%)	4145 (28,9%)	795 (36,1%)	2860 (29,6%)	3154 (48,7%)
Não	2055 (65%)	10176 (71,1%)	1406 (63,9%)	6792 (70,4%)	3324 (51,3%)
Conhece sua renda?					
Sim	981 (88,5%)	3282 (79,2%)	662 (83,3%)	2424 (84,8%)	2684 (85,1%)
Não	127 (11,5%)	863 (20,8%)	133 (16,7%)	436 (15,2%)	470 (14,9%)
Qual sua renda?					
Menos de 1 salário mínimo	243 (24,8%)	1484 (45,2%)	231 (34,9%)	654 (27%)	540 (20,1%)
De 1 a 3 salários mínimos	687 (70%)	1751 (53,4%)	413 (62,4%)	1714 (70,7%)	1993 (74,3%)
De 4 a 6 salários mínimos	48 (4,9%)	43 (1,3%)	14 (2,1%)	51 (2,1%)	135 (5%)
De 7 a 9 salários mínimos	2 (0,2%)	3 (0,1%)	3 (0,5%)	1 (0%)	10 (0,4%)
Mais de 10 salários mínimos	1 (0,1%)	1 (0%)	1 (0,2%)	4 (0,2%)	6 (0,2%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

5.3 Descrições das variáveis de Acesso aos Serviços de Saúde e Marcação de Consulta segundo os participantes do Segundo Ciclo do PMAQ, 2013, de municípios de pequeno porte de todo Brasil.

Quando questionados sobre o tempo em que os usuários levavam da sua casa até aquela Unidade de Saúde, 89,6% responderam levar de 10 a 30 minutos e o restante (10,4%) respondeu demorar mais que 40 minutos. Quando questionados sobre sua percepção de como era chegar até aquela Unidade de Saúde, a maioria (78,1%) respondeu achar muito fácil ou fácil, seguidos de 12,6% que achavam ser razoável e 9,3% ser difícil ou muito difícil chegar até aquela Unidade (tabela 06).

Tabela 6 - Tempo em minutos entre a casa e a Unidade de Saúde dos usuários e sua percepção de como é chegar à Unidade de Saúde em municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.

Variáveis	n (%)
<i>Quanto tempo o senhor leva da sua casa até esta unidade?</i>	
10 a 30 minutos	31929 (89,6%)
40 minutos ou mais	3722 (10,4%)
<i>Chegar até essa unidade de saúde é:</i>	
Muito fácil/Fácil	27973 (78,1%)
Razoável	4526 (12,6%)
Difícil/Muito difícil	3316 (9,3%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Sobre os dias de funcionamento da Unidade de Saúde, 87,6% dos usuários responderam que aquela Unidade funcionava de segunda a sexta feira, seguidos de 7,9% que responderam que a Unidade não funcionava todos os dias da semana e 4,5% disseram de segunda a sexta feira mais sábado e/ou domingo. Quanto aos turnos de funcionamento, 89,7% dos respondentes disseram que a Unidade funcionava nos turnos da manhã e da tarde, 3,6% responderam que funcionava nos três turnos (manhã, tarde e noite) e 6,8% em outros turnos. Quando questionados se a equipe divulgava o horário de funcionamento da Unidade, dos 33.335 usuários que responderam, 88,2% disseram que sim e 11,8% que não. Sobre a existência de horário fixo na Unidade de Saúde, dos 32.067 participantes que responderam à questão, 95,9% deles disseram que havia horário fixo e 4,1% responderam que não. Quando

questionados se o horário de funcionamento daquela Unidade era capaz de atender suas necessidades, 89% dos respondentes disseram que sim e 11% que não (tabela 7).

Tabela 7 - Dias, turnos, divulgação de horário pela equipe de saúde, existência de horário fixo de funcionamento da Unidade de Saúde e atendimento de suas necessidades conforme horário de atendimento, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.

Variáveis	n (%)
<i>A unidade de saúde funciona em quais dias na semana?</i>	
Menos que 5 dias úteis	2844 (7,9%)
Segunda a Sexta	31376 (87,6%)
Segunda a Sexta mais Sábado e/ou Domingo	1595 (4,5%)
<i>Em quais turnos a unidade funciona?</i>	
Manhã e Tarde	32113 (89,7%)
Manhã, Tarde e Noite.	1270 (3,6%)
Outros turnos	2432 (6,8%)
<i>A equipe divulga o horário que a unidade funciona?</i>	
Sim	29407 (88,2%)
Não	3928 (11,8%)
<i>A unidade possui horário fixo de funcionamento?</i>	
Sim	30756 (95,9%)
Não	1311 (4,1%)
<i>O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?</i>	
Sim	31461 (89%)
Não	3892 (11%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Quando perguntaram aos usuários como eles gostariam que a Unidade fosse organizada para facilitar o seu atendimento, 86,1% dos respondentes disseram que atender “mais cedo pela manhã” não facilitaria o atendimento. Para a opção de atendimento “à tarde até às 18h” e “à noite”, 78,3% e 76,2% respectivamente dos usuários disseram que estas possibilidades não facilitariam o atendimento. Na opção de atender “aos sábados”, “na hora do almoço” e aos “domingos”, para 69,4%, 90% e 82,6% dos respondentes essas alternativas não facilitariam o atendimento, respectivamente (tabela 8).

Tabela 8 - Horários que facilitariam o atendimento na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.

Variáveis	n (%)
<i>Para facilitar o seu atendimento, o senhor gostaria que a Unidade atendesse:</i>	
<i>Mais cedo pela manhã</i>	
Sim	4992 (13,9%)
Não	30823 (86,1%)
<i>À tarde até às 18h</i>	
Sim	7768 (21,7%)
Não	28047 (78,3%)
<i>À noite</i>	
Sim	8519 (23,8%)
Não	27296 (76,2%)
<i>Aos sábados</i>	
Sim	10973 (30,6%)
Não	24842 (69,4%)
<i>No horário do almoço</i>	
Sim	3599 (10%)
Não	32216 (90%)
<i>Domingo</i>	
Sim	6251 (17,4%)
Não	29564 (82,6%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Quando questionados se a Unidade de Saúde fazia marcação de consulta, 91,9% (n=32.930) disseram que sim. Dentre aqueles que responderam que a Unidade fazia marcação de consulta, apenas 8,6% disseram que a faziam por telefone. Aproximadamente 100% dos respondentes disseram que não faziam marcação através da internet. Aproximadamente 61% dos usuários responderam “ir até a unidade e marcar a consulta”. Quando questionados se tinham que “ir até a unidade, mas tinham que pegar ficha sem ficar na fila” 72,2% disseram que não. Para a opção “ir até a unidade e ficar na fila para pegar ficha”, 24,7% responderam afirmativamente. Para a alternativa de marcação de consulta feita pelo “agente comunitário”, 20,9% dos usuários responderam fazê-la dessa maneira (tabela 9).

Tabela 9 - Possibilidades de marcação de consulta na Unidade de Saúde, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.

Variáveis	n (%)
<i>Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde?</i>	
<i>Marca por telefone</i>	
Sim	2827 (8,6%)
Não	30103 (91,4%)
<i>Marca pela internet</i>	
Sim	89 (0,3%)
Não	32841 (99,7%)
<i>Vai à unidade e marca o atendimento</i>	
Sim	20021 (60,8%)
Não	12909 (39,2%)
<i>Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila</i>	
Sim	9141 (27,8%)
Não	23789 (72,2%)
<i>Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha</i>	
Sim	8148 (24,7%)
Não	24782 (75,3%)
<i>O agente comunitário de saúde marca a consulta</i>	
Sim	6882 (20,9%)
Não	26048 (79,1%)
<i>Outro(s)</i>	
Sim	386 (1,2%)
Não	32544 (98,8%)
<i>Não sabe/NR/Não lembra</i>	
Sim	162 (0,5%)
Não	32768 (99,5%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Também dentre aqueles que responderam que a Unidade fazia marcação de consulta, quando questionados sobre os dias e horários em que elas ocorriam, 54,4% dos usuários referiram ser “em qualquer dia da semana, em qualquer horário”, seguido de 22,1% que responderam ser em “dias específicos fixos, em horários específicos”, 13,4% “em qualquer dia da semana, em horários específicos” e 7,7% “dias específicos fixos, em qualquer horário”.

Tabela 10 - Dias e horários em que a marcação de consulta era feita na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.

Variável	n (%)
<i>Marcação de consulta é feita:</i>	
Dias específicos fixos, em horários específicos	7175 (22,1%)
Dias específicos fixos, em qualquer horário	2512 (7,7%)
Em qualquer dia da semana, em horários específicos	4336 (13,4%)
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	17642 (54,4%)

Outro(s)	784 (2,4%)
----------	------------

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Quando os usuários foram questionados se conseguiam marcar consulta e normalmente para o mesmo dia, 61,5% (n=20.077) disseram que sim. Dentre aqueles que responderam que conseguiam marcar consulta, quando questionados de que maneira/horário esta consulta era realizada, 86,4% dos usuários responderam que era por ordem de chegada, seguido de 9,7% que referiram ser com hora marcada, 1,7% em horários e turnos definidos do dia e 1,1% de encaixe (tabela 11).

Tabela 11 - Possibilidade de marcação de consulta na Unidade para o mesmo dia e a maneira como essa consulta é realizada, segundo usuários de municípios de pequeno porte do Brasil, PMAQ, 2013.

Variáveis	n (%)
<i>Quando o senhor consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</i>	
Sim	20077 (61,5%)
Não	12593 (38,6%)
<i>Na maioria das vezes, quando o senhor consegue marcar a consulta, sua consulta é:</i>	
Com hora marcada	3193 (9,7%)
Em horários ou turnos definidos do dia	563 (1,7%)
Por ordem de chegada	28449 (86,4%)
Encaixe	352 (1,1%)
Outro(s)	373 (1,1%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

5.4 Descrições das variáveis de Acesso aos Serviços de Saúde e Marcação de Consulta segundo os participantes do Segundo Ciclo do PMAQ, 2013, de municípios de pequeno porte por região brasileira.

Quando questionados sobre o tempo em que os usuários levavam da sua casa até a Unidade de Saúde, em todas as regiões do país observou-se que a maioria dos usuários levava de 10 a 30 minutos. Quando analisadas separadamente cada Região, observou-se que 90,7% dos moradores da Região Nordeste levavam menos tempo para chegar à Unidade de Saúde, seguidos pelos da Região Sudeste (89,7%), os da Região Sul (89,6%), da Região Centro-Oeste (87%). A Região Norte apresentou o maior percentual de usuários que levavam mais tempo para chegar à Unidade de Saúde (14,7%). Quando questionados sobre sua percepção de

como era chegar até aquela Unidade de Saúde, mais de 73% dos usuários em todas as regiões brasileiras responderam achar ser muito fácil ou fácil. Quando analisadas separadamente cada Região, observou-se que 79,2% dos moradores da Região Nordeste tiveram melhor percepção do acesso às Unidades de Saúde e a Região Norte, com 12%, registrou o maior percentual de usuários com uma percepção de acesso difícil à Unidade de Saúde (Tabela 12).

Tabela 12 - Tempo em minutos entre a casa e a Unidade de Saúde dos usuários e sua percepção de como é chegar à Unidade de Saúde em municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.

Variáveis	Região				
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
<i>Quanto tempo o senhor leva da sua casa até esta unidade</i>					
10 a 30 minutos	2744 (87%)	12913 (90,7%)	1870 (85,3%)	8618 (89,7%)	5784 (89,6%)
40 minutos ou mais	409 (13%)	1324 (9,3%)	323 (14,7%)	995 (10,4%)	671 (10,4%)
<i>Chegar até essa unidade de saúde é</i>					
Muito fácil/Fácil	2392 (75,6%)	11337 (79,2%)	1623 (73,7%)	7520 (77,9%)	5101 (78,7%)
Razoável	443 (14%)	1734 (12,1%)	313 (14,2%)	1221 (12,7%)	815 (12,6%)
Difícil/Muito difícil	328 (10,4%)	1250 (8,7%)	265 (12%)	911 (9,4%)	562 (8,7%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Sobre os dias de funcionamento da Unidade de Saúde, mais de 91% dos usuários das Regiões do Centro-Oeste, Sudeste e Sul, responderam que aquela Unidade funcionava de segunda a sexta feira, seguidos de 87,2% da Região Norte e 81,9% da Região Nordeste. Quando analisadas separadamente cada Região, observou-se que a Região Nordeste é a que apresentou maior percentual de usuários que responderam que a Unidade não funcionava todos os dias da semana (13,6%). A Região Norte é a que apresentou maior percentual de usuários que disseram que a Unidade funcionava de segunda a sexta feira mais sábado e/ou domingo, com 6,3%. Quanto aos turnos de funcionamento mais de 90% dos usuários das Regiões do Centro-Oeste, Sudeste e Sul, responderam que aquela Unidade funcionava nos turnos da manhã e tarde, seguidos das Regiões Nordeste e Norte com 87,1% e 85,2%

respectivamente. As Regiões que apresentaram maiores percentuais de usuários que responderam que a Unidade funcionava nos três turnos (manhã, tarde e noite) foram as Regiões Sul (6%), Sudeste (4,6%) e Norte (4,2%), seguidos das Regiões Centro-Oeste e Nordeste com aproximadamente 2% dos seus respondentes. As Regiões Nordeste e Norte foram as que apresentaram maiores percentuais de seus usuários, que responderam outros turnos de funcionamento, com aproximadamente 11% das suas respostas.

Quando questionados se a equipe divulgava o horário de funcionamento da Unidade, observou-se que a Região Sul é a que mais divulgava com 92,8% dos seus respondentes e as Regiões Norte e Nordeste as que menos divulgavam seu horário, com 14% e 13,7% respectivamente. Sobre a existência de horário fixo na Unidade de Saúde, observou-se em todas as regiões do país um percentual acima dos 94% para a existência de horário fixo na Unidade, porém, dentre elas a Região Norte foi a que apresentou menor percentual. Quando questionados se o horário de funcionamento daquela Unidade era capaz de atender suas necessidades, a maioria dos usuários - com percentuais acima dos 85% - de todas as regiões brasileiras responderam afirmativamente, sendo que a Região Sul apresentou maior percentual de respostas “sim”, com 92,3% e as Regiões Norte e Nordeste as que mais negaram, com 15,1% e 12,5%, respectivamente (tabela 13).

Tabela 13 - Dias, turnos, divulgação de horário pela equipe, existência de horário fixo de funcionamento da Unidade de Saúde e atendimento de suas necessidades conforme horário de atendimento, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo região brasileira.

Variáveis	Região				
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
<i>A unidade de saúde funciona em quais dias na semana</i>					
Menos que 5 dias úteis	124 (3,9%)	1950 (13,6%)	144 (6,5%)	355 (3,7%)	271 (4,2%)
Segunda a Sexta	2931 (92,7%)	11724 (81,9%)	1919 (87,2%)	8897 (92,2%)	5905 (91,2%)
Segunda a Sexta mais Sábado e/ou Domingo	108 (3,4%)	647 (4,5%)	138 (6,3%)	400 (4,1%)	302 (4,7%)
<i>Em quais turnos a unidade funciona</i>					
Manhã e Tarde	2971 (93,9%)	12466 (87,1%)	1875 (85,2%)	8945 (92,7%)	5856 (90,4%)
Manhã, Tarde e Noite	71 (2,2%)	278 (1,9%)	92 (4,2%)	442 (4,6%)	387 (6%)

Outros turnos	121 (3,8%)	1577 (11%)	234 (10,6%)	265 (2,8%)	235 (3,6%)
<i>A equipe divulga o horário que a unidade funciona?</i>					
Sim	2587 (89,2%)	11604 (86,3%)	1774 (86%)	7891 (88,2%)	5551 (92,8%)
Não	313 (10,8%)	1841 (13,7%)	288 (14%)	1056 (11,8%)	430 (7,2%)
<i>A unidade possui horário fixo de funcionamento</i>					
Sim	2754 (96,3%)	12184 (95,3%)	1811 (93,9%)	8454 (96,4%)	5553 (97%)
Não	105 (3,7%)	603 (4,7%)	118 (6,1%)	312 (3,6%)	173 (3%)
<i>O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades</i>					
Sim	2804 (89,7%)	12404 (87,5%)	1829 (84,9%)	8537 (89,7%)	5887 (92,3%)
Não	321 (10,3%)	1770 (12,5%)	326 (15,1%)	982 (10,3%)	493 (7,7%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Quando perguntaram aos usuários como eles gostariam que a Unidade fosse organizada para facilitar o seu atendimento, 20,1% da Região Nordeste e 19% da Região Norte, referiram que atender “mais cedo pela manhã” facilitaria seu atendimento. Para a opção de atendimento “à tarde até às 18h”, 28,1% dos usuários da Região Nordeste disseram que esta opção facilitaria seu atendimento, enquanto aproximadamente 80% de cada uma das demais regiões referiram que não. Observou-se que mais de 73% dos usuários de cada região brasileira referiram que a opção “a noite” não facilitaria seu atendimento, porém, os maiores percentuais de que esta opção facilitaria seu atendimento foram das regiões Nordeste e Norte com 27,1% e 24,5% respectivamente. Na opção de atender “aos sábados”, observou-se que mais 72% dos respondentes das Regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste disseram que isto não facilitaria seu atendimento, enquanto 36,2% das Regiões Nordeste e Norte disseram que sim. Com percentuais acima de 87% em todas as regiões brasileiras, atender “na hora do almoço”, não facilitaria seu atendimento. Para 20,3% dos usuários da Região Nordeste, 19,8% da Região Norte e 17% da Região Sul atender aos “domingos” facilitaria seu atendimento, enquanto para as Regiões Centro-Oeste e Sul este percentual permanece em torno de 13% em cada região (tabela 14).

Tabela 14 - Horários que facilitariam o atendimento na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo região brasileira.

Variáveis	Região				
<i>Para facilitar o seu atendimento, o senhor gostaria que a Unidade atendesse:</i>	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
<i>Mais cedo pela manhã</i>					
Sim	367 (11,6%)	2880 (20,1%)	419 (19%)	735 (7,6%)	591 (9,1%)
Não	2796 (88,4%)	11441 (79,9%)	1782 (81%)	8917 (92,4%)	5887 (90,9%)
<i>À tarde até às 18h</i>					
Sim	487 (15,4%)	4022 (28,1%)	460 (20,9%)	1649 (17,1%)	1150 (17,8%)
Não	2676 (84,6%)	10299 (71,9%)	1741 (79,1%)	8003 (82,9%)	5328 (82,3%)
<i>À noite</i>					
Sim	531 (16,8%)	3879 (27,1%)	539 (24,5%)	2236 (23,2%)	1334 (20,6%)
Não	2632 (83,2%)	10442 (72,9%)	1662 (75,5%)	7416 (76,8%)	5144 (79,4%)
<i>Aos sábados</i>					
Sim	824 (26,1%)	5188 (36,2%)	797 (36,2%)	2663 (27,6%)	1501 (23,2%)
Não	2339 (74%)	9133 (63,8%)	1404 (63,8%)	6989 (72,4%)	4977 (76,8%)
<i>No horário do almoço</i>					
Sim	336 (10,6%)	1629 (11,4%)	281 (12,8%)	724 (7,5%)	629 (9,7%)
Não	2827 (89,4%)	12692 (88,6%)	1920 (87,2%)	8928 (92,5%)	5849 (90,3%)
<i>Domingo</i>					
Sim	413 (13,1%)	2900 (20,3%)	435 (19,8%)	1642 (17%)	861 (13,3%)
Não	2750 (86,9%)	11421 (79,8%)	1766 (80,2%)	8010 (83%)	5617 (86,7%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Quando questionados se a Unidade de Saúde fazia marcação de consulta, observou-se que a Região Sudeste é a região que mais realiza, com 97,5% das suas respostas (tabela 15).

Tabela 15 - Marcação de consulta, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.

Variáveis	Região				
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
<i>Essa unidade de saúde faz marcação de consulta</i>					
Sim	2742 (86,7%)	13119 (91,6%)	1940 (88,1%)	9407 (97,5%)	5722 (88,3%)
Não	421 (13,3%)	1202 (8,4%)	261 (11,9%)	245 (2,5%)	756 (11,7%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Dentre aqueles que responderam que a Unidade fazia marcação de consulta, a Região Sul, com 24,1%, foi a que apresentou maior percentual para a opção “por telefone” e menos que 2% nas Regiões Norte e Nordeste. De forma unânime, aproximadamente 100% dos respondentes de todas as regiões brasileiras disseram que não faziam marcação através da internet. Para a opção “ir até a unidade e marcar a consulta”, a Região Centro-Oeste foi a que apresentou maior percentual nesta opção, com 87,2%. Para as opções “ir até a unidade, mas tinham que pegar ficha sem ficar na fila” e “ir até a unidade e ficar na fila para pegar ficha”, mais de 27% dos usuários das regiões Nordeste, Norte e Sul responderam afirmativamente. Para a alternativa de marcação de consulta feita pelo “agente comunitário”, a Região Sudeste, com 32,3%, foi a que apresentou maior percentual de usuários que responderam fazê-la dessa maneira, seguido da Região Nordeste, com 21,5% (tabela 16).

Tabela 16 - Possibilidades de marcação de consulta na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.

Variáveis	Região				
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
<i>Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde?</i>					
<i>Marca por telefone</i>					
Sim	315 (11,5%)	167 (1,3%)	41 (2,1%)	927 (9,9%)	1377 (24,1%)
Não	2427 (88,5%)	12952 (98,7%)	1899 (97,9%)	8480 (90,2%)	4345 (75,9%)
<i>Marca pela internet</i>					
Sim	8 (0,3%)	19 (0,1%)	6 (0,3%)	24 (0,3%)	32 (0,6%)

Não	2734 (99,7%)	13100 (99,9%)	1934 (99,7%)	9383 (99,7%)	5690 (99,4%)
<i>Vai à unidade e marca o atendimento</i>					
Sim	2390 (87,2%)	6752 (51,5%)	969 (50%)	6414 (68,2%)	3496 (61,1%)
Não	352 (12,8%)	6367 (48,5%)	971 (50,1%)	2993 (31,8%)	2226 (38,9%)
<i>Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila</i>					
Sim	372 (13,6%)	5069 (38,6%)	603 (31,1%)	1406 (15%)	1691 (29,6%)
Não	2370 (86,4%)	8050 (61,4%)	1337 (68,9%)	8001 (85,1%)	4031 (70,5%)
<i>Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha</i>					
Sim	309 (11,3%)	4468 (34,1%)	522 (26,9%)	1237 (13,2%)	1612 (28,2%)
Não	2433 (88,7%)	8651 (65,9%)	1418 (73,1%)	8170 (86,9%)	4110 (71,8%)
<i>O agente comunitário de saúde marca a consulta</i>					
Sim	295 (10,8%)	2820 (21,5%)	285 (14,7%)	3039 (32,3%)	443 (7,7%)
Não	2447 (89,2%)	10299 (78,5%)	1655 (85,3%)	6368 (67,7%)	5279 (92,3%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Também dentre aqueles que responderam que a Unidade fazia marcação de consulta, quando questionados sobre os dias e horários em que elas ocorriam, observou-se que a Região Centro-Oeste foi a que apresentou maior percentual de respostas para a opção “em qualquer dia da semana, em qualquer horário”, com 68,7%, seguidos da Região Sul com 66,7% e da Região Sudeste com 63%. Para a opção “dias específicos fixos, em horários específicos” notou-se prevalência na Região Nordeste, com 34,4%, seguido da Região Norte com 25,4%. Para a opção “em qualquer dia da semana, em horários específicos”, observou-se também predominância da Região Norte, com 24,1% (tabela 17).

Tabela 17 - Dias e horários em que a marcação de consulta era feita na Unidade, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.

Variáveis	Região				
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
<i>Marcação de consulta é feita:</i>					
Dias específicos fixos, em horários específicos	283 (9,8%)	4440 (34,4%)	503 (25,4%)	1396 (15,5%)	553 (9,7%)
Dias específicos fixos, em qualquer horário	189 (6,5%)	1261 (9,8%)	145 (7,3%)	611 (6,8%)	306 (5,4%)
Em qualquer dia da semana, em horários específicos	383 (13,3%)	1425 (11%)	478 (24,1%)	1066 (11,9%)	984 (17,3%)
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	1987 (68,7%)	5391 (41,8%)	811 (40,9%)	5665 (63%)	3788 (66,7%)
Outro(s)	49 (1,7%)	386 (3%)	46 (2,3%)	255 (2,8%)	48 (0,9%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

Quando os usuários foram questionados se conseguiam marcar consulta e normalmente para o mesmo dia, observou-se que a Região Norte era a região em que os usuários mais conseguiam marcar consulta para o mesmo dia, com 73,7% e a Região Sudeste com menor percentual, 51,5%. Dentre aqueles que responderam que conseguiam marcar consulta, quando questionados de que maneira/horário esta consulta era realizada, em todas as regiões brasileiras houve predominância para a opção “por ordem de chegada”, sendo que a Região Nordeste apresentou maior percentual de respostas, com 94,6%. Para a opção “com hora marcada”, observou-se prevalência nas Regiões Sul com 19% na Região Sudeste com 16,3% (tabela 18).

Tabela 18 - Possibilidade de marcação de consulta na Unidade para o mesmo dia e a maneira como essa consulta é realizada, segundo usuários de municípios de pequeno porte, PMAQ, 2013, segundo regiões brasileiras.

Variáveis	Região				
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
<i>Quando o senhor consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</i>					
Sim	1894 (69,5%)	8625 (66,1%)	1412 (73,7%)	4809 (51,5%)	3337 (59,1%)

Não	830 (30,5%)	4419 (33,9%)	503 (26,3%)	4527 (48,5%)	2314 (41%)
<i>Na maioria das vezes, quando o senhor consegue marcar a consulta, sua consulta é:</i>					
Com hora marcada	154 (5,6%)	322 (2,5%)	99 (5,1%)	1532 (16,3%)	1086 (19%)
Em horários ou turnos definidos do dia	45 (1,6%)	117 (0,9%)	16 (0,8%)	223 (2,4%)	162 (2,8%)
Por ordem de chegada	2467 (90%)	12408 (94,6%)	1758 (90,6%)	7434 (79%)	4382 (76,6%)
Encaixe	26 (1%)	146 (1,1%)	20 (1%)	115 (1,2%)	45 (0,8%)
Outro(s)	50 (1,8%)	126 (1%)	47 (2,4%)	103 (1,1%)	47 (0,8%)

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, segundo ciclo.

5.5 Análise de correspondência

A verificação da associação de acesso às unidades de APS de municípios de pequeno porte entre as regiões brasileiras, segundo variáveis de acesso e de marcação de consultas, por meio da análise de correspondência, apontou que as variáveis relativas à Unidade de Saúde de não realizar marcação de consulta, o horário de funcionamento não atender as necessidades dos usuários e não funcionar em todos os cinco dias úteis da semana caracterizaram mais a Região Nordeste (Figura 4).

Por sua vez, pode-se notar que as regiões Sul e Sudeste apresentaram características mais semelhantes relativas ao funcionamento das Unidades de Saúde durante todos os dias da semana e inclusive aos sábados e/ou domingos, o horário de funcionamento das Unidades de Saúde atender as necessidades dos usuários e as Unidades de Saúde realizar a marcação de consultas (Figura 4).

Observou-se ainda uma semelhança entre as Regiões Norte e Centro Oeste quanto ao maior tempo gasto para acessar as Unidades de Saúde e o grau de dificuldade deste acesso (Figura 4).

Figura 4 - Representação das variáveis de acesso e de marcação de consultas no plano bidimensional.

Fonte: elaboração da autora.

6 DISCUSSÃO

6.1 Características dos usuários

A partir dos resultados apresentados é possível observar que nos municípios brasileiros de pequeno porte, dos 35.815 usuários entrevistados e que, portanto, estavam dentro dos serviços de saúde, a maioria era do sexo feminino (79%/n=28.288), possuía de 20 a 39 anos (41,8%/n=14.947), era pardo-mestiço (45,3%/n=15.845), possuía ensino fundamental incompleto (46,2%/n=16.511), não trabalhava (66,3%/n=23.753) e aqueles que trabalhavam tinham renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (65,4%/n=6.558).

Observando e comparando as características socioeconômicas por regiões, encontramos predominância do sexo feminino em todas, porém, a região Nordeste destaca-se por possuir menor porcentagem de usuários do sexo masculino (15,9%/n=2.282) e a região Sul por possuir maior porcentagem (28,5%/n=1.847). Quanto à idade, observou-se predominância da faixa etária de 20 a 39 anos em todas as regiões, exceto na região Sul que predominou a faixa etária de 40 a 59 anos (39%/n=2.523). Quanto aos usuários com mais de 60 anos, as regiões Sudeste (29,6%/n=2.854) e Centro-Oeste (29,1%/n=919) destacaram-se por apresentarem os maiores percentuais para esta faixa etária. A cor parda/mestiça predominou nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, já nas regiões Sudeste e Sul houve predominância da cor branca, destacando a última região com 73% (n=4.644) dos respondentes.

Quanto ao grau máximo de escolaridade, em todas as regiões houve predominância do ensino fundamental incompleto, porém houve destaque para as regiões Nordeste e Sul para o percentual de analfabetismo, a primeira região com maior percentual (12%/n=1.714) e a última com menor (4,4%/n=284). Em todas as regiões observou-se predominância de usuários que não possuíam trabalho, porém a região Sul destacou-se por apresentar percentuais muito próximos dos que não possuíam trabalho (51,3%/n=3.324) e daqueles que possuíam (48,7%/n=3.154). Quanto aos usuários que possuíam trabalho, a renda mensal predominante em todas as regiões foi de 1 a 3 salários mínimos, porém houve destaque para a região Nordeste com maior percentual de usuários com renda inferior a 1 salário mínimo (45,2%/n=1.484) e a região Sul com menor percentual (20,1%/n=540).

Considerando as características socioeconômicas descritas acima, verificou-se neste estudo que usuários do sexo feminino estão em maior quantidade nas Unidades de Saúde, resultado confirmado por vários autores (PINHEIRO et al., 2002; PALERMO, 2005;

FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; SANTIAGO et al., 2013; GONDIM; ANDRADE, 2014; TONHÁ et al., 2015). Outros estudos relativos ao 1º Ciclo do PMAQ também apresentam dados similares (PELLENSE, 2013; ALBUQUERQUE et al., 2014; PROTÁSIO, 2014; CASOTTI et al., 2014). Corroborando o achado, estudos sobre as diferenças de gênero apontam que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, relatam mais morbidades e possuem pior percepção do seu estado de saúde (PINHEIRO et al., 2002; TRAVASSOS et al., 2002; ASSIS; JESUS, 2012). A presença feminina nas Unidades de Saúde pode inferir o papel da mulher na sociedade, responsável pelo cuidado à saúde de toda família (IBANEZ et al., 2006; SANTIAGO et al., 2013). Para justificar a discrepância de gênero, há estudos que apontam os fatores impeditivos da presença masculina nos serviços de saúde como, por exemplo, a construção do modelo da masculinidade em que homens reconhecem menos os sintomas de doenças e demandam menos os serviços de saúde (GOMES et al., 2007; SIQUEIRA, 2011). Contradizendo os achados, Ribeiro et al. (2006), em sua pesquisa envolvendo dados da PNAD 2003, encontraram que não há relação entre gênero e a utilização de serviços de saúde do SUS.

Quanto à idade dos usuários, na qual prevaleceu a faixa etária de adultos jovens (20 a 39 anos) presentes nas unidades de saúde, há estudos que partilham do mesmo resultado (PELLENSE, 2013; SANTIAGO et al., 2013; GONDIM; ANDRADE, 2014). Ribeiro et al. (2006), em seu estudo envolvendo os dados da PNAD 2003, traçaram o perfil sociodemográfico dos usuários do SUS e encontraram como característica da clientela, usuários com idade entre 15 a 49 anos. Albuquerque et al. (2014), estudando o 1º Ciclo do PMAQ no estado de Pernambuco, encontraram um percentual mais alto para uma faixa etária com usuários mais jovens, com idades entre 20 a 24 anos (45,2%/n=1635), comparado à prevalência nacional de idades entre 20 a 39 anos (41,8%/n=14.947). Contradizendo os achados nacionais da pesquisa e reafirmando os achados separados por região, com predomínio na região Sul de usuários com idade entre 40 a 59 anos e nas regiões Sudeste e Centro-Oeste os maiores percentuais para a faixa etária acima dos 60 anos, uma pesquisa de base populacional envolvendo usuários de uma área de abrangência de uma ESF de Porto Alegre/RS verificou que a probabilidade de utilizar os serviços de saúde aumenta conforme a idade, excluindo a faixa etária de 0 a 9 anos (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

O usuário de cor parda e ou mestiça presente nas Unidades de Saúde do Brasil também foi evidenciado em estudos do 1º Ciclo do Programa (PELLENSE, 2013; ALBUQUERQUE et al., 2014; CASOTTI et al., 2014). Tal achado reproduz a realidade brasileira sobre as características étnico-raciais do país, com prevalência da cor parda ou preta, evidenciado no

Censo Demográfico 2010. Também corroborando com as particularidades de cada região, encontrada no presente estudo, a pesquisa censitária apontou maior concentração de pretos e pardos nas Regiões Norte e Nordeste do país e, nas Regiões Sul e Sudeste, maior prevalência de brancos (IBGE, 2011). Tal situação reflete a miscigenação do país e seus padrões históricos de ocupação (IBGE, 2011; TONHÁ et al., 2015). Ribeiro et al. (2006), comparando o perfil sociodemográfico dos usuários e não-usuários do SUS, nos trazem a marcante diferença entre estas clientela, caracterizando os usuários do SUS como pardos ou pretos e do sistema privado como brancos.

Quanto ao nível educacional dos usuários, constatou-se que os serviços de saúde estão sendo frequentados principalmente por indivíduos com baixa escolaridade, tendo estudos com resultados similares (RIBEIRO et al., 2006; SANTIAGO et al., 2013). A alta taxa de alfabetização na Região Sul, também é destacada em outras pesquisas como Protásio (2014). Segundo a pesquisa censitária realizada em 2010, a taxa nacional de analfabetismo é de 9,6% (IBGE, 2011). Esta informação reforça os achados da pesquisa, em que a Região Nordeste se destaca por apresentar taxas acima da média nacional e a Região Sul metade da taxa esperada nacionalmente. Contradizendo os achados, em um estudo com usuários de um serviço de saúde de um município da Região Nordeste, a maioria dos indivíduos possuía ensino médio completo (GONDIM; ANDRADE, 2014). Cumpre registrar que há trabalhos relacionando, com cautela, a escolaridade e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, apontando que quanto maior a escolaridade maior o conhecimento médico e, conseqüentemente, maior a procura por serviços de saúde (CAMBOTA; ROCHA, 2015). Palermo (2005) também faz essa mesma inferência, porém explica que apesar do acesso à saúde ser maior proporcionalmente à escolaridade, a frequência de uso não pode ser explicada.

Neste estudo também encontramos que a maioria dos indivíduos que estavam utilizando os serviços de saúde não possuía trabalho, mesmo resultado encontrado por Pellense (2013). Como já referido, a Região Sul destacou-se pela alta porcentagem de usuários que possuíam trabalho, dado também destacado em uma pesquisa nacional do 1º Ciclo do Programa (PROTÁSIO, 2014).

O fato de a maioria dos usuários presentes nos serviços de saúde não possuírem trabalho nos faz refletir acerca de quais motivos podem influenciar o acesso dos usuários que possuem trabalho aos serviços de saúde. Gomes et al. (2007), em sua pesquisa sobre a pouca procura masculina dos serviços de saúde, consideram que falta organização dos serviços de saúde para facilitar o acesso. Há que se pensar na acessibilidade organizacional com ações que considerem a inserção no mercado de trabalho no momento da definição do

funcionamento das unidades de saúde. Santiago et al. (2013) também fazem essa mesma relação do homem ligado ao mercado de trabalho, situação que o faz procurar outras alternativas para assistência à saúde.

Em outra vertente, Travassos et al. (2002) trazem a possibilidade das mulheres que não trabalham fora de casa terem mais tempo disponível para usufruírem dos serviços de saúde disponíveis. Corroborando os achados, uma pesquisa realizada em Porto Alegre/RS com moradores de uma área de abrangência de uma ESF mostrou que os indivíduos que não haviam trabalhado nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa utilizaram duas vezes mais o serviço de saúde em comparação aos que trabalharam no mesmo período (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

Em relação à situação econômica dos usuários, os achados confirmam o perfil do usuário do SUS, traçado por Ribeiro et al. (2006), em que a renda mensal é inferior a dois salários mínimos e também similares à pesquisa de Albuquerque (2014). Na literatura há controvérsias sobre o tema. Para Cambota e Rocha (2015), pessoas com condição econômica baixa tendem a utilizar mais os serviços de saúde, uma vez que possuem mais necessidade de cuidado. Palermo (2015), em pesquisa realizada na região sul do País, afirma que há desigualdade no acesso aos serviços de saúde em relação à renda dos usuários, com favorecimento às classes econômicas mais altas.

6.2 Acesso aos serviços de saúde e Marcação de consulta

Analisando os dados nacionalmente nota-se que a grande maioria dos usuários que estavam frequentando os serviços de saúde levava de 10 a 30 minutos para chegar até a Unidade de Saúde (89,6%/n=31.929) e consideravam “muito fácil/fácil” chegar até ela (78,1%/n=27.973), enquanto 9,3% (n=3.316) consideravam “difícil/muito difícil”.

Grande parte das Unidades de Saúde funcionava de segunda a sexta-feira (87,6%/n=31.376), nos turnos da manhã e da tarde (89,7%/n=32.113), possuindo horário fixo de funcionamento (95,9%/n=30.756), divulgava este horário (88,2%/n=29.407) e conseguia atender as necessidades dos usuários com esta organização (89%/n=31.461). Em porcentagens menores, algumas Unidades de Saúde não funcionava todos os dias da semana (7,9%/n=2.844) ou funcionavam de segunda a sexta-feira, mais o sábado e/ou domingo (4,5%/n=1.595), atendendo em três turnos (3,6%/n=1.270) ou em outros turnos (6,8%/n=2.432).

Quando questionados sobre como gostariam que a Unidade de Saúde fosse organizada para facilitar seu atendimento, a grande maioria dos usuários respondeu “que não facilitaria” para as possibilidades de atendimento apresentadas, a saber: “mais cedo pela manhã” (86,1%/n=30.823), “à tarde até às 18h” (78,3%/n=28.047), “à noite” (76,2%/n=27.296), “aos sábados” (69,4%/n=24.842), “no horário do almoço” (90%/n= 32.216) e aos “domingos” (82,6%/n= 29.564).

A maioria das Unidades fazia marcação de consulta (91,9%/n=32.930) e esta marcação poderia ser realizada “indo até a Unidade e marcando o atendimento” (60,8%/n=20.021). Em porcentagens menores, os usuários também referiram outras maneiras de marcação de consulta: “indo até a unidade, mas tinham que pegar ficha sem ficar na fila” (27,8%/n=9.141), “indo até a unidade e ficar na fila para pegar ficha”, (24,7%/n=8.148), através do “agente comunitário” (20,9%/n=6.882) e “por telefone” (8,6%/n=2.827). Percebe-se com estes dados o pequeno uso de recursos tecnológicos para facilitar a marcação de consultas.

Quanto aos horários e dias para marcação de consulta, a maioria poderia ser feita “em qualquer dia da semana, em qualquer horário” (54,4%/n=17.642) e mais restritivamente em “dias específicos fixos, em horários específicos” (22,1%/n=7.175), “em qualquer dia da semana, em horários específicos” (13,4%/n=4.336) e “dias específicos fixos, em qualquer horário” (7,7%/n=2.512). Mais da metade dos usuários normalmente conseguiam marcar consulta para o mesmo dia (61,5%/n=20.077) e na maioria das vezes as consultas eram “por ordem de chegada” (86,4%/n=28.449) e uma parcela menor “com hora marcada” (9,7%/n=3.193). Este achado reforça a necessidade de serem revistos os processos de trabalho nas unidades de saúde, com a adoção de outras práticas, tais como o acolhimento com classificação de necessidade/risco que permitam a atenção mais oportuna aos usuários.

Analisando os dados por regiões, observa-se que Região Nordeste foi a que apresentou maior percentual de usuários que gastaram menos tempo para chegar até a Unidade de Saúde, levando de 10 a 30 minutos (90,7%/n=12.913). Em contrapartida, a Região Norte parece ter maiores problemas relacionados à acessibilidade geográfica, pois apresentou o maior percentual de indivíduos que levavam mais que 40 minutos para chegar ao serviço de saúde (14,7%).

Com os maiores percentuais, acima de 78%, os usuários das Regiões Nordeste, Sul e Sudeste achavam “muito fácil/fácil” para chegar até a Unidade de Saúde, enquanto a Região Norte obteve os maiores percentuais para percepção “difícil/muito difícil”.

Os resultados referentes à organização das Unidades de Saúde por regiões demonstraram que houve predominância em todas as regiões do funcionamento já esperado, de segunda a sexta-feira, porém a Região Nordeste se destacou por apresentar o maior percentual de unidades que funcionava menos que cinco dias por semana (13,6%/n=1.950). Esta situação merece ser melhor explorada na medida em que se espera que as unidades básicas tenham seu funcionamento garantido durante todos os dias da semana, como um indicador facilitador de acesso e, por conseguinte, de melhores resultados na produção de cuidado. Com percentuais de 3% a 6% encontrou-se Unidades que funcionavam de segunda a sexta-feira mais sábado e/ou domingo. Quanto aos turnos de funcionamento houve prevalência em todas as regiões de Unidades que funcionavam durante a manhã e à tarde. Quanto às Unidades que funcionavam nos três períodos, as regiões Sul, Sudeste e Norte apresentaram os maiores percentuais. Desta forma, apesar de a maioria das Unidades de todas as regiões possuírem horário fixo de funcionamento, divulgarem esse horário e conseguirem atender as necessidades dos usuários com seu horário de funcionamento, registra-se que as Regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores percentuais de usuários que contradisseram tais informações.

Interessante notar a manifestação dos usuários, por região, quando questionados sobre como eles gostariam que a Unidade de Saúde fosse organizada para facilitar seu atendimento. A grande maioria não indicou as possíveis alternativas de atendimento apresentadas na entrevista como facilitadoras de acesso. No entanto, as Regiões Nordeste e Norte destacaram-se por apresentar os maiores percentuais de usuários que indicaram as possibilidades de a Unidade funcionar “mais cedo pela manhã”, “aos sábados”, “no horário do almoço” e aos “domingos” como situações facilitadoras de acesso. A Região Nordeste, sozinha, destacou-se pelas alternativas “à tarde até às 18h” e “à noite”. Neste cenário, reforça-se a importância de a equipe de saúde conhecer o território e suas características que podem afetar o acesso aos serviços, no momento da programação do funcionamento das unidades de saúde, ou seja, considerar a acessibilidade organizacional como uma variável importante na promoção do acesso à saúde.

Com porcentagens acima de 87% a maioria das Unidades de Saúde de todas as regiões fazia marcação de consulta, porém, chama-se atenção para os percentuais daquelas que não realizavam esta ação, principalmente nas regiões Centro-Oeste (13,3%/n=421), Norte (11,9%/n=261), Sul (11,7%/n=756) e Nordeste (8,4%/n=1.202). O fato de não se realizar marcação de consulta pode indicar que a Unidade esteja organizada para atender a livre demanda, sem uma proposta de atendimento longitudinal que permita uma atenção mais

integral e não só pontual ou, de outra forma, que esteja trabalhando com a modalidade de acesso avançado. Considerado um sistema diferenciado de agendamento voltado à melhoria do acesso das pessoas aos cuidados em saúde, o Acesso Avançado busca garantir agendamento médico para os usuários no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde, diminuindo o tempo de espera por consulta médica, o absenteísmo às consultas médicas e aumentando o número de atendimentos médicos da população (VIDAL, 2013). Esta realidade requer outras investigações que aclarem se esta modalidade de organização às consultas médicas é promotora ou não de acesso.

Quanto à maneira como a consulta era marcada na maioria das vezes, em todas as regiões houve predominância para “ir até a Unidade e marcar o atendimento”, porém a Região Centro-Oeste destacou-se com seu maior percentual (87,2%/n=2.390). Em porcentagens menores, os usuários também referiram outras maneiras de marcação de consulta. Para a opção “marcar por telefone”, a região Sul destacou-se pelo maior percentual (24,1%/n=1.377) e as regiões Norte (2,1%/n=41) e Nordeste (1,3%/n=167) pelas baixas porcentagens. Para as opções “ir até a unidade, mas ter que pegar ficha sem ficar na fila” e “ir até a unidade e ficar na fila para pegar ficha”, as regiões Nordeste, Norte e Sul apresentaram os maiores percentuais em relação às demais regiões, variando de 27% a 39%. Para a opção marcar através do “agente comunitário” a Região Sudeste apresentou maior percentual (32,3%/n=3.039).

Quanto aos horários e dias para marcação de consulta, em todas as regiões, a maioria poderia ser feita “em qualquer dia da semana, em qualquer horário”, porém as regiões que apresentaram maiores percentuais foram as regiões Centro-Oeste (68,7%/n=1.987), Sul (66,7%/n=3.788) e Sudeste (63%/n=5.665). A região Nordeste destacou-se pela porcentagem de usuários que relataram ser em “dias específicos fixos, em horários específicos” (34,4%/n=4.440) e a região Norte por apresentar o maior percentual para “em qualquer dia da semana, em horários específicos” (24,1%/n=478).

Mais da metade dos usuários de todas as regiões normalmente conseguiam marcar consulta para o mesmo dia, porém chamaram atenção as regiões Sudeste (48,5%/n=4.527) e Sul (41%/n=2.314), com os altos percentuais daqueles que contradisseram tal informação. Quanto à organização do atendimento no dia da consulta, apesar de na maioria das vezes, em todas as regiões, serem realizadas “por ordem de chegada”, as Regiões Sul (19%/n=1.086) e Sudeste (16,3%/n=1.532) apresentaram os maiores percentuais para as consultas “com hora marcada”.

Considerando as características do acesso aos serviços de saúde e marcação de consulta apresentadas acima, encontramos estudos que também abordaram questões referentes à acessibilidade geográfica e organizacional e que reforçam a importância de eliminar barreiras que estejam obstaculizando o acesso.

No âmbito da acessibilidade geográfica, corroborando os achados, Albuquerque et al. (2014), em pesquisa envolvendo dados do 1º Ciclo do PMAQ no estado de Pernambuco, embora sem mensurar o tempo de deslocamento do usuário até a Unidade de Saúde, apontam que 73% dos usuários consideraram que as Unidades Básicas de Saúde estavam localizadas perto do seu domicílio e aproximadamente 11% distante. Confirmando que as unidades de saúde estão localizadas no território onde as famílias residem e são cadastradas. Santiago et al. (2013) também trazem resultados similares, apontando uma satisfação de mais de 80% dos participantes da sua pesquisa quanto a distância de sua casa à unidade de saúde. Pesquisas a respeito do acesso aos serviços de saúde sob a ótica tanto de usuários quanto dos profissionais de saúde no mesmo estudo têm apresentado divergências. Marin, Moracvick e Marchioli (2014) encontraram que para ambos os usuários e profissionais da saúde a localização da unidade de saúde era considerada adequada para o atendimento das necessidades dos usuários. Já para Viegas, Carmo e Luz (2015), a acessibilidade geográfica abordada pelos profissionais de saúde apontou a distância da residência do usuário à unidade como dificultadora do acesso. Porém, 63% dos usuários do estudo gastavam menos de 15 minutos para chegar até a unidade, indicando então que os usuários que mais frequentam a unidade são aqueles que residem em suas proximidades. Leão e Silva et al. (2011) observaram que, tanto na percepção dos usuários quanto na dos profissionais de saúde, dentre as principais barreiras de acesso ao serviço apontadas em seu estudo estão as geográficas: transporte insuficiente, má localização das Unidades da ESF, características geográficas locais e a delimitação inadequada do território de abrangência. Apontando assim que, embora a ESF seja organizada baseada na perspectiva territorial, na realidade, este mapeamento não leva em consideração as múltiplas peculiaridades de cada território.

Corroborando os achados quanto à possível acessibilidade geográfica prejudicada na região Norte, Mata et al. (2014), ao narrarem as experiências de grupos de pesquisadores que atuaram na avaliação externa no 1º Ciclo do PMAQ no estado do Amapá, registraram as discrepâncias de percepção de distância entre os moradores da região e os avaliadores externos. Para os moradores, a distância de “duas léguas” até a unidade de saúde, expressão cultural utilizada, era considerada pelo morador como pequena. Já na percepção dos avaliadores, a expressão supracitada equivalia a mais ou menos três longas horas de viagem

em estrada de chão. O próprio acesso das equipes de avaliação externa às unidades de saúde também foi difícil, tanto por via terrestre quanto por vias fluviais, visto que muitas unidades se localizavam em comunidades ribeirinhas e em aldeias indígenas.

A boa acessibilidade geográfica encontrada na Região Nordeste nos leva a pensar se fatores como a expansão de cobertura populacional pelas ESF estariam relacionados à boa percepção de acesso, já que os usuários deveriam estar próximos de suas unidades e elas deveriam ser em maior número ou se a percepção de distância é considerada pequena diante das inúmeras dificuldades enfrentadas por essa população. Viacava e Bellido (2016), ao analisarem a continuidade da série histórica dos indicadores provenientes dos suplementos de saúde das PNAD 1998, 2003 e 2008 e da Pesquisa Nacional em Saúde (PNS 2013), encontraram com dados da PNS um aumento importante nos percentuais de cobertura populacional nas regiões Sudeste e Sul quando comparados a PNAD 2008. Também apontaram que, em 2013, 56,1% dos domicílios brasileiros estaria coberto pelas ESF e que a região Nordeste apresentava as maiores taxas (cerca de 70%) e a região Sudeste os menores percentuais (48%).

Contradizendo em parte os achados, Protásio (2014), encontrou no 1º Ciclo do Programa que a região que mais considerou a Unidade de Saúde perto de sua casa foi o Sudeste, com 69,6% e a que considerou mais longe foi a Norte, com 17,6%. Cabe ressaltar que a pesquisa citada abrange dados nacionais, sem restringir-se aos municípios de pequeno porte.

Observando as características da acessibilidade organizacional, os achados referentes ao funcionamento mínimo das unidades de saúde por pelo menos cinco dias da semana e em dois turnos (manhã e tarde) são também encontrados em outros estudos (ALBUQUERQUE et al., 2014; ALVES et al., 2014; FAUSTO et al., 2014; PROTÁSIO, 2014; RIBEIRO et al., 2015). Fausto et al. (2014), ao estudarem os dados nacionalmente do 1º Ciclo do Programa e ao compararem por porte populacional, apresentam que quanto maior o porte populacional do município maior é a quantidade de unidades que funcionam conforme o esperado e supracitado, exceto para municípios com mais de 500 mil habitantes.

Protásio (2014) encontrou que, caso a Unidade de Saúde não funcione cinco dias na semana, a chance de se obter satisfação diminui em 29% quando comparado às unidades que funcionam cinco dias.

Quanto aos turnos de funcionamento, Albuquerque et al. (2014), ao estudarem os dados do 1º Ciclo do Programa no estado de Pernambuco, chamaram a atenção para a alta porcentagem (80%) de mudança na agenda dos avaliadores externos por não encontrarem

unidades em funcionamento no período da tarde, apesar de constarem altos percentuais afirmando funcionar nos dois turnos. Também trouxeram outro dado que questiona o real funcionamento das unidades principalmente no período da tarde, ao se depararem com exatamente quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação, número este que coincidia com o requerido para a avaliação externa, subentendendo que os mesmos tinham sido convocados para participar da entrevista.

Em relação à satisfação dos usuários quanto ao horário de atendimento capaz de atender suas necessidades, o mesmo também foi exposto em outros trabalhos (ALBUQUERQUE et al., 2014; PROTÁSIO, 2014). Fausto et al. (2014) ainda trazem, ao compararem dados por porte populacional, que usuários de municípios de pequeno porte avaliam melhor o horário de funcionamento das unidades quanto ao atendimento de suas necessidades.

Reis et al. (2013), ao avaliarem o acesso e utilização dos serviços de saúde da APS em São Luís, observaram que os indicadores que apresentaram pior avaliação pelos entrevistados foram o fato de as unidades de ESF não funcionarem nos finais de semana e após as 18 horas, uma vez que frequentemente os usuários perdem o dia de trabalho para se consultarem. O fato das unidades funcionarem em horário comercial favorece o acesso à população que não está economicamente ativa, especialmente crianças e mulheres. Sendo assim, é proposto que a organização do horário de funcionamento das unidades seja revista, permitindo o acesso aos serviços de saúde em horários alternativos.

Com base nos resultados observou-se que as regiões Nordeste e Norte apresentaram as maiores barreiras organizacionais relacionadas à limitação de dias, horários e turnos de atendimento, à existência de horário fixo e sua divulgação pela equipe e ao atendimento das necessidades dos usuários com esta organização.

Cabe ressaltar que a população envolvida na pesquisa se encontrava dentro das Unidades de Saúde, portanto, já tinham acesso a estes serviços. Por esse motivo os resultados encontrados não podem ser generalizados à realidade dos usuários que não conseguem acesso aos serviços de saúde. Talvez por este fato a acessibilidade geográfica e algumas características da acessibilidade organizacional (satisfação com o horário de funcionamento da unidade e os baixos percentuais indicando as possíveis alternativas de atendimento apresentadas na entrevista como facilitadoras de acesso) sejam tão positivas, uma vez que quem respondeu já estava inserido nos serviços de saúde e não enfrentava ou já havia enfrentado as barreiras de acesso.

Quanto à maneira como a maioria das consultas eram realizadas, 60,8% referiu ser “indo até a Unidade e marcando o atendimento”. Contradizendo os achados, Protásio (2014), analisando nacionalmente os dados do 1º Ciclo do PMAQ, encontrou que a principal maneira para realizar a marcação de consulta era “indo até a unidade e ficando na fila para pegar ficha” (30,6%). Essa diferença pode ser referente ao fato do estudo acima abranger todos os municípios, não somente os de pequeno porte, mas também devido as possíveis diferenças na coleta de dados, pois analisando os resultados observa-se que no primeiro ciclo esta pergunta permitia apenas uma resposta, já no segundo era de múltipla escolha. Seguindo a consideração citada acima, Fausto et al. (2014) também trazem diferenças nos achados, apontando percentuais menores do que os encontrados, tanto para o uso do telefone para marcação de consulta (2%) quanto para a marcação feita através do agente comunitário (8,5%). O aumento dos percentuais encontrados na pesquisa, apesar de ainda serem baixos - 20,9% através do “agente comunitário” e 8,6% “por telefone” -, pode sugerir que seja uma característica de marcação de consulta que ocorra mais nos municípios de pequeno porte e que sem dúvida o artifício utilizado facilita o acesso.

Fausto et al. (2014) trazem a diferença entre as respostas dos usuários e dos profissionais de saúde quanto a organização da agenda e o acesso à marcação de consulta. Em seu estudo 55% dos profissionais das equipes afirmaram agendar consultas em qualquer dia e em qualquer horário, porém apenas 28% dos usuários afirmaram conseguir fazê-la dessa maneira.

Nonnenmacher, Weiller e Oliveira (2011) ao estudarem as facilidades e os limites do acesso à saúde sob a ótica de usuários do SUS em um município do Sul do Brasil, apontam que o fato dos serviços de saúde em questão (Centros de Saúde e ESF) trabalharem com “limites” de atendimentos por dia causa uma demanda muito maior do que era ofertado, levando os usuários a enfrentarem filas noturnas para conseguirem atendimento pela manhã.

As outras formas de marcação de consultas apresentadas no trabalho chamam a atenção pela dificuldade de acesso imposta aos usuários, restringindo a dias específicos, horários definidos, entre outros. Viegas, Carmo e Luz (2015) relatam que em alguns serviços os profissionais de saúde estreitam a marcação de consulta para um curto período de tempo com o intuito de diminuir o absenteísmo nas consultas, porém não levam em consideração que na visão dos usuários essa maneira de marcação de consulta é ruim, uma vez que causa filas e a necessidade de pegar senha de madrugada. Cunha e Vieira-da-Silva (2010), ao avaliarem a implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à AB em um município do Estado da Bahia, observaram que dentre as quatro unidades de saúde

pesquisadas apenas uma delas possuía um sistema de marcação de consulta permanente funcionando, com marcação feita todos os dias da semana e em qualquer horário, proporcionando um menor tempo de espera entre a marcação e o atendimento quando comparado às outras unidades.

Para Tesser e Norman (2014), mesmo após 20 anos de implantação do SUS, a APS não está organizada de forma que ofereça acesso fácil a seus usuários e nem possuem tecnologias organizacionais consolidadas para isso.

Com base nos resultados, chama-se a atenção para melhor facilidade no acesso quanto à organização na marcação de consulta nas seguintes regiões: Centro-Oeste ao apresentar que 87,2% de seus usuários referiram ser “indo até a Unidade e marcando o atendimento”, na região Sul pelo uso do “telefone” (24,1%) e na região Sudeste através do “agente comunitário” (32,3%). As regiões Centro-Oeste (68,7%), Sul (66,7%) e Sudeste (63%) destacaram-se pela marcação ser realizada “em qualquer dia da semana, em qualquer horário”.

Em seu estudo, Cunha e Vieira-da-Silva (2010) apontaram que entre os principais obstáculos encontrados nas unidades de saúde dizem respeito a problemas na estruturação do sistema de marcação de consulta, dentre eles a marcação feita por telefone e que a ausência de protocolos para o agendamento faz com que a acessibilidade sofra influência das particularidades organizacionais dos serviços, uma vez que encontramos diferentes perfis profissionais e de gestão local.

Como visto nos resultados apresentados, o uso da tecnologia na APS brasileira para marcação de consulta é extremamente baixo, visto que apenas 0,3% (89) dos usuários reportaram fazê-la através da internet.

Na Austrália, estudos realizados com o objetivo de verificar os fatores que influenciam a aceitação dos usuários e o uso de tecnologias em saúde para marcação de consulta e acesso aos serviços de saúde, apontaram que apenas 11% dos entrevistados utilizaram o serviço de marcação *online*. Dentre as causas apresentadas para baixa adesão ao serviço eletrônico estão: falta de acesso ao computador e à Internet em casa, baixa habilidade com o uso de informática, falta de experiência com o uso de serviços de saúde na Internet, comunicação ineficaz da disponibilidade do serviço de atendimento eletrônico aos pacientes e baixo nível socioeconômico da população estudada. Quanto ao uso do telefone para marcação de consulta, grande parte dos entrevistados preferiam fazê-la dessa maneira ao invés do serviço *online* pelas seguintes razões: preferência por comunicação oral ou presencial e por considerar o uso do telefone como método fácil, rápido e conveniente para acessar o serviço de

agendamento em comparação com o sistema de marcação *online*. Apesar da baixa adesão ao serviço *online*, os autores apontam para sua facilidade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que o mesmo permanece disponível 24h por dia, durante os 7 dias da semana (ZHANG; YU; YAN, 2014; ZHANG et al., 2015).

Quanto às barreiras de acesso, observou-se que as regiões Nordeste, Norte e Sul apresentaram os maiores percentuais para a organização da marcação de consulta feita “indo até a unidade, mas tendo que pegar ficha sem ficar na fila” e “indo até a unidade e ficando na fila para pegar ficha”, dificultando o acesso aos serviços de saúde. As regiões Nordeste e Norte novamente destacam-se por estreitarem o acesso marcando as consultas “dias específicos fixos, em horários específicos” (34,4%) e “em qualquer dia da semana, em horários específicos” (24,1%), respectivamente.

Quanto à característica da acessibilidade organizacional de conseguir ou não atendimento para o mesmo dia, observou-se que 61,5% dos usuários responderam essa questão afirmativamente. Dados nacionais encontrados por Protásio (2014) apontam que 50,7% dos usuários afirmaram não conseguir marcar consulta para o mesmo dia. Com percentuais bem menores, Santiago et al. (2013), ao avaliarem a percepção dos usuários com a qualidade do atendimento nas USF do Recife, encontraram que apenas 19% conseguiam o acesso no mesmo dia. Em São Luís/MA, os usuários avaliaram como insatisfatórios a facilidade em marcar consulta e sua expectativa de consegui-la em 24 horas (REIS et al., 2013). Para Tesser e Norman (2014), o acesso parece precário quando o usuário precisa esperar por semanas para ser atendido na APS.

As regiões Sudeste (48,5%) e Sul (41%) chamaram a atenção pelos mais altos percentuais daqueles que não conseguiam marcar consulta para o mesmo dia. Talvez tais regiões não estejam trabalhando com a demanda espontânea e estejam enfatizando o atendimento programático aos grupos preferenciais já preestabelecidos pela ESF.

Até a organização do atendimento no dia da consulta reflete no acesso aos serviços. Observou-se que na maioria das vezes, em todas as regiões, as consultas eram realizadas “por ordem de chegada” e que as Regiões Sul (19%/n=1.086) e Sudeste (16,3%/n=1.532) pareciam estar melhores organizadas quanto a este quesito, ao apresentarem os maiores percentuais para as consultas “com hora marcada”. Cunha e Vieira-da-Silva (2010) apontaram que o fato das consultas serem organizadas por ordem de chegada fazia com que os usuários esperassem até três horas para o atendimento, uma vez que os mesmos chegavam com uma hora de antecedência do horário estabelecido. Realizar o atendimento com “hora marcada” proporciona melhor distribuição dos atendimentos ao longo do dia, possibilitando melhor

atenção aos casos que necessitem de maior cuidado e evitando superlotação em um dado horário, desconfortos e tensões (BRASIL, 2013e). Além de trazer conforto ao paciente, atender com hora marcada é uma forma de respeitá-lo.

Por sua vez, quando aplicada a análise de correspondência para a verificação de associação das variáveis de acesso e de marcação de consultas nos municípios de pequeno porte das regiões brasileiras, notou-se características mais presentes em algumas regiões do que em outras, a saber: Unidade de Saúde não realizar marcação de consulta, o horário de funcionamento não atender as necessidades dos usuários e não funcionar em todos os cinco dias úteis da semana caracterizaram mais a Região Nordeste. As regiões Sul e Sudeste apresentaram características mais semelhantes relativas ao funcionamento das Unidades de Saúde durante todos os dias da semana e inclusive aos sábados e/ou domingos, o horário de funcionamento das Unidades de Saúde atender as necessidades dos usuários e as Unidades de Saúde realizar a marcação de consultas. As Regiões Norte e Centro Oeste assemelharam-se quanto ao maior tempo gasto para acessar as Unidades de Saúde e o grau de dificuldade deste acesso.

Esse resultado ratifica as análises descritivas que foram realizadas quando se colocou em evidência cada região isoladamente. Portanto, pode-se inferir que ações específicas sobre esses pontos, em cada região, podem influenciar no acesso aos serviços de saúde.

Os achados do trabalho nos remetem às limitações no acesso ainda presentes na realidade da APS brasileira. É importantíssimo verificarmos como os serviços estão sendo organizados e quais barreiras ainda são impostas. A ESF - enquanto estratégia de reorganização da atenção à saúde no SUS - deve levar em consideração as necessidades dos usuários e sua realidade para que tenha os serviços de saúde funcionando, a fim de diminuir as barreiras de acesso e efetivar a utilização dos serviços (REIS et al., 2013).

O modelo de atenção à saúde utilizado influencia na facilitação ou não do acesso. No Brasil, dois modelos históricos de atenção à saúde ainda são predominantes: o modelo médico hegemônico e o sanitarista. O primeiro, voltado para a demanda espontânea, não considera o princípio da integralidade como fundamento e possui como características marcantes o individualismo, a saúde/doença como mercadoria, a medicalização, a medicina curativa, a ênfase no biologismo, entre outros. O segundo, ainda presente na saúde pública convencional, busca atender as necessidades de saúde da população mediante campanhas, programas especiais e específicos e através da vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 2008). Hoje, tendo em vista os princípios preconizados pelo SUS - garantia do acesso, integralidade do cuidado, regionalização e descentralização e emprego de ações humanizadas e resolutivas em

saúde -, torna-se necessário repensar o modelo de atenção executado, uma vez que a própria ESF vem enfrentando dificuldades para colocar em prática os fundamentos da APS. Sendo assim, Mendes (2011) apresenta as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como um caminho para o fortalecimento do SUS e considera que sejam necessárias intervenções concomitantes sobre as condições crônicas e agudas, utilizando modelos de atenção mesmo que distintos, porém sobrepostos, de maneira que cada ponto de atenção se organize e não sobrecarregue o outro. O autor traz o modelo de atenção às condições crônicas que tem em um de seus componentes a gestão da clínica com estratificação de riscos, que possibilita organizar a atenção, gerindo o tempo das equipes de saúde da APS para atender tanto as ações programadas quanto a demanda espontânea.

Entretanto, repensar apenas o modelo de atenção não é suficiente. A extensa responsabilidade populacional imposta pela PNAB, que define um número máximo de 4.000 pessoas por equipe de ESF, prejudica a realização de um trabalho de qualidade, dificultando o acesso aos serviços de saúde e torna praticamente inexecutável a administração do cuidado dessa ampla população. É sabido que em outros países onde a APS é bastante fortalecida, que a relação populacional por equipe de APS é significativamente inferior quando comparada ao Brasil, facilitando o acesso aos cuidados de saúde neste ponto de atenção (VIDAL, 2013). A realidade brasileira e suas características como a precária condição social dos brasileiros, geradora de adoecimento e demandas adicionais aos serviços de saúde e a extensão territorial do país e suas diversidades, somados a experiência de outros países, sinalizam para a necessidade de redução do número de usuários responsabilizados, para cerca de 2.500 pessoas por equipe de ESF, levando-se sempre em conta o contexto social inserido (TESSER; NORMAN, 2014). Vidal (2013) também destaca a importância de se rediscutir a relação população-equipe na APS, no Brasil, uma vez que ao pesquisar diversos estudos encontrou que o acesso foi avaliado como o atributo de pior desempenho.

Válido lembrar sobre os atributos da APS que devem ser respeitados no momento da organização dos serviços, todos relacionados ao acesso à saúde e a permanência do usuário nele. Starfield (2002) enumera quatro atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A atenção ao primeiro contato diz respeito a acessibilidade e uso do serviço quando as pessoas buscam atenção à saúde, seja a cada novo problema ou novo episódio. A longitudinalidade implica na existência de uma fonte regular de atenção e cuidados em saúde oferecidos de forma contínua ao longo dos tempos. A integralidade diz respeito à organização da APS para que o usuário possa receber cuidados em saúde em qualquer nível do sistema quando este for necessário. A coordenação é tida como a

capacidade de garantir a continuidade da atenção e o reconhecimento de novos problemas, seja pelos profissionais da saúde e/ou por meio de instrumentos como o prontuário médico.

Lembrando que um acesso facilitado pode auxiliar no desenvolvimento dos atributos da APS e impactar positivamente nos resultados do cuidado.

Diante de tantos entraves relacionados ao acesso aos serviços de saúde, Tesser e Norman (2014) discutem a pouca assertividade do próprio MS em enfatizar ações e políticas voltadas para o acesso. Sendo assim, o acesso facilitado e longitudinal na APS/ESF não é tratado nos princípios gerais e específicos da saúde da família. Diferentemente da primeira versão, na nova PNAB (2011) o acesso aparece em segundo lugar como um dos fundamentos e diretrizes elencados e a longitudinalidade em terceiro. Já a promoção em saúde mantém-se em primeiro lugar, com ênfase explícita. Os autores ainda reforçam que mesmo com a nova PNAB, onde o acesso aparece de forma mais valorizada, não há nenhuma normatização que garanta de maneira concreta a indução, a garantia ou o estabelecimento de regras claras sobre o acesso aos cuidados de saúde. Portanto para que a APS trabalhe com o acesso facilitado, além de exigir das equipes um novo pensar e agir é fundamental que a mudança também ocorra no órgão formulador da política, revendo os parâmetros da ESF, criando estímulos e incentivos aos profissionais da área, rediscutindo a relação população-equipe e criando mecanismos asseguradores do acesso (TESSER; NORMAN, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo os resultados gerais caracterizam os usuários de municípios de pequeno porte que estão frequentando os serviços de APS. São eles: mulheres, com idade entre 20 a 39 anos, pardo-mestiças, com ensino fundamental incompleto, sem trabalho e com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, caso trabalhe.

Dentre as cinco regiões brasileiras, duas destacaram-se quando comparadas às demais, por apresentarem particularidades que as distanciam um pouco da caracterização geral dos usuários. A região Sul apresentou: maior percentual de pessoas do sexo masculino, menor percentual de analfabetismo, menor percentual de usuários que recebem menos que um salário mínimo ao mês e porcentagens muito próximas de usuários que trabalham dos que não trabalham. A região Nordeste apresentou, por sua vez: menor percentual de usuários do sexo masculino, maior percentual de analfabetismo e maior percentual de usuários que recebem menos que um salário mínimo ao mês.

É sabido que usuários com condições socioeconômicas menos favorecidas apresentam maior probabilidade de serem atendidos pelo SUS. Da mesma forma que o acesso à saúde no Brasil é diretamente proporcional à condição socioeconômica e ao local de residência do cidadão, as chances de acesso aos serviços de saúde são maiores conforme as condições econômicas locais e quanto mais desenvolvida for a região do país.

Assim, acredita-se que obter a visão do usuário que frequenta os serviços de APS, considerando a vulnerabilidade econômica e social dos territórios, possibilita identificar os arranjos necessários e condizentes para melhorar o acesso, criar políticas propícias e atender as necessidades dessa população mais vulnerável ao adoecimento.

Quanto às características relacionadas à acessibilidade geográfica e organizacional, observou-se de maneira geral que a maioria dos usuários gasta de 10 a 30 minutos para chegarem aos serviços de saúde e que consideram “muito fácil/fácil” chegar até lá. Grande parte das Unidades de Saúde funcionava de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e da tarde, possuindo horário fixo de funcionamento, divulgava este horário e conseguia atender as necessidades dos usuários com esta organização. Quando os usuários foram questionados sobre como eles gostariam que a Unidade de Saúde fosse organizada para facilitar seu atendimento, a grande maioria deles respondeu “que não facilitaria” para as possibilidades de atendimento apresentadas. A maioria das Unidades fazia marcação de consulta e pouco mais da metade poderia fazer esta marcação “indo até a Unidade e marcando o atendimento”. Quanto aos horários e dias para marcação de consulta, a maioria poderia ser feita “em

qualquer dia da semana, em qualquer horário”. Mais da metade dos usuários normalmente conseguiam marcar consulta para o mesmo dia e na maioria das vezes as consultas eram “por ordem de chegada”.

Novamente comparando as regiões brasileiras, trouxemos as principais características destacadas em cada região:

A região Sul apresentou as seguintes características facilitadoras do acesso: os maiores percentuais, apesar de pequenos, para o funcionamento das Unidades em três turnos (junto com o Sudeste e com o Norte), maior percentual para o uso do “telefone” como mecanismo de marcação de consulta, maiores percentuais de marcação de consulta realizadas “em qualquer dia em qualquer horário” (junto com Centro-oeste e Sudeste) e maiores percentuais para consultas com “hora marcada” (junto com o Sudeste). Também encontramos características não facilitadoras do acesso: maiores percentuais de organização mais restritiva para marcação de consulta como, por exemplo, “indo até a Unidade ficando na fila e talvez pegando ficha” (junto com Norte e Nordeste) e maiores percentuais de usuários que não conseguiam marcar consulta para o mesmo dia (junto com Sudeste).

Na região Sudeste observou-se as seguintes características facilitadoras do acesso: os maiores percentuais, apesar de pequenos, para o funcionamento das Unidades em três turnos (junto com o Sul e com o Norte), maior percentual para o uso do “agente comunitário” como mecanismo de marcação de consulta, maiores percentuais de marcação de consulta realizadas “em qualquer dia em qualquer horário” (junto com Centro-oeste e Sul) e maiores percentuais para consultas com “hora marcada” (junto com o Sul). Como característica não facilitadora do acesso observamos os maiores percentuais de usuários que não conseguiam marcar consulta para o mesmo dia (junto com Sul).

A região Nordeste apresentou a seguinte característica facilitadora do acesso: maior percentual de usuários que gastaram de 10 a 30 minutos para chegar até a Unidade. Como características não facilitadoras do acesso observamos: maior percentual de funcionamento das unidades em menos de 5 dias úteis, menores percentuais de unidades com horário fixo de funcionamento, divulgação desse horário e atendimento das necessidades dos usuários com seu horário de funcionamento (junto com o Norte), maiores percentuais de organização mais restritiva para marcação de consulta como, por exemplo, “indo até a Unidade ficando na fila e talvez pegando ficha” (junto com Norte e Sul), maiores percentuais para restrição de dias e horários para marcação de consulta (junto com o Norte) e menores percentuais para o uso do “telefone” como mecanismo de marcação de consulta (junto com Norte).

A região Norte apresentou a seguinte característica facilitadora do acesso: maiores percentuais, apesar de pequenos, para o funcionamento das Unidades em três turnos (juntamente com o Sudeste e com o Sul). Como características não facilitadoras do acesso observamos: maior percentual de usuários que gastaram mais que 40 minutos para chegarem à Unidade de Saúde, maior percentual de usuários que consideraram “difícil/muito difícil” chegar até ela, menores percentuais de unidades com horário fixo de funcionamento, divulgação desse horário e atendimento das necessidades dos usuários com seu horário de funcionamento (juntamente com o Nordeste), maiores percentuais de organização mais restritiva para marcação de consulta como, por exemplo, “indo até a Unidade ficando na fila e talvez pegando ficha” (junto com Sul e Nordeste), maiores percentuais para restrição de dias e horários para marcação de consulta (juntamente com o Nordeste) e menores percentuais para o uso do “telefone” como mecanismo de marcação de consulta (juntamente com Nordeste).

A região Centro-Oeste destacou-se pelas características facilitadoras do acesso: maior percentual para o mecanismo de marcação “indo até a unidade e marcando a consulta” e maior percentual de unidades que realizam marcação de consulta sem restrição de dias ou horários.

O fato do estudo ser de caráter nacional e envolver todos os municípios de pequeno porte que aderiram ao PMAQ, e por sua vez abranger 35.815 usuários na pesquisa, exprime de maneira cautelosa a realidade vivenciada na APS do nosso país em municípios de pequeno porte, pela visão dos usuários frequentadores desses serviços.

É oportuno lembrar os limites do estudo, tanto da utilização dos dados secundários quanto dos participantes envolvidos. Em relação ao banco de dados, o fato de utilizar dados secundários nos limita quanto à elaboração do questionário, a coleta e o tratamento dos mesmos terem sido realizados por terceiros e também pela existência de algumas respostas incomputáveis pela metodologia aplicada no estudo, situação corrigida com a exclusão das mesmas do banco de dados desta pesquisa.

Outro ponto a ser lembrado é que os dados primários da avaliação externa do PMAQ foram coletados mediante questionário aplicado dentro das unidades de saúde, o que pode gerar viés de respostas positivas, uma vez que os participantes podem ter se sentido incomodados e amedrontados em responder negativamente, com receio de prejudicar a continuidade do seu acesso.

Pode-se apontar ainda que a amostra de usuários apresenta limitações e viés de seleção, uma vez que não ocorreu de forma aleatória e fora dos serviços de saúde, o que pode também aumentar a positividade dos resultados. A população envolvida na pesquisa

encontrava-se dentro das Unidades de Saúde, portanto já tinham acesso a estes serviços. Por esse motivo os resultados encontrados não podem ser generalizados à realidade dos usuários que não conseguem acesso aos serviços de saúde, ficando subestimada a extensão da dificuldade no acesso.

Em linhas gerais, o presente estudo foi capaz de caracterizar o perfil do usuário presente nos serviços de APS de municípios de pequeno porte do Brasil e de suas regiões e também de descrever a partir da visão desses usuários as características relacionadas à acessibilidade geográfica e organizacional presentes nestes serviços em municípios de pequeno porte do Brasil e em suas regiões.

Os resultados apresentados revelam a importância de gestores e profissionais da saúde de organizarem os serviços de APS considerando realmente a percepção dos usuários de maneira a ampliar o acesso e a qualidade dos serviços em saúde oferecidos, diminuindo as barreiras de acessibilidade apontadas, organizando o atendimento oferecido, a maneira de marcação de consulta, a organização da agenda, entre outros, levando em consideração a realidade local, seus aspectos sociodemográficos, procurando atender as necessidades dos usuários e oferecer pleno acesso à APS no país.

Sugere-se, por fim, o desenvolvimento de novos estudos mais aprofundados e que envolvam os próximos ciclos do Programa, uma vez que o mesmo está em constante aperfeiçoamento, confirmando a prática da avaliação em saúde como importante ferramenta gestora.

Por conseguinte, vislumbra-se que estudar a percepção dos usuários, reais utilizadores dos serviços, permite identificar aspectos essenciais da APS que podem ser implementados, repensar sua organização e fornecer subsídios para gestores das três esferas governamentais e profissionais da saúde no tocante ao aprimoramento e à melhoria da qualidade do cuidado e do acesso à saúde, ratificando que a atenção primária deve estar calcada nas singularidades e fortalezas de cada realidade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p.182-194, 2014.
- ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38: p. 34-51, outubro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.
- ARRAES, A. K. M. et al. Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). **Revista Psicol.** Política, São Paulo, v. 12, nº 23: 71-85, janeiro de 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2012000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2016.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórica-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, 2010.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AYACH, C. **A visão do usuário sobre o serviço público odontológico e a autopercepção em saúde bucal**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2015.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, dezembro de 2010.
- BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 3: 903-910, junho de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.
- BASTOS, G. A. N.; FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 16, nº 1: p.114-124, março de 2013.
- BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** (online), v. 27, nº11: 2143-2154, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/08.pdf>>. Acesso em: 25 de outubro de 2013.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002, v. 7, n. 3, p. 401-412. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232002000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de outubro de 2013.

BRANDAO, A. L. R. B.B S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/12.pdf> >. Acesso em: 25 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Doutrina e Princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2ª edição, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde 2006**. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, v. 4, 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998 – 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 200p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção “Para entender a gestão do SUS”. Brasília: CONASS, 2011a, 534p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011d. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 10 de novembro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura do PSF**. Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Brasil, 2011e. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 23 de outubro de 2013.

BRASIL. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica – PMAQ**. Oficina BA. São Paulo, setembro 2011f. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/tmunicipal/pmaq-oficina-ba>>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 167 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você**: Acesso e qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo**. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica 2013-2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica – PMAQ**. V Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, Brasília, março de 2015c. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/comunidadepraticas/apresentao-pmaq-v-fngab-dirceu>>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pesquisa De Satisfação Do Usuário da Atenção Básica no Brasil (Versão**

preliminar). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMBOTA, J. N.; ROCHA, F. F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. **Pesquisa e planejamento econômico**, v. 45, n. 2, 2015.

CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 140–57, 2014. Número especial.

CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R. Modos de vida e acesso em duas favelas da Baixada Santista. In: ESCUDER, Maria M. L.; MONTEIRO, Paulo H. N.; PUPO, Ligia R. (Org.). **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008: 193-214.

CLARES, J. W. B., et al. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 604-9, 2011.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (online), v. 24, suppl.1: s7-s16, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 30 de outubro de 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A (org.). **Avaliação em Saúde dos Modelos Conceituais a Prática na Análise de Implantação de Programas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997: 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 705-711, 2006.

CORREIA, A. C. P, et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 451-7, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf> >. Acesso em: 25 de outubro de 2013.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abril de 2010.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 1115-8.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação da satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Suppl. 10: 303-12, 2005.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-76, 2006.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, nº especial: 13-33, outubro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.4, p. 595-603, 2009.

FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA et al. (Orgs.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1995: 177-84.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, março de 2007.

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

GOUVEIA, G. C. **Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro**. 2009, 189f. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2009.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, supl. 1: 109-118, 2005.

GOUVEIA, G. C., et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, nº 3: 281-296, setembro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2009000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

IBÁÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INCHAUSPE, J. A. F.; MOURA, G. M. S. S. Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 177-182, abril de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200177&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores Sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>>. Acesso em: 31 de janeiro de 2016.

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, junho de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902015000200556&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2016.

LEÃO E SILVA, L. O. et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, dezembro de 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25434>>. Acesso em: 20 de novembro de 2016.

LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais**. Brasília. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, 2013.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-36, 2014.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2016.

MATA, N. D. S. et al. O Amapá e sua diversidade cultural no cenário da Atenção Básica: um encontro com o PMAQ. *In*: FAUSTO, M. C. R; FONSECA, H. M. S. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2014: 145-165.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINGOTI, S. A. **Análise de Dados através de Métodos de Estatística Multivariada: Uma Abordagem Aplicada**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2005.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDAO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, março de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000100127&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

NEPOMUCENO, L. B. et al. Participação Social em Saúde: Contribuições da Psicologia Comunitária. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 1, p. 45-54, 2013.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H.; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 248-255, 2011.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008: 547-573.

PAIVA, M., B. P. **Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro, 2013.

PALERMO, P. U. **Um estudo sobre a desigualdade no acesso à saúde na região Sul**. 2005. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

PAULINO, G. V. **Implantação de Núcleo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária na Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes - PE**. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012paulino-gv.pdf>>. Acesso em: 1º de novembro de 2013.

PELLENSE, M. C. S. **Satisfação dos usuários e a qualidade da atenção primária à saúde no Rio Grande do Norte**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.4, p. 687-707, 2002.

PINTO, H. A.; SOUZA A. N. A.; FERLA A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, outubro de 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

PROTASIO, A. P. L. **Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB**. 2014. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Exatas e da Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.

RIBEIRO, M. C. S. A., et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.

RIBEIRO, J. P. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 3, abril de 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29436>>. Acesso em: 1º de dezembro de 2016.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-724, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30985.pdf>>. Acesso em: 25 de outubro de 2013.

SANTIAGO, R. F., et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SAS Institute Inc. 2011. **What's New in SAS@9.2**. NC: SAS Institute Inc.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Rev. Bras. Med. Fam. e Comum**. Florianópolis, v. 5, nº 17: 3-5, 2010.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo Assistencial e indicadores de Qualidade na assistência: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, junho de 2010.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SIQUEIRA, L. N. **Desigualdade social e acesso à saúde no Brasil**. 2011. Monografia (Especialização em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

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

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, setembro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300869&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de novembro de 2016.

TONHÁ, A. C. M., et al. Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 238-46, junho de 2015.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, p. 365-73, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2: S190-S198, 2004.

TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, dez 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro de 2016.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, v. 3, p. 17-25, 1991.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, fev 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de novembro de 2016.

VIDAL, T. B. **Acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde**. 2013. 86 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, mar 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000100100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de novembro de 2016.

WEISS, G. L. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. **Med Care**, v. 26, p. 383-92, 1998.

ZHANG, X.; YU, P.; YAN, J. Patients' adoption of the e-appointment scheduling service: a case study in primary healthcare. **Stud. Health Technol. Inform.**, 204, p. 176-181, 2014.

ZHANG, X., et al. Using diffusion of innovation theory to understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health innovations: a case study in a primary care clinic. **BMC health services research**, v. 15, n. 1, p. 71, 2015.

ANEXO A
Dicionário das Variáveis

Código de variável	Respostas múltiplas	Descrição	Categorias	
			Código	Descrição
III.3.1	-	Sexo. Se FEMININO, abrir bloco III.12.	1	Masculino
			2	Feminino
III.3.2	-	Qual é a Idade do(a) senhor(a)?	—	Anos
III.3.3	-	Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?	1	Branca
			2	Preta
			3	Amarela
			4	Parda/mestiça
			5	Indígena
			6	Ignorada
			999	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.3.4	-	Até quando o(a) senhor(a) estudou?	1	Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
			2	É alfabetizado (sabe ler e escrever)
			3	Ensino fundamental incompleto
			4	Ensino fundamental completo
			5	Ensino médio incompleto
			6	Ensino médio completo
			7	Ensino superior incompleto
			8	Ensino superior completo
			9	Pós-graduação

			10	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.3.5.0	-	O senhor trabalha? Se NÃO, passar para o bloco I.4.	1	Sim
			2	Não
III.3.5	-	O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado? Se NÃO, passar para o bloco I.4.	1	Sim
			2	Não
III.3.6	-	Qual o valor?	1	Menos de 1 salário mínimo
			2	De 1 a 3 salários mínimos
			3	De 4 a 6 salários mínimos
			4	De 7 a 9 salários mínimos
			5	Mais de 10 salários mínimos
III.5 - Acesso aos serviços de saúde				
III.5.1	-	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?	1	10 minutos
			2	20 minutos
			3	30 minutos
			4	40 minutos
			5	50 minutos
			6	60 minutos
			7	70 minutos
			8	80 minutos
			9	90 minutos
			10	100 minutos
			11	110 minutos
			12	120 minutos
			13	130 minutos
			14	140 minutos
			15	150 minutos
			16	160 minutos

			17	170 minutos	
			18	180 minutos	
			19	190 minutos	
			20	200 minutos	
			21	210 minutos	
			22	220 minutos	
			23	230 minutos	
			24	240 minutos	
			25	Mais de 240 minutos	
			999	Não sabe/não respondeu/não lembra	
III.5.2	-	Chegar até essa unidade de saúde é:	1	Muito fácil	
			2	Fácil	
			3	Razoável	
			4	Difícil	
			5	Muito difícil	
III.5.3	A unidade de saúde funciona em quais dias na semana?	III.5.3 .1	Segunda	1	Sim
				2	Não
		III.5.3 .2	Terça	1	Sim
				2	Não
		III.5.3 .3	Quarta	1	Sim
				2	Não
		III.5.3 .4	Quinta	1	Sim
				2	Não
		III.5.3 .5	Sexta	1	Sim
				2	Não
		III.5.3 .6	Sábado (exceto em campanha de vacinação)	1	Sim
				2	Não
		III.5.3 .7	Domingo (exceto em campanha de vacinação)	1	Sim

				2	Não
III.5.4	Em que horário a unidade funciona?	III.5.4.1	Manhã	1	Sim
				2	Não
		III.5.4.2	Tarde	1	Sim
				2	Não
		III.5.4.3	Noite	1	Sim
				2	Não
III.5.5	-		A equipe divulga o horário que a unidade funciona?	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
III.5.6.0	-		A unidade possui horário fixo de funcionamento? Se NÃO, NÃO SABE/NÃO RESPONDEU passar para a questão III.5.7.	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.5.7	-		O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
III.5.8	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse:	III.5.8.1	Mais cedo pela manhã	1	Sim
				2	Não
		III.5.8.2	À tarde até às 18 horas	1	Sim
				2	Não
		III.5.8.3	À noite	1	Sim
				2	Não
		III.5.8.4	Aos sábados	1	Sim
				2	Não
		III.5.8.5	No horário de almoço	1	Sim
				2	Não
		III.5.8.6	Domingo	1	Sim
				2	Não

				2	Não
III.6 - Marcação de consulta(s) na unidade de saúde					
III.6.0	-		Essa unidade de saúde faz marcação de consulta? Se NÃO, passar para a questão III.6.2.	1	Sim
				2	Não
III.6.1	Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde?	III.6.1.1	Marca por telefone	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		III.6.1.2	Marca pela internet	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		III.6.1.3	Vai à unidade e marca o atendimento	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		III.6.1.4	Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		III.6.1.5	Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		III.6.1.6	O agente comunitário de saúde marca a consulta	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		III.6.1.7	Outro(s)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		III.6.1.8	Não sabe/não respondeu/não lembra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica

III.6.2	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente pode ser feita:	III.6.2.1	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
		III.6.2.2	Em qualquer dia da semana, em horários específicos	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
		III.6.2.3	Dias específicos fixos, em qualquer horário	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
		III.6.2.4	Dias específicos fixos, em horários específicos	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
		III.6.2.5	Outro(s)	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
III.6.3	-		Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.6.4	-		Na maioria das vezes, quando o senhor consegue marcar a consulta, sua consulta é:	1	Com hora marcada
				2	Em horários ou turnos definidos do dia
				3	Por ordem de chegada
				4	Encaixe
				5	Outro(s)