

# Qualidade do cuidado na Atenção Básica no Brasil: a visão dos usuários

*Quality of Primary Health Care in Brazil: patients' view*

*Calidad del cuidado en la Atención Básica en Brasil: la visión de los usuarios*

Daniela Cristina Moreira Marculino de Figueiredo<sup>1</sup>, Helena Eri Shimizu<sup>1</sup>, Walter Massa Ramalho<sup>1</sup>,  
Alexandre Medeiros de Figueiredo<sup>II</sup>, Kerle Dayana Tavares de Lucena<sup>III</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceio-AL, Brasil.

## Como citar este artigo:

Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM, Figueiredo AM, Lucena KDT. Quality of Primary Health Care in Brazil: patients' view. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2713-9. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0656>

Submissão: 27-09-2017

Aprovação: 25-05-2018

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever a avaliação dos usuários que participaram do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica quanto à atenção integral, ao vínculo e à coordenação do cuidado nas macrorregiões do país. **Método:** Estudo descritivo, transversal, a partir de entrevista com 65.391 usuários da Atenção Básica, em 3.944 municípios, referente à utilização dos serviços de saúde. **Resultados:** Os profissionais buscam resolver os problemas dos usuários na própria unidade (73,1%), mas com atenção voltada principalmente para o escopo da consulta (65,6%) e oferta de cuidado distante da realidade da população (69,4%). Foram referidas dificuldades no resgate da história clínica (50,3%) e no cuidado realizado em outros serviços de saúde (29,2%). **Conclusão:** A atenção integral, o vínculo e a coordenação do cuidado são ainda desafios para a Atenção Básica no país, exigindo reflexões sobre a implantação de políticas nacionais, sobretudo considerando as diversidades regionais do Brasil.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Política de Saúde; Saúde Pública; Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the evaluation of patients that participated in the National Program for Improving the Access and Quality in Primary Health Care (*Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica*) for the comprehensive healthcare, the bond and the coordination of care in the country's macro-regions. **Method:** A descriptive, transversal study, from interviews with 65,391 patients of Primary Health Care, in 3,944 municipalities regarding the use of health services. **Results:** The professionals seek to solve the patients' problems in their unit (73.1%) but focused mainly on the scope of the appointment (65.6%) and offering care away from the population's reality (69.4%). Difficulties in the rescue of clinical history were referred (50.3%) and in the care performed in other health services (29.2%). **Conclusion:** The comprehensive health care, the bond and the coordination of care remain challenges to the Primary Health Care in the country, requiring reflections on the implementation of national policies, especially considering the regional diversities in Brazil.

**Descriptors:** Primary Health Care; Health Care Quality; Access, and Evaluation; Health Policy; Public Health; Health Services Research.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la evaluación de los usuarios que participaron del *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica* en cuanto a la atención integral, al vínculo y a la coordinación del cuidado en las macro regiones del país. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, a partir de entrevistas con 65.391 usuarios de la Atención Básica, en 3.944 municipios, referente a la utilización de los servicios de salud. **Resultados:** Los profesionales buscan resolver los problemas de los usuarios en la propia unidad (73,1%), pero con atención orientada principalmente al alcance de la consulta (65,6%) y a la oferta de cuidado distante de la realidad de la población (69,4%). Se observaron dificultades en el rescate de la historia clínica (50,3%) y en el cuidado realizado en otros servicios de salud (29,2%). **Conclusión:** La atención integral, el vínculo y la

coordinación del cuidado son aún desafíos para la Atención Básica en el país, exigiendo reflexiones sobre la implantación de políticas nacionales, sobre todo considerando las diversidades regionales de Brasil.

**Descritores:** Atención Primaria de Salud; Evaluación en Salud; Política de Salud; Salud Pública; Investigación en Servicios de Salud.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Helena Eri Shimizu E-mail: shimizu@unb.br

## INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) resultam em melhor qualidade da atenção e mais eficiência nos projetos terapêuticos de cuidado a menores custos. Além disso, tais sistemas produzem mais oportunidades de acesso da população aos cuidados apropriados e maior satisfação com a atenção recebida<sup>(1-5)</sup>. Observaram-se também redução nos anos potenciais de vida perdidos e melhores resultados sanitários para as populações mais pobres, decorrentes da gestão precoce dos problemas de saúde e da qualificação dos encaminhamentos à atenção secundária ou outros níveis de atenção<sup>(2,5)</sup>.

No Brasil, a APS passa a ser designada como Atenção Básica (AB), de modo a destacar o modelo de reorientação assistencial, baseado em um sistema universal de saúde. A partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a AB se expande, com aumento no número de equipes de saúde da família de 3.062, em 1998, para 26.364, em 2006, e com redução da razão habitante por equipe de saúde de 52.838 para 7.084 no mesmo período. Em 2013, a ESF cobria 56,37% da população brasileira, com um total de 34.715 equipes implantadas<sup>(6)</sup>.

Com isso, estudos apontam melhorias em alguns indicadores de saúde, a exemplo da redução na mortalidade infantil (de 53,7 mortes por mil nascidos vivos em 1990, para 13,82 em 2015, segundo a Organização das Nações Unidas, em relação aos objetivos do milênio) e nas taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em 17%<sup>(7-8)</sup>, uma vez que a expansão da APS busca ampliar o acesso da população aos cuidados preventivos apropriados e aos projetos terapêuticos mais eficientes e aplicáveis.

Para tanto, a APS deve garantir os seus principais atributos: o acesso de primeiro contato, que trata da acessibilidade e da utilização do serviço a cada novo problema ou episódio de um mesmo problema de saúde; a coordenação do cuidado, que envolve a integração entre os níveis do sistema de saúde e o seguimento ou continuidade do cuidado<sup>(9)</sup>; a integralidade, que se refere à oferta completa de serviços<sup>(10)</sup>; e a longitudinalidade, que implica na existência de uma fonte regular de atenção, mantida ao longo do tempo<sup>(11)</sup>.

Nas últimas décadas foram desenvolvidos diversos métodos de avaliação da APS no Brasil e no mundo, apontando as potencialidades de estratégias de avaliação como dispositivos de qualificação de serviços. Na perspectiva de induzir mudanças na melhoria do acesso e da qualidade da AB, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>(2,12)</sup>, alinhado aos objetivos e desafios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O PMAQ-AB, enquanto instrumento de avaliação de abrangência nacional, analisou diversos aspectos fundamentais para

a qualificação da AB, especialmente relacionados à qualidade do cuidado e com a participação dos usuários. A avaliação dos usuários quanto à qualidade da atenção é considerada um dos legados mais ricos do programa<sup>(13)</sup>. Nesse sentido, os dados do PMAQ-AB podem mostrar diversos aspectos da oferta do cuidado, especialmente a forma como os serviços/profissionais têm se relacionado com os usuários.

Este estudo trata de dados primários de importante amostra da população usuária da AB no Brasil, podendo oferecer subsídios para análise da política e ajudar a Enfermagem a refletir sobre a maneira como tem se estruturado para ofertar o cuidado.

## OBJETIVO

Descrever a avaliação dos usuários que participaram do PMAQ-AB em 2012 no que tange a atenção integral, vínculo e coordenação do cuidado, segundo as macrorregiões do país.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo utilizou dados secundários de domínio público disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, que não identifica os seus participantes, portanto, não houve obrigatoriedade de parecer do comitê de ética.

### Desenho, local de estudo e período

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, transversal, descritivo, com dados secundários da etapa de avaliação externa PMAQ-AB realizada no ano de 2012. Participaram 65.391 usuários, vinculados às equipes de AB, em 70% (n = 3.944) dos municípios brasileiros.

O estudo contou com equipes vinculadas à ESF e equipes de AB tradicionais, sendo a maior participação de equipes de ESF: 16.643 equipes (1.022 na região Norte, 5.346 na região Nordeste, 1.060 na região Centro-Oeste, 6.355 na região Sudeste e 2.860 na região Sul). A distribuição regional dos usuários participantes foi: 3.728 na região Norte, 21.556, na região Nordeste, 4.337 na região Centro-Oeste, 25.406 na região Sudeste e 10.364, na região Sul.

Para este estudo foram selecionadas variáveis do módulo III, referente à entrevista com usuários na Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto à sua experiência na utilização dos serviços de saúde. O módulo III conta com variáveis divididas em blocos que vão da identificação do usuário a questões específicas aos ciclos de vida e questões gerais relacionadas ao cuidado, à atenção, à ambiência e à satisfação.

Para este estudo foram selecionadas quatro variáveis referentes à caracterização sociodemográfica e econômica da população estudada: gênero, idade, raça/cor e renda.

Além disso, foram definidas e selecionadas as variáveis relacionadas à análise da atenção integral<sup>(14)</sup>, ao vínculo<sup>(11,15)</sup> e à coordenação do cuidado<sup>(1)</sup>:

- *atenção integral*: capacidade da equipe em tentar resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde; abordagem por parte da equipe de outras necessidades além das que motivaram a busca pela consulta; e oferta da equipe de soluções de cuidado adequadas à realidade;
- *vínculo*: atendimento realizado pelo mesmo médico; atendimento realizado pelo mesmo enfermeiro; memória das consultas anteriores; e facilidade de falar com os profissionais de saúde que atenderam o usuário sobre as dúvidas, após as consultas;
- *coordenação do cuidado*: retorno do usuário à consulta de AB após atendimento em outros serviços e acesso oportuno aos resultados dos exames que chegam à UBS.

Para análise dos dados deste estudo, foram agregadas as respostas “sempre”, “na maioria das vezes”, “quase nunca” e “nunca”.

### População, critérios de inclusão e exclusão

O estudo contou com o universo de usuários registrados no banco de dados do PMAQ-AB, por amostra de conveniência. Os dados foram coletados em todas as regiões do Brasil. Os critérios de inclusão foram: usuários dos serviços de AB no Brasil, maiores de 18 anos de idade, que não passaram por consulta ou atendimento antes da entrevista, que foram atendidos anteriormente na UBS pela equipe (não sendo aplicado o questionário se aquele fosse o primeiro momento com a equipe) e que foram atendidos na unidade pelo menos uma vez nos últimos doze meses.

### Análise dos resultados e estatística

Para a análise dos resultados, realizaram-se comparações proporcionais das respostas das variáveis dos questionários, tendo como recorte as cinco regiões brasileiras. Os dados foram armazenados

e organizados em uma planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2010 para Windows®. Para os cálculos dos intervalos de confiança das proporções, utilizou-se uma significância de 0,05.

## RESULTADOS

A população estudada é predominantemente feminina (n = 50.791; 77,7%), com idade média de 49,3 anos. Quanto a raça/cor, observou-se maior percentual das pardo-mestiças (n = 29.311; 45,2%). A renda familiar média dos entrevistados era de 1,93 salários mínimos para o ano de 2012 (R\$ 1.163,1), conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição das características demográficas (gênero, idade e raça/cor) e econômicas (renda) da população estudada, Brasil, 2012

Variável	Brasil n (%)	IC95%
Gênero*		
Masculino	14.600 (22,3)	22 – 22,6
Feminino	50.791 (77,7)	77,4 – 78
Idade (média em anos) *	49,3	49,1 – 49,5
Renda mensal da família (R\$) *	1.163,1	1159,4 – 1166,7
Raça/cor**		
Branca	25.164 (38,8)	38,5 – 39,2
Preta	7.966 (12,3)	12 – 12,5
Amarela	1.735 (2,7)	2,6 – 2,8
Parda/mestiça	29.311 (45,2)	44,9 – 45,6
Indígena	616 (1)	0,9 – 1

Nota: os resultados expressam a frequência e o percentual de participantes. IC95%: intervalo de 95% de confiança; \* número de usuários entrevistados = 65.391; \*\* usuários que não sabem/não responderam = 599. Usuários que responderam quanto a raça/cor = 64.792.

**Tabela 2** – Distribuição das respostas dos usuários da Atenção Básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica quanto às variáveis relacionadas à Atenção Integral, Brasil e regiões, 2012

Variável	Norte n (%) [IC95%]	Nordeste n (%) [IC95%]	Sudeste n (%) [IC95%]	Sul n (%) [IC95%]	Centro-Oeste n (%) [IC95%]	Brasil n (%) [IC95%]
Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?*						
Sim	2.556 (69.3) [67.8 – 70.8]	15.077 (70.5) [69.9 – 71.1]	18.783 (74.5) [74 – 75.1]	7.914 (77) [76.2 – 77.9]	3.061 (71.2) [69.8 – 72.5]	47.391 (73.1) [72.7 – 73.4]
Sim, algumas vezes	786 (21.3) [20 – 22.6]	4.947 (23.1) [22.6 – 23.7]	4.714 (18.7) [18.2 – 19.2]	1.945 (18.9) [18.2 – 19.7]	908 (21.1) [19.9 – 22.3]	13.300 (20.5) [20.2 – 20.8]
Nunca	346 (9.4) [8.4 – 10.3]	1.371 (6.4) [6.1 – 6.7]	1.702 (6.8) [6.4 – 7.1]	414 (4) [3.6 – 4.4]	333 (7.7) [6.9 – 8.5]	4.166 (6.4) [6.2 – 6.6]
Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o(a) senhor(a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?*						
Sempre/Na maioria das vezes	2103 (57.6) [56.0 – 59.2]	13.459 (63.4) [62.7 – 64.0]	17.620 (70.3) [69.8 – 70.9]	6.458 (63.3) [62.4 – 64.2]	2.615 (61.6) [60.1 – 63.1]	42.255 (65.6) [65.3 – 66.0]
Quase nunca/Nunca	1546 (42.4) [40.8 – 44.0]	7.770 (36.6) [36.0 – 37.3]	7.433 (29.7) [29.1 – 30.2]	3.744 (36.7) [35.8 – 37.6]	1.630 (38.4) [36.9 – 39.9]	22.123 (34.4) [34.0 – 34.7]

Continua

Tabela 2 (cont.)

Variável	Norte n (%) [IC95%]	Nordeste n (%) [IC95%]	Sudeste n (%) [IC95%]	Sul n (%) [IC95%]	Centro-Oeste n (%) [IC95%]	Brasil n (%) [IC95%]
Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?***						
Sempre/Na maioria das vezes	2.119 (60.1) [58.5 – 61.8]	13.892 (66.6) [66.0 – 67.3]	17.778 (72.4) [71.8 – 72.9]	7.328 (73.1) [72.2 – 74.0]	2.691 (64.0) [62.5 – 65.4]	43.808 (69.4) [69.0 – 69.7]
Quase nunca/ Nunca	1404 (39.9) [38.2 – 41.5]	6957 (33.4) [32.7 – 34.0]	6.785 (27.6) [27.1 – 28.2]	2.694 (26.9) [26.0 – 27.8]	1.516 (36.0) [34.6 – 37.5]	19.356 (30.6) [30.3 – 31.0]

Nota: os resultados expressam a frequência e o percentual de participantes; IC95%: intervalo de 95% de confiança; \*N = 64.857 (99,2% do total de usuários entrevistados); \*\*N = 64.378 (98,5% do total de usuários entrevistados); \*\*\*N = 63.164 (96,6% do total de usuários entrevistados).

As variáveis que tratam da atenção integral, apresentadas na Tabela 2, demonstram que, para a população estudada, a equipe de AB busca resolver as suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde, resultado que se apresentou de modo semelhante nas diversas regiões.

Foram observadas diferenças regionais, relacionadas às variáveis que tratam da abordagem às demais necessidades de saúde para além do motivo da consulta e quanto à oferta de soluções adequadas à realidade dos usuários. As regiões Sudeste (70,3%) e Norte (57,3%) do Brasil apresentaram extremos nas frequências para essas variáveis. Quanto às sugestões de

soluções adequadas à realidade, observa-se destaque para a região Sul (73,1%) e para a região Norte (60,1%).

Conforme demonstra a Tabela 3, a população estudada refere ser atendida sempre ou na maioria das vezes pelo mesmo médico e enfermeiro, ainda que observadas diferenças regionais. Contudo, observa-se percentual importante de usuários que afirmam que o profissional de saúde não se lembra do que aconteceu nas últimas consultas, sobretudo entre entrevistados da região Norte (41,5%). Verifica-se dificuldade para acessar a equipe de saúde para tirar dúvidas após as consultas, também com diferenças regionais importantes, sobretudo comparando a região Sudeste (48%) e Norte (38%).

**Tabela 3** – Distribuição das respostas dos usuários da Atenção Básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica quanto às variáveis relacionadas ao vínculo, Brasil e regiões, 2012

Variável	Norte n (%) [IC95%]	Nordeste n (%) [IC95%]	Sudeste n (%) [IC95%]	Sul n (%) [IC95%]	Centro-Oeste n (%) [IC95%]	Brasil n (%) [IC95%]
Nessa unidade o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico?*						
Sempre/Na maioria das vezes	2.707 (73.0) [71.6 – 74.4]	17.656 (83.6) [83.1 – 84.1]	21.373 (84.7) [84.3 – 85.2]	8.387 (81.4) [80.6 – 82.1]	3.635 (84.5) [83.4 – 85.5]	53.758 (83.1) [82.9 – 83.4]
Quase nunca/ Nunca	1.000 (27.0) [25.6 – 28.4]	3.460 (16.4) [15.9 – 16.9]	3.855 (15.3) [14.8 – 15.7]	1.917 (18.6) [17.9 – 19.4]	668 (15.5) [14.5 – 16.6]	10.900 (16.9) [16.6 – 17.1]
Nesta unidade o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo enfermeiro?***						
Sempre/Na maioria das vezes	2.765 (76.2) [74.8 – 77.6]	17.640 (87.8) [87.3 – 88.3]	18.450 (77.2) [76.6 – 77.7]	7047 (71.4) [70.5 – 72.3]	3.327 (82.4) [81.2 – 83.5]	49.229 (80.0) [79.7 – 80.3]
Quase nunca/ Nunca	862 (23.8) [22.4 – 25.2]	2.449 (12.2) [11.7 – 12.7]	5.455 (22.8) [22.3 – 23.4]	2.826 (28.6) [27.7 – 29.5]	711 (17.6) [16.5 – 18.8]	12.303 (20.0) [19.7 – 20.3]
Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?***						
Sim	1.600 (44.2) [42.6 – 45.8]	9.781 (47.5) [46.8 – 48.2]	13.200 (54.3) [53.7 – 54.9]	4.949 (50.2) [49.2 – 51.2]	1.918 (46.4) [44.9 – 47.9]	31.448 (50.3) [49.9 – 50.7]
Sim, algumas vezes	518 (14.3) [13.2 – 15.5]	3.535 (17.2) [16.7 – 17.7]	3.869 (15.9) [15.5 – 16.4]	1.836 (18.6) [17.9 – 19.4]	596 (14.4) [13.3 – 15.5]	10.354 (16.6) [16.3 – 16.9]
Não	1.501 (41.5) [39.9 – 43.1]	7.270 (35.3) [34.7 – 36]	7.230 (29.8) [29.2 – 30.3]	3.073 (31.2) [30.3 – 32.1]	1.622 (39.2) [37.7 – 40.7]	20.696 (33.1) [32.7 – 33.5]
Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?****						
Sempre/Na maioria das vezes	1.395 (38) [36,4 – 39,5]	9.939 (46,4) [45,8 – 47,1]	12.115 (48) [47,4 – 48,6]	4.790 (46,5) [45,5 – 47,5]	1.673 (38,9) [37,4 – 40,4]	29.912 (46,1) [45,7 – 46,5]
Nunca	461 (12,5) [11,5 – 13,6]	1.973 (9,2) [8,8 – 9,6]	2.270 (9) [8,6 – 9,4]	956 (9,3) [8,7 – 9,8]	388 (9) [8,2 – 9,9]	6.048 (9,3) [9,1 – 9,5]
Não precisou tirar dúvidas	1.044 (28,4) [27 – 29,9]	5.828 (27,2) [26,6 – 27,8]	6.557 (26) [25,5 – 26,5]	2.659 (25,8) [25 – 26,7]	1.540 (35,8) [34,4 – 37,2]	17.628 (27,2) [26,8 – 27,5]

Nota: os resultados expressam a frequência e o percentual de participantes; IC95%: intervalo de 95% de confiança; \*N = 64.658 (98,9% do total de usuários entrevistados); \*\*N = 61.532 (94,1% do total de usuários entrevistados); \*\*\*N = 62.498 (95,6% do total de usuários entrevistados); \*\*\*\*N = 64.895 (99,2% do total de usuários entrevistados).

**Tabela 4** – Distribuição das respostas dos usuários da Atenção Básica participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica quanto às variáveis relacionadas à coordenação do cuidado, Brasil e regiões, 2012

Variável	Norte n (%) [IC95%]	Nordeste n (%) [IC95%]	Sudeste n (%) [IC95%]	Sul n (%) [IC95%]	Centro-Oeste n (%) [IC95%]	Brasil n (%) [IC95%]
Depois que o(a) senhor(a) foi atendido(a) por outros profissionais fora desta unidade de saúde, a equipe conversou com o(a) senhor(a) sobre este atendimento?*						
Sim	796 (21.4) [20.1 – 22.7]	5.560 (25.9) [25.3 – 26.4]	8.341 (32.9) [32.3 – 33.5]	3.375 (32.7) [31.8 – 33.6]	1.006 (23.3) [22 – 24.5]	19.078 (29.2) [28.9 – 29.6]
Sim, algumas vezes	310 (8.3) [7.4 – 9.2]	1.983 (9.2) [8.8 – 9.6]	2.380 (9.4) [9 – 9.7]	1.208 (11.7) [11.1 – 12.3]	318 (7.4) [6.6 – 8.1]	6.199 (9.5) [9.3 – 9.7]
Nunca	1.309 (35.2) [33.6 – 36.7]	7.202 (33.5) [32.9 – 34.1]	8.645 (34.1) [33.5 – 34.7]	3.578 (34.6) [33.7 – 35.5]	1.432 (33.1) [31.7 – 34.5]	22.166 (34) [33.6 – 34.3]
O (a) senhor (a) encontra facilidade para saber dos resultados dos seus exames que chegam nesta unidade de saúde?***						
Sim	2.200 (59.1) [57.5 – 60.7]	12.399 (57.7) [57 – 58.3]	18.095 (71.4) [70.8 – 71.9]	7.393 (71.5) [70.7 – 72.4]	2.852 (66) [64.5 – 67.4]	42.939 (65.8) [65.5 – 66.2]
Sim, algumas vezes	576 (15.5) [14.3 – 16.6]	3.988 (18.6) [18 – 19.1]	3.400 (13.4) [13 – 13.8]	1.449 (14) [13.4 – 14.7]	643 (14.9) [13.8 – 15.9]	10.056 (15.4) [15.1 – 15.7]
Nunca	946 (25.4) [24 – 26.8]	5.111 (23.8) [23.2 – 24.3]	3.857 (15.2) [14.8 – 15.7]	1.491 (14.4) [13.8 – 15.1]	829 (19.2) [18 – 20.3]	12.234 (18.8) [18.5 – 19.1]

Nota: os resultados expressam a frequência e o percentual de participantes; IC95%: intervalo de 95% de confiança; \*N = 47.443 (72,6% do total de usuários entrevistados) Não sabe/Não respondeu = 17.792 (27,2% do total de usuários entrevistados); \*\*\*N = 65.229 (99,8% do total de usuários entrevistados).

Por fim, as variáveis apresentadas na Tabela 4 demonstram as respostas dos usuários quanto ao seu retorno após encaminhamento para outros serviços de saúde e em relação ao acesso aos resultados dos exames que chegam à UBS.

Do total de entrevistados, 29,2% afirmam que após o atendimento fora da AB, a equipe conversou sobre a atenção prestada no outro serviço. Quanto à facilidade para saber dos resultados dos exames, 65,8% dos entrevistados responderam afirmativamente à pergunta; Sul e Sudeste foram as regiões onde houve mais repostas afirmativas, enquanto Nordeste e Norte foram as regiões onde as respostas afirmativas foram menos frequentes.

## DISCUSSÃO

A população prevalente no estudo é do sexo feminino e raça/cor parda, com idade média de 49,3 anos, perfil também observado em outros estudos que demonstram a procura mais expressiva das mulheres pelos serviços de saúde, sendo, contudo, as mulheres brancas que têm mais chances de utilizar os serviços de saúde em comparação às não brancas<sup>(2,16,17)</sup>. Uma justificativa para o perfil de busca aos serviços de AB é, muitas vezes, a organização das agendas dos serviços voltadas para as ofertas programáticas em detrimento das demandas espontâneas<sup>(2)</sup>.

A renda média declarada pelos usuários foi de R\$ 1.163,10, compatível com a renda nacional. Conforme estudo anterior sobre o uso de serviços de saúde no país<sup>(17)</sup>, pessoas empregadas no setor formal da economia, donas de casa e aposentados usam mais os serviços em comparação àquelas inseridas no mercado de trabalho informal, desempregadas ou estudantes<sup>(2)</sup>.

Em relação à atenção integral, os resultados do estudo revelaram que, para boa parte dos usuários, a equipe de saúde busca

resolver as necessidades/problemas dos usuários na própria unidade, o que é satisfatório, haja vista que a AB se propõe a responder por mais de 80% das necessidades de saúde de uma população e a ser a porta preferencial do sistema de saúde<sup>(2)</sup>.

Contudo, verificou-se número importante de usuários que afirmaram ser restrita a abordagem das questões que os levaram a buscar o serviço de saúde, não sendo analisadas, dialogadas ou percebidas questões que não são objeto da consulta<sup>(2)</sup>.

Esses resultados sugerem que as práticas dos profissionais de saúde podem estar centradas na queixa-conduta. Trata-se da influência do modelo médico hegemônico, com potencial para tornar o cuidado mais medicalizante, de alto custo e limitado do ponto de vista da autonomia do usuário<sup>(18)</sup> e do enfoque às necessidades psicossociais<sup>(19)</sup>. A atenção integral, essencial para o cuidado em saúde, requer a capacidade de apreender ao máximo as necessidades de saúde da população a partir da escuta e do diálogo entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários)<sup>(2,10)</sup>.

Ademais, a formação dos profissionais de saúde deve contemplar a abordagem e o cuidado às necessidades coletivas, considerando os fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. A prática do profissional de saúde deve ser maleável e sensível aos desafios do cotidiano e às experiências dos trabalhadores, usuários e famílias, além de permeada pelas relações interpessoais.

É necessário, ainda, que o sistema de saúde produza e facilite as conexões entre os diversos serviços da rede, com atenção centrada nos usuários, respondendo às suas necessidades, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais e atuando sobre os diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade<sup>(20)</sup>.

O estudo também revelou que, para número expressivo dos entrevistados, os profissionais da equipe de saúde não ofertam soluções de cuidado adequadas às suas realidades, e isso ocorre

principalmente na região Norte do país<sup>(2)</sup>. Quando as ofertas de cuidado não são condizentes ou estão distantes do contexto da pessoa que busca a atenção, observa-se um impacto negativo na resolutividade do cuidado<sup>(21)</sup>. Há ainda dificuldades, tanto na formação como na educação permanente dos profissionais, para aproximar a prática da realidade.

Em relação às estratégias dos serviços da AB para favorecer a longitudinalidade, que pressupõe a relação de vínculo entre os profissionais e usuários por meio da sequência da clínica terapêutica e dos contratos de cuidado estabelecidos<sup>(2,22)</sup>, verificou-se que um número significativo de entrevistados afirmou ser acompanhado pelo mesmo médico e mesmos enfermeiros, embora tenham alegado que, comumente, esses profissionais de saúde não se recordam do que ocorreu nas últimas consultas.

É evidente a necessidade dos serviços vincularem de modo mais estreito os usuários e os profissionais de saúde, possibilitando a corresponsabilização e o acompanhamento da evolução do quadro clínico, bem como permitindo ajustes de condutas, sempre que necessário, evitando a perda de referências e minimizando os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado<sup>(2,22)</sup>.

Diversos fatores são considerados obstáculos para o vínculo entre profissionais e usuários, dentre eles o problema da fixação de profissionais de saúde nos municípios<sup>(2,23)</sup>, a grande rotatividade ocasionada por fatores internos<sup>(2,24)</sup> (política salarial, política de benefícios, condições físico-ambientais de trabalho, entre outros) ou externos<sup>(2,24)</sup> (oportunidades de emprego no mercado de trabalho, planos de carreira mais atraentes, melhores condições de trabalho).

Em relação à coordenação do cuidado, constatou-se que é expressivo o número de usuários entrevistados que afirmaram ter dificuldade de conversar com os profissionais da AB após serem encaminhados para profissionais fora da unidade de saúde. Sendo a AB responsável por coordenar o cuidado, visando garantir a continuidade da atenção, é fundamental que esta possibilite o acesso dos usuários após encaminhamento a outro ponto da rede e aos resultados de seus exames. Contudo, estabelece-se uma barreira para o retorno do usuário ao profissional de saúde da UBS, sobretudo a partir da organização do trabalho das equipes, o que contribui para que a sequência do plano terapêutico seja comprometida<sup>(2)</sup>.

Desta feita, são diversos os desafios para que a coordenação do cuidado se consolide. Dentre eles, destaca-se a necessidade de reconhecimento institucional da AB como coordenadora e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a premência da mudança na organização do trabalho das equipes, a garantia

de legitimidade da sociedade e dos gestores e a inovação das práticas<sup>(2)</sup>.

Reconhece-se, ainda, a relevância dos resultados<sup>(25)</sup> do PMAQ-AB na orientação e indução de práticas de saúde voltadas à melhoria do acesso e da qualidade da AB, sobretudo quando comparamos o Brasil a outros países latino-americanos<sup>(26)</sup>, também com problemas no processo de fortalecimento da AB<sup>(27-28)</sup>.

### Limitações do estudo

Dentre as limitações deste estudo podemos citar o desenho, de corte transversal, e a amostragem por conveniência. Contudo, trata-se de estudo de abrangência nacional, contando amostra de usuários da AB.

### Contribuições para as áreas de enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados deste estudo contribuem para a enfermagem repensar o processo de trabalho da equipe de modo a ter como centralidade as necessidades dos usuários e a organização do serviço e do sistema de modo a AB assumir a coordenação do cuidado e da rede de atenção à saúde, formulando políticas públicas mais próximas das necessidades de saúde da população.

### CONCLUSÃO

Verificou-se que a atenção integral, o vínculo e a coordenação do cuidado são ainda desafios importantes para a APS no Brasil, que deve ser reconhecida de modo político e institucional como ponto da rede de atenção, capaz de dar respostas às necessidades e demandas da população, sendo lócus do cuidado integral e centro ordenador do sistema de saúde. As desigualdades regionais apontadas neste estudo são substanciais e demandam reflexões sobre a necessidade de compreender e singularizar a implantação de políticas nacionais a fim de garantir mais efetividade e reduzir iniquidades. Assim, são fundamentais estudos regionalizados, buscando compreender melhor esses eventos e suas justificativas, permitindo assim que sejam formuladas intervenções apropriadas para responder a estes problemas. Ainda com essas dificuldades, a AB prossegue sendo prioridade para o Brasil, fortalecida por diversos programas e estratégias para sua melhoria, entre eles o PMAQ-AB.

### AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram para a realização do estudo, embora não o assinem como autores.

---

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde. Brasília; 2002. 1-710 p.
2. Figueiredo DCMM. Atenção Básica: análise da utilização pelos usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil [Dissertação]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2016.
3. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med* [Internet]. 2015[cited 2017 Sep 21];372:2177-81. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140#t=article>

4. Speroni AV, Menezes RA. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 21];22(4):380–5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n4/1414-462X-cadsc-22-04-00380.pdf>
5. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde[Internet]. Brasília: CONASS; 2015[cited 2017 Sep 21]. 193p. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde[Internet]. 2013[cited 2018 Mar 04]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/rede-assistencial>.
7. Ceccon RF, Meneghel SN, Viécili PRN. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. *Rev Bras Epidemiol*[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 21];17(4):968–77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/1415-790X-rbepid-17-04-00968.pdf>
8. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Reduction of Ambulatory Care Sensitive conditions in Brazil between 1998 and 2009. *Rev Saúde Publ*[Internet]. 2012[cited 2017 Sep 21];46(2):1–7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en\\_3709.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en_3709.pdf)
9. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc Saude Colet*[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 21];19(2):343–52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>
10. Ayres J, Carvalho Y, Nasser M, Saltão R, Mendes V. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary healthcare. *Interface Comun Saúde Educ*[Internet]. 2012[cited 2017 Sep 21];16(40):67–81. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/en\\_aop2212.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/en_aop2212.pdf)
11. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saude Colet*[Internet]. 2011[cited 2017 Sep 21];16:1029–42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>
12. Brasil. Portaria N. 1.654 de 19 de julho de 2011[Internet]. 2011[cited 2017 Sep 21]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654\\_19\\_07\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf)
13. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 21];38(N.Spec):358–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>
14. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saúde*[Internet]. 2014[cited 2018 Mar 26];13(3):556-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i3.19661>
15. Storino LP, Souza KV, Silva KL. Men´s health needs in primary care: user embracement and forming links with users as strengtheners of comprehensive health care. *Esc Anna Nery*[Internet]. 2013[cited 2017 Sep 21];17(4):638–45. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en\\_1414-8145-ean-17-04-0638.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0638.pdf)
16. Assis MMA, Jesus LWA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saude Colet*[Internet] 2012[cited 2017 Sep 21];17(11):2865–75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>
17. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saude Colet*[Internet]. 2015[cited 2017 Sep 21];20(6):1869–78. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en\\_1413-8123-csc-20-06-1869.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1869.pdf)
18. Goicolea I, Aguiló E, Madrid J. ¿Es posible una atención primaria amigable para las/los jóvenes en España? *Gac Sanit*[Internet]. 2015[cited 2017 Sep 21];29(4):241–3. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv29n4/editorial.pdf>
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64.
20. Dowbor TP, Westphal MF. Social determinants of health and the Brazilian Family Health Care Program in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2013[cited 2017 Sep 21];47(4):781–90. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/en\\_0034-8910-rsp-47-04-0781.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/en_0034-8910-rsp-47-04-0781.pdf)
21. Yoshida VC, Andrade MGG. O cuidado à Saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. *Interface Comun Saúde Educ*[Internet]. 2016[cited 2017 Sep 21];20(58):597–610. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150611.pdf>
22. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis*[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 21];24(1):127–46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00127.pdf>
23. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*[Internet]. 2017[cited 2017 Sep 21];95:103–12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327934/>
24. Valentina C, Campos DA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*[Internet]. 2008[cited 2017 Sep 21];42(2):347–68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rav/v42n2/07.pdf>

25. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Saúde Debate*[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 21];51:105–20. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
  26. Giovannella L, Almeida PF, Romero RV, Oliveira S, Silva HT. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde Debate*[Internet]. 2015[cited 2017 Sep 21];39(105):300–23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>
  27. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chil*[Internet]. 2016[cited 2017 Sep 21];144(5):585–92. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art05.pdf>
  28. Anderson MIP, Moral M, Segura MC, Martin TM, Minué S, Donato R, et al. Health Quality Assessment in Family Medicine and Primary Care in Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comun*[Internet]. 2016[cited 2017 Sep 21];11(Suppl 2):26–36. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/1389/803>
-