

SILVIA HELENA SAUAIA BIANCHINI

**PAGAMENTO POR *PERFORMANCE*: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS
DO PMAQ E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
À SAÚDE NO BRASIL**

SÃO PAULO

2020

SILVIA HELENA SAUAIA BIANCHINI

**PAGAMENTO POR *PERFORMANCE*: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS
DO PMAQ E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
À SAÚDE NO BRASIL**

Versão Original

Dissertação apresentada à Escola Politécnica da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Engenharia de Produção

Orientador: Prof. Dr. Fernando Tobal Berssaneti

Co-orientadora: Profa. Dra. Linda Lee Ho

SÃO PAULO

2020

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-na-publicação

Bianchini, Sílvia Helena Sauaia
PAGAMENTO POR PERFORMANCE: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS
DO PMAQ E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
NO BRASIL / S. H. S. Bianchini -- São Paulo, 2020.
116 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola Politécnica da Universidade de São
Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1. Qualidade em saúde 2. Remuneração por performance 3. Pagamento
por desempenho I. Universidade de São Paulo. Escola Politécnica.
Departamento de Engenharia de Produção II. t.

AGRADECIMENTOS

O primeiro e maior agradecimento vai para o meu marido, Fernando, e os meus filhos, Vitor e Gabriel, pois somente eles sabem de todas as escolhas que eu tive que fazer e o quanto nos custou cada hora em que estive ausente de nosso convívio para me dedicar a este trabalho.

Aos meus pais, Lais e Calil, pelo valor dado ao estudo e ao trabalho, que sempre foram prioridade em nossa vida.

À minha madrinha, Regina Celia, eterna fonte de inspiração intelectual, com as suas demonstrações de disciplina e dedicação.

Aos meus sogros, meus irmãos e meus cunhados, pela compreensão nos meus períodos de ausência familiar em virtude da escolha pelos estudos.

Aos meus amigos, que não só compreenderam as minhas ausências, mas apoiaram-me em muitos momentos. Em especial, à Simone Berger, companheira de trajetória nos estudos, e à Viviane Gomes, companheira e conselheira nos momentos mais difíceis desta jornada.

À Atlas Copco e ao gestor Marcelo Kabilio, pela valorização dos estudos e pela compreensão nos momentos em que eu precisei me dedicar parcialmente ao trabalho para cumprir a minha função de estudante.

Ao Professor Fernando Tobal Berssaneti, meu orientador, pela confiança e pelo apoio e direcionamento durante o Mestrado.

À Professora Linda Lee Ho, minha co-orientadora, sem a qual seria impossível definir, aprender e realizar todas as análises estatísticas deste trabalho. Obrigada pelos domingos ao telefone e pelas inúmeras reuniões, muitas vezes abrindo a porta de sua casa.

A todos os professores das disciplinas, tanto da Escola Politécnica como da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina da USP. A oportunidade de estar em ambiente tão multidisciplinar enriqueceu ainda mais o conhecimento obtido.

Ao Professor Mauricio Cesar Delamaro e à Professora Vera Lucia Mira, pelas contribuições dadas ao exame de qualificação que clarearam o caminho a ser percorrido para que esta pesquisa se tornasse o que hoje apresenta-se aqui.

RESUMO

As mudanças demográficas e epidemiológicas passaram a demandar diferentes modelos de gestão em saúde para tratar doenças crônicas em vez de enfermidades agudas e com custos de curta duração. Esse cenário, somado aos avanços tecnológicos dos novos tratamentos, contribuiu para o início de uma crise mundial na saúde, que pressiona a busca por melhorias na gestão dos custos e da qualidade. Em 2011, foi instituído, pelo Ministério da Saúde do Brasil, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), um programa de remuneração por desempenho, que tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes de saúde a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos. O objetivo deste estudo é identificar se o Pagamento por *Performance* oferecido pelo PMAQ traz ganhos na percepção do usuário em relação à qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por meio da análise dos resultados de três ciclos de avaliação do programa. Para atingir esse objetivo, foi delineada uma pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva, retrospectiva e longitudinal dos ciclos de avaliação do PMAQ para comparação do desempenho das Unidades Básicas de Saúde. Foram testadas 13 hipóteses nulas cujos resultados permitem afirmar que, de maneira geral, após três ciclos de avaliação do PMAQ, os resultados encontrados demonstram ganhos estatisticamente comprovados. A abrangência do programa e a satisfação dos usuários melhoraram. O desempenho das UBSs mudou nos três ciclos, mas não foi possível comprovar estatisticamente a melhoria. Foi constatado aumento significativo no percentual de adesão ao programa dos municípios e das UBSs ao longo dos três ciclos, e não houve variação significativa no percentual de abandono entre os ciclos. A maior taxa de abandono ocorreu nas unidades que se classificaram com desempenho insatisfatório, ou foram desclassificadas no ciclo anterior. Constatou-se também que existe uma associação entre o percentual de adesão e o IDH dos municípios onde a UBS está localizada. Apesar de ter sido identificada mudança no desempenho das UBSs ao longo dos ciclos, a melhora não pôde ser comprovada, pois ao mesmo tempo que houve aumento no percentual de UBSs classificadas como muito acima da média, também houve aumento no percentual de UBSs com desempenho insatisfatório, ou que foram desclassificadas. Os resultados apontam para uma associação do desempenho com o IDH do município onde a UBS se localiza e também com a quantidade média de usuários atendidos. Por fim, foi possível comprovar a melhora na satisfação dos usuários, que pode ser atribuída ao aumento no percentual de usuários que recomendariam a sua unidade ao longo dos ciclos, a uma redução no percentual de usuários que mudariam de unidade e à alteração das notas atribuídas às UBSs ao longo dos ciclos. Esses resultados podem contribuir para direcionar investimentos nas políticas públicas de saúde no Brasil para a melhoria da qualidade e o aumento da satisfação do usuário da saúde pública no país.

Palavras-chave: pagamento por *performance* (P4P); qualidade em saúde; remuneração por *performance*; garantia da qualidade; pagamento por desempenho; remuneração por desempenho

ABSTRACT

Demographic and epidemiological changes require different healthcare management systems to treat chronic diseases, rather than acute illnesses with short-term costs. This scenario added to the technological advances of medicine contributed to the beginning of a global crisis in the healthcare that forces for improvements in cost management and quality. In 2011, was created by the Brazilian Ministries of Health, The Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ), a performance-based compensation program that aims to encourage managers and health teams improving the quality of services offered to citizens. The objective of this study is to identify whether the payment for performance offered by the PMAQ brings gains in the user's perception in relation to the quality of care provided by the Basic Health Units (UBSs) through the analysis of the results of three evaluation cycles of the program. To achieve this objective, a quantitative, exploratory, descriptive, retrospective, longitudinal research of the PMAQ evaluation cycles was designed to compare the performance of the Basic Health Units. Thirteen null hypotheses were tested, which results allow us to state that, in general, after three PMAQ evaluation cycles, the results found demonstrate gains that can be statistically proved. The cover of the program and user satisfaction have improved. The performance of the UBSs changed in the three cycles, but it was not possible to prove the improvement statistically. There was a significant increase in the percentage of cover of the program over the three cycles and there was no significant variation in the percentage of dropout among cycles. The highest dropout rate occurred in the units that were classified with unsatisfactory performance or were disqualified in the previous cycle. It was also found that there is an association between the percentage of cover and the HDI of the municipalities where UBS is located. Although a change in the performance of UBSs over the cycles has been identified, the improvement cannot be proven, because at the same time as there was an increase in the percentage of UBSs rated much above the average, there was also an increase in the percentage of UBSs with unsatisfactory performance or disqualified. The results point to an association of performance with the HDI of the municipality where the UBSs are located and also with the average number of users served. Finally, it was possible to prove an improvement in user satisfaction, which can be attributed to the increase in the percentage of users who would recommend their unit throughout the cycles, a reduction in the percentage of users who would change units and the variation in the grades attributed to UBSs over the cycles. These results can contribute to drive investments in public health policies in Brazil to improve quality and increase public health user satisfaction in the country.

Keywords: P4P; quality healthcare; pay for performance; quality assurance; reimbursement incentive

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Definição da pergunta de pesquisa	12
Figura 2 –	Escopo da pesquisa	15
Figura 3 –	Estrutura do trabalho	18
Figura 4 –	Modelo teórico de pagamento por <i>performance</i>	19
Figura 5 –	Fases do PMAQ	36
Figura 6 –	Módulos de avaliação externa do PMAQ	37
Figura 7 –	Etapas metodológicas da pesquisa	42
Figura 8 –	Modelo conceitual da pesquisa	47
Figura 9 –	Mapa dos municípios do Brasil em função dos valores de IDH	55
Figura 10 –	Mapa de localização das UBSs, Postos de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil	62
Figura 11 –	Mapa de apresentação das UBSs participantes dos Ciclos 1, 2 e 3 do PMAQ	63
Figura 12 –	Evolução do percentual de adesão das UBSs por município ao longo dos ciclos	63
Figura 13 –	Comparativo de UBSs participantes do PMAQ por ciclo	65
Figura 14 –	Localização das UBSs que abandonaram o PMAQ entre os ciclos de avaliação em função da classificação	68
Figura 15 –	Classificação obtida pelas equipes nos Ciclos 1, 2 e 3 de avaliação do PMAQ respectivamente	73
Figura 16 –	Distribuição de frequência relativa das notas atribuídas pelos usuários nos ciclos de avaliação do PMAQ	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Etapas do Ciclo PDCA	25
Tabela 2 –	Resumo do quadro teórico	34
Tabela 3 –	Descrição das dimensões da matriz de pontuação – PMAQ	40
Tabela 4 –	Relação das subdimensões que compõem a Dimensão V	40
Tabela 5 –	Questões analisadas da avaliação do PMAQ	49
Tabela 6 –	Reagrupamento das classificações das UBSs no Ciclo 3	50
Tabela 7 –	Quantidade de municípios participantes do PMAQ nos três ciclos agrupados por faixa de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	54
Tabela 8 –	Resultados do teste qui-quadrado de Pearson: associação entre o IDH e os municípios participantes do PMAQ	56
Tabela 9 –	Quantidade de municípios participantes do PMAQ por número médio de usuários atendidos por UBS	57
Tabela 10 –	Quantidade de municípios participantes em cada ciclo (C1, C2 e C3), por região do Brasil, PMAQ (2013, 2015 e 2017)	58
Tabela 11 –	Quantidade de municípios participantes no PMAQ por UF, em cada ciclo (2013, 2015 e 2017)	59
Tabela 12 –	Quantidade de UBSs e percentual de participantes do PMAQ (2013, 2015 e 2017) em cada ciclo (C1, C2 e C3), por região do Brasil	60
Tabela 13 –	Quantidade de UBSs participantes por UF, em cada ciclo, Brasil, PMAQ (2013, 2015 e 2017)	61
Tabela 14 –	Teste comparativo da adesão entre os ciclos de avaliação do programa	64
Tabela 15 –	Frequência das UBSs que abandonaram o programa nos Ciclos 1 e 2	66
Tabela 16 –	Análise da classificação e abandono das UBSs nos Ciclos 1 e 2	67
Tabela 17 –	Composição da certificação das UBSs nos Ciclos 1, 2 e 3 do PMAQ	69
Tabela 18 –	Evolução da classificação das UBSs nos ciclos de avaliação	69
Tabela 19 –	UBSs com desempenho acima e muito acima da média nos Ciclos 1 e 2, e a média no Ciclo 3 por Unidade Federativa	70
Tabela 20 –	UBSs que melhoraram muito o seu desempenho ao longo dos ciclos de avaliação por Unidade Federativa	71
Tabela 21 –	UBSs que pioraram o seu desempenho no Ciclo 3 por Unidade Federativa	72
Tabela 22 –	Classificação obtida pelas UBSs no Ciclo 1 do PMAQ por UF	73
Tabela 23 –	Classificação obtida pelas UBSs no Ciclo 2 do PMAQ por UF	75
Tabela 24 –	Classificação obtida pelas UBSs no Ciclo 3 do PMAQ por UF	76
Tabela 25 –	Apresentação da quantidade de UBSs classificadas em cada categoria de desempenho ao longo dos ciclos de avaliação	77
Tabela 26 –	Apresentação da classificação das UBSs de acordo com o IDH do município onde se localizam	78
Tabela 27 –	Resultados do teste qui-quadrado de Pearson: associação entre o IDH e a classificação das UBSs	79
Tabela 28 –	Distribuição de frequência relativa das UBSs por classes de IDH em função da classificação das UBSs nos três ciclos de avaliação	79
Tabela 29 –	Distribuição de frequência relativa da classificação das UBSs em função das faixas de IDH	80
Tabela 30 –	Distribuição de frequência relativa das UBSs em função da classificação e da quantidade média de usuários atendidos nos três ciclos de avaliação	81
Tabela 31 –	Resultados do teste qui-quadrado de Pearson para a associação entre as faixas de usuários atendidos e a classificação das UBSs	82

Tabela 32 –	Distribuição de frequência relativa das UBSs em função das faixas de usuários atendidos para cada classe das UBSs nos três ciclos de avaliação	82
Tabela 33 –	Distribuição de frequência relativa das UBSs em função das avaliações recebidas para cada classe de usuários atendidos nos três ciclos de avaliação	83
Tabela 34 –	Distribuição das porcentagens de usuários que recomendariam a UBS nos Ciclos 1, 2 e 3; p-valor relativo ao teste de Cochran e a respectiva decisão por Unidade Federativa	85
Tabela 35 –	Distribuição das porcentagens de usuários que mudariam de UBS nos Ciclos 1, 2 e 3; p-valor relativo ao teste de Cochran e a respectiva decisão por Unidade Federativa	86
Tabela 36 –	Distribuição de frequência relativa dos motivos que levariam os usuários a mudar de UBS nos três ciclos de avaliação por Unidade Federativa	87
Tabela 37 –	Distribuição de frequência relativa dos usuários insatisfeitos com a qualidade dos profissionais nos três ciclos de avaliação segundo a região geográfica	88
Tabela 38 –	Distribuição de frequência relativa dos usuários insatisfeitos com a qualidade do atendimento nos três ciclos de avaliação por região geográfica	89
Tabela 39 –	Teste de Friedman para análise da diferença das notas dos usuários entre os ciclos de avaliação	91
Tabela 40 –	Comparativo do desempenho das UBSs na avaliação dos ciclos e nas notas atribuídas pelos usuários	92
Tabela 41 –	Resultado do teste qui-quadrado de Pearson: associação entre as notas dos usuários e a classificação obtida pelas UBSs nos ciclos de avaliação	93
Tabela 42 –	Distribuição de frequência relativa das notas atribuídas pelos usuários para cada classe de UBS nos três ciclos de avaliação	93
Tabela 43 –	Distribuição de frequência relativa da classificação obtida pelas UBSs para cada nota atribuída pelos usuários nos três ciclos de avaliação	94
Tabela 44 –	Consolidação dos resultados obtidos	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados
ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde
AB – Atenção Básica
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAB – Equipe de Atenção Básica
FFS – *Fee-for-Service* (pagamento por serviço)
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
P4P – *pay for performance* (pagamento por *performance*)
PDCA – *Plan, Do, Check and Act* (ciclo de melhoria contínua)
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
QOF – *Quality and Outcome Framework* (sistema britânico de remuneração por *performance*)
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SDCA – *Standard, Do, Check and Act*
SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento da Atenção Básica
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidade Federativa
VCMH – Variação de Custos Médico-Hospitalares

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivos	14
1.2 Escopo	14
1.3 Justificativa	16
1.4 Estrutura do Trabalho	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 Qualidade em Saúde	20
2.1.1 Ferramentas de qualidade	23
2.1.2 Indicadores de qualidade	26
2.1.3 Satisfação do paciente	27
2.2 Modelos de Remuneração em Saúde	29
2.3 Resumo do Quadro Teórico	33
3 PMAQ: PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	35
4 MÉTODO DE PESQUISA	41
4.1 Delineamento da Pesquisa	43
4.2 Hipóteses e Modelo Conceitual	43
4.3 Metodologia de Coleta e de Análise dos Dados	48
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
5.1 Perfil dos Participantes do PMAQ	58
5.2 Avaliação das UBSs	69
5.3 Satisfação dos Usuários	84
5.4 Consolidação dos Resultados Obtidos	94
6 CONCLUSÕES	96
6.1 Limitações do Estudo	100
6.2 Tendências e Continuidade da Pesquisa	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	108

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde enfrentam problemas universais, tais como envelhecimento e sociedades doentes com opções de tratamento cada vez mais caras, o que leva aos aumentos constantes dos custos da saúde. Em alguns países, os custos da assistência à saúde crescem mais rápido do que o Produto Interno Bruto (PIB), uma situação insustentável para a busca ou a manutenção da cobertura de saúde universal (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2019).

O gasto total com saúde no Brasil, em 2018, foi de 9,2% do PIB, que é um patamar comparável com a média dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) (OECD, 2019).

Nos gastos privados, que representaram 57% dos gastos totais com a saúde no Brasil, o índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), principal indicador utilizado como referência em comportamento de custos, atingiu 17,3% nos 12 meses encerrados em dezembro de 2018 (IESS, 2019).

Esse índice mede a variação de preço e de quantidade *per capita*, que, em saúde, denomina-se frequência de utilização. Isso porque, mesmo que os preços dos insumos estejam estáveis ou declinantes, a variação da frequência influencia a variação da despesa total. Esses componentes contribuem para que, em geral, a variação das despesas médico-hospitalares seja superior à inflação da economia (REIS; LARA; CECHIN, 2019).

Essa tendência de aumento da inflação médica é impulsionada principalmente pelo modelo de pagamento de prestadores inadequado, incorporação de novas tecnologias e coberturas e envelhecimento populacional (SILVA; CARNEIRO, 2018).

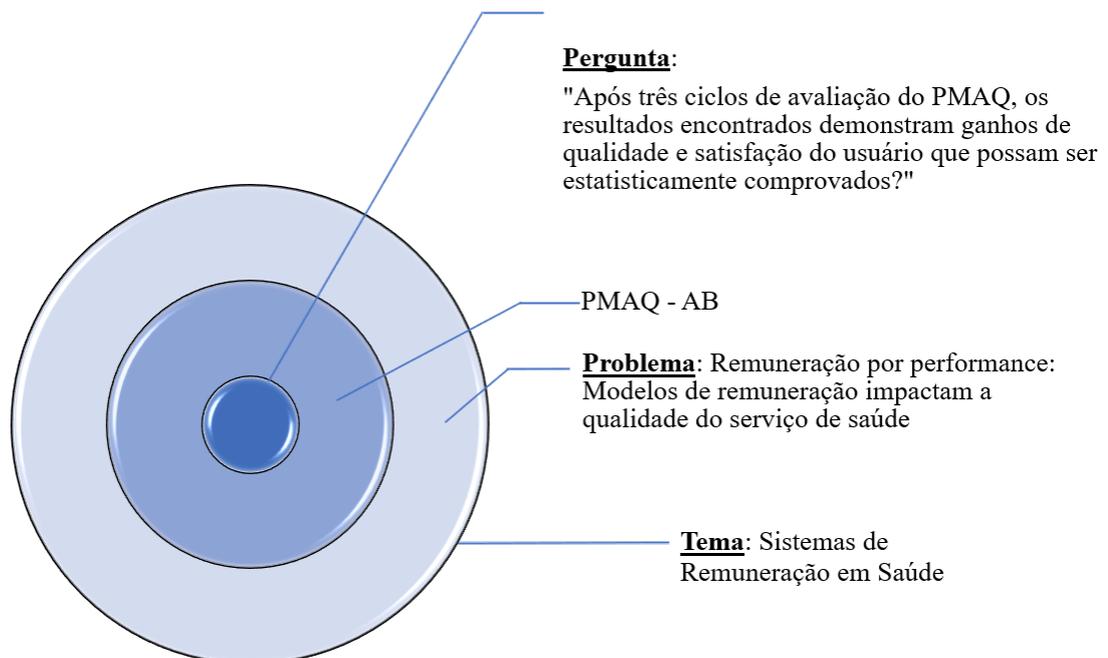
Não existem soluções completas e fáceis para o controle do crescimento dos custos assistenciais, mas algumas possíveis soluções ou ações para amenizar o crescimento dos custos em saúde já estão sendo aplicadas em alguns países. Dentre as principais, destacam-se: utilizar modelo de pagamento por valor para os prestadores de serviços de saúde, incentivar o uso de prestadores que possuam melhores indicadores de qualidade, conhecer a população coberta para que o serviço seja o mais personalizado possível e engajar as empresas contratantes de planos empresariais e os beneficiários na promoção da saúde e prevenção de doenças (SILVA; CARNEIRO, 2018).

Como parte do conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB) para cuidar da população no ambiente em que vive, foi instituído no Brasil, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), um programa de remuneração por desempenho, que tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes de saúde a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos. Para isso, o programa propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2011).

A implantação do PMAQ, em conjunto com os demais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, proporcionou aumento do aporte financeiro para a Atenção Básica (AB), o que demonstra a importância e a forte aposta da gestão federal em ações capazes de provocar mudanças na qualidade da assistência, seja diretamente, com a construção, ampliação e reforma das UBSs, como também para garantir a presença de médicos nas equipes, incentivar boas práticas nos processos de trabalho da Equipe de Saúde da Família e institucionalizar a avaliação contínua para a melhoria da qualidade (GIOVANELLA et al., 2016).

A Figura 1 sintetiza o caminho percorrido para a definição da pergunta de pesquisa.

Figura 1 – Definição da pergunta de pesquisa



O tema do presente trabalho refere-se ao impacto dos sistemas de remuneração na qualidade dos serviços de saúde, que serviu como base para uma varredura horizontal na bibliografia, com objetivo de identificar o que existe sobre o tema e em qual estágio ele se encontra, entender a relevância do assunto para a comunidade acadêmica e para o mercado de saúde, além de identificar lacunas a ser exploradas.

A partir dessa varredura, identificou-se o problema de pesquisa que reside no fato de a forma de remuneração por serviço, que é a mais amplamente utilizada, não estimular a qualidade na saúde e de estarem surgindo novos modelos de remuneração baseada em valor.

A remuneração baseada em valor tem como objetivo reduzir custos e melhorar a qualidade ao oferecer prestação de serviço mais alinhada com a necessidade do paciente do que com a geração de receita (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2019).

Surgiu, então, o questionamento: A adoção de sistemas de remuneração por desempenho promove a melhoria de qualidade?

Durante a pesquisa na literatura relacionada aos modelos de remuneração na saúde, foi possível identificar uma carência de estudos relacionados aos programas de remuneração por desempenho da saúde no Brasil. A partir de 2015, começaram a surgir as publicações científicas relacionadas ao PMAQ, apenas três artigos: (TOMASI et al., 2015); (MOTA; LEAL DAVID, 2015); (BARRETO, 2015), intensificando-se no decorrer dos anos subsequentes. Foram publicados 18 artigos em 2017, 18 artigos em 2018 e 11 artigos em 2019, resultantes da busca nas bases do *Web of Science* e *Pubmed*, o que demonstra a manutenção do interesse no assunto.

As primeiras publicações sobre o PMAQ tratam da efetividade dos programas de pagamento por desempenho (do inglês *pay for performance – P4P*) na saúde (BARRETO, 2015), analisam o PMAQ como estratégia de avaliação dos serviços de Atenção Básica utilizada pelo Ministério da Saúde (MOTA; LEAL DAVID, 2015) e avaliam a estrutura e os processos de trabalho das Equipes de Atenção Básica do PMAQ (TOMASI et al., 2015).

Não foram encontrados artigos que comparassem o desempenho entre os ciclos de avaliação buscando identificar as melhorias e comprovar a efetividade do PMAQ como programa de pagamento por desempenho, deixando uma lacuna explorada nesta pesquisa.

A principal contribuição deste estudo é servir de base para direcionar investimentos nas políticas públicas de saúde no Brasil para a melhoria da qualidade e o aumento da satisfação do usuário da saúde pública no país.

Para realizar essa comparação, serão analisados os resultados das avaliações do PMAQ relacionadas à satisfação dos usuários com a qualidade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), a fim de responder à pergunta: *após três ciclos de avaliação do PMAQ, os resultados encontrados demonstram ganhos de qualidade e satisfação do usuário que possam ser estatisticamente comprovados?*

1.1 Objetivos

O objetivo deste estudo é identificar se o pagamento por *performance* oferecido pelo PMAQ traz ganhos na percepção do usuário em relação à qualidade do atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) por meio da análise dos resultados de três ciclos de avaliação do programa.

O objetivo principal desdobra-se nos objetivos secundários:

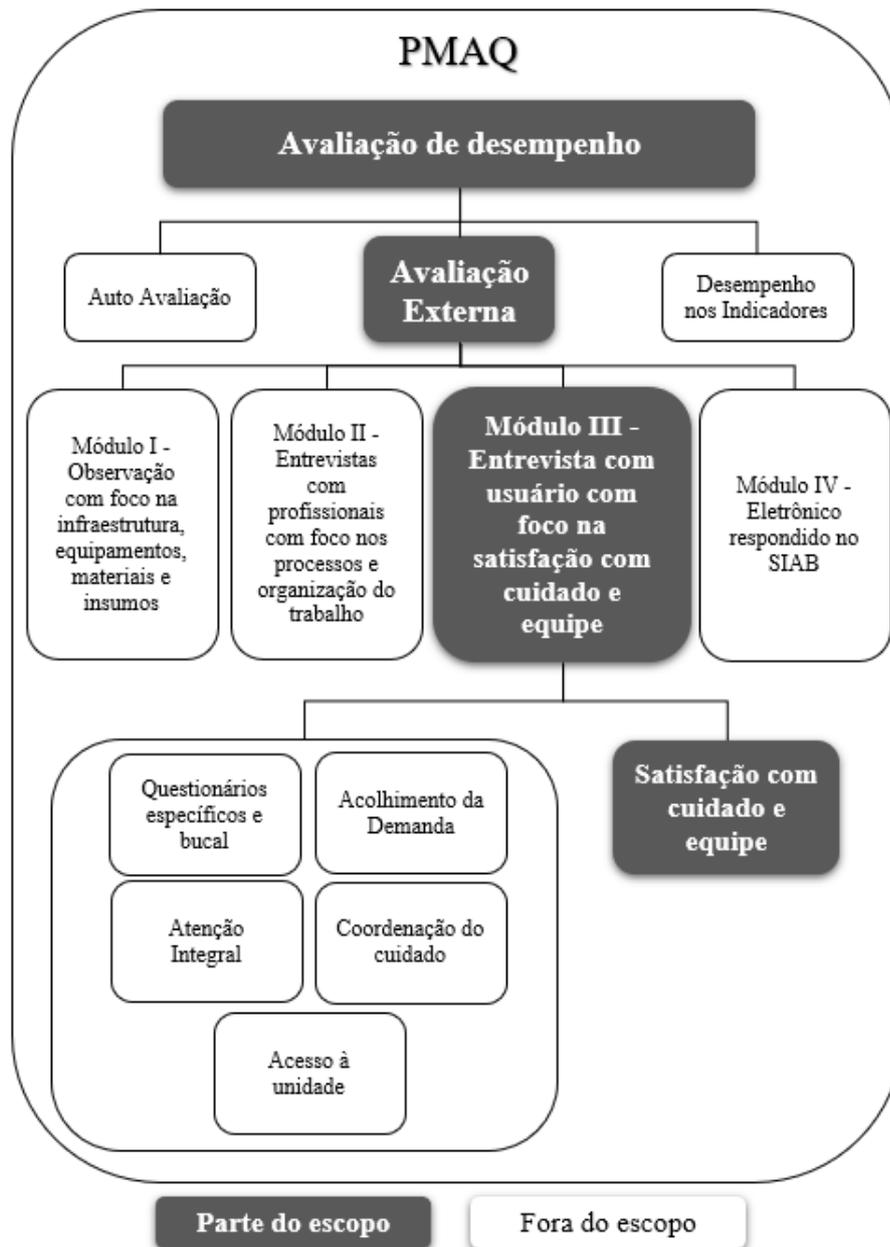
- Analisar a evolução do nível de satisfação dos usuários, medida pelo PMAQ, por meio da comparação dos resultados observados nos três ciclos de avaliação;
- Verificar a evolução da abrangência do programa;
- Identificar associações do desempenho das UBSs em função de características regionais de desenvolvimento humano e financeiro;
- Identificar as relações entre os indicadores de satisfação do usuário e o desempenho das UBSs ao longo dos ciclos.

1.2 Escopo

O PMAQ possui um processo de avaliação de desempenho bastante extenso, com uma base de informação extremamente rica para análise. O escopo desta pesquisa demonstrado na Figura 2 é restrito à avaliação da satisfação do usuário, que faz parte do Módulo III de avaliação externa aplicada pelo PMAQ.

O questionário aplicado aos usuários possui um total de 319 perguntas para avaliação de indicadores específicos e de saúde bucal, análise do acesso, acolhimento da demanda, coordenação do cuidado, atenção integral e satisfação do usuário. Somente as questões diretamente relacionadas à satisfação do usuário com a equipe e o cuidado são objetos deste estudo.

Figura 2 – Escopo da pesquisa



Fonte: Autora

1.3 Justificativa

O crescimento de custos em saúde sem a contrapartida de qualidade equivalente, tanto nos serviços públicos como privados, vem sendo constantemente questionado, e leva à busca por práticas que melhorem a gestão dos recursos e aumentem a qualidade oferecida aos pacientes.

A política do *Triple Aim* desafia o Estado e os sistemas de saúde a se reorganizarem para uma busca simultânea de seus três objetivos: melhorar a experiência de atendimento, melhorar a saúde das populações e reduzir os custos *per capita* dos serviços de saúde (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008). O modelo de remuneração por serviço (do inglês *fee for service* – FFS) é totalmente incongruente com os objetivos do *Triple Aim*, pois estimula o volume acima do valor (MILLER et al., 2017).

Muitos países introduziram algum tipo de pagamento por pacote em seus sistemas, como Turquia, Tailândia, Cazaquistão, Suécia e Estados Unidos, que reportaram uma redução de até 10% de custos em comparação com outros métodos de pagamento. Também existem países que remuneram os profissionais por salário fixo, mas enfrentam o desafio de oferecer alguma forma de incentivo à melhoria de desempenho (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2014).

O Reino Unido tem um dos mais reconhecidos sistemas de incentivo por bônus financeiro para a melhoria dos cuidados prestados, o *Quality and Outcome Framework* (QOF) e, durante as últimas décadas, diversos outros países implantaram esquemas de incentivos associados ao desempenho, obtendo resultados positivos, como os Estados Unidos, que têm mais de 200 programas de pagamento por desempenho; a França, que tem um programa nacional; a Espanha; a Itália; e mais diversos países do continente africano (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2014).

Esses resultados positivos são medidos em relação ao conjunto de indicadores que variam de acordo com o contexto, mas que incluem indicadores de qualidade que refletem as melhores práticas de tratamento (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2014).

No Brasil, para reforçar as ações governamentais direcionadas à melhoria na Atenção Básica, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, o PMAQ, um programa de pagamento por *performance* pactuado entre as esferas de gestão municipal, estadual e federal do SUS, com o

principal objetivo de incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica. O PMAQ já passou por três ciclos completos de avaliação, cujos resultados estão disponíveis para o acesso público em <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>.

Analisar os resultados que vêm sendo obtidos com a implantação do PMAQ, através da comparação do desempenho ao longo dos ciclos de avaliação para identificar se vem ocorrendo melhoria de qualidade, traz grande contribuição para a definição das políticas públicas de saúde no Brasil, serve de base para a validação da estratégia adotada de investimentos focados na melhoria da qualidade da Atenção Básica e justifica esta pesquisa.

1.4 Estrutura do Trabalho

A estrutura deste trabalho é composta de seis capítulos, ilustrados na Figura 3. O primeiro capítulo, Introdução, aborda o tema de remuneração e traz números do cenário atual de custos em saúde que demonstram a relevância do assunto, assim como a lacuna encontrada na literatura, que motivou o estudo e a pergunta de pesquisa. Também são apresentados neste capítulo o objetivo principal e o seu desdobramento em objetivos secundários, a delimitação do escopo e a justificativa da pesquisa.

O Capítulo 2, Referencial Teórico, discute conceitos de qualidade em saúde e os modelos de remuneração em saúde que são fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa. O Capítulo 3, PMAQ, é dedicado à descrição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, que é o objeto de estudo deste trabalho. Já no Capítulo 4, Método de Pesquisa, é apresentado o delineamento da pesquisa, as hipóteses e como elas relacionam-se com as variáveis estudadas através de um modelo conceitual, o procedimento de coleta dos dados e a descrição das análises realizadas para obtenção dos resultados.

O Capítulo 5, Apresentação dos Resultados, apresenta a análise descritiva, os testes das hipóteses de pesquisa e a discussão dos resultados. Por fim, o Capítulo 6, Conclusões, traz as considerações finais, as limitações do estudo e as recomendações de trabalhos futuros.

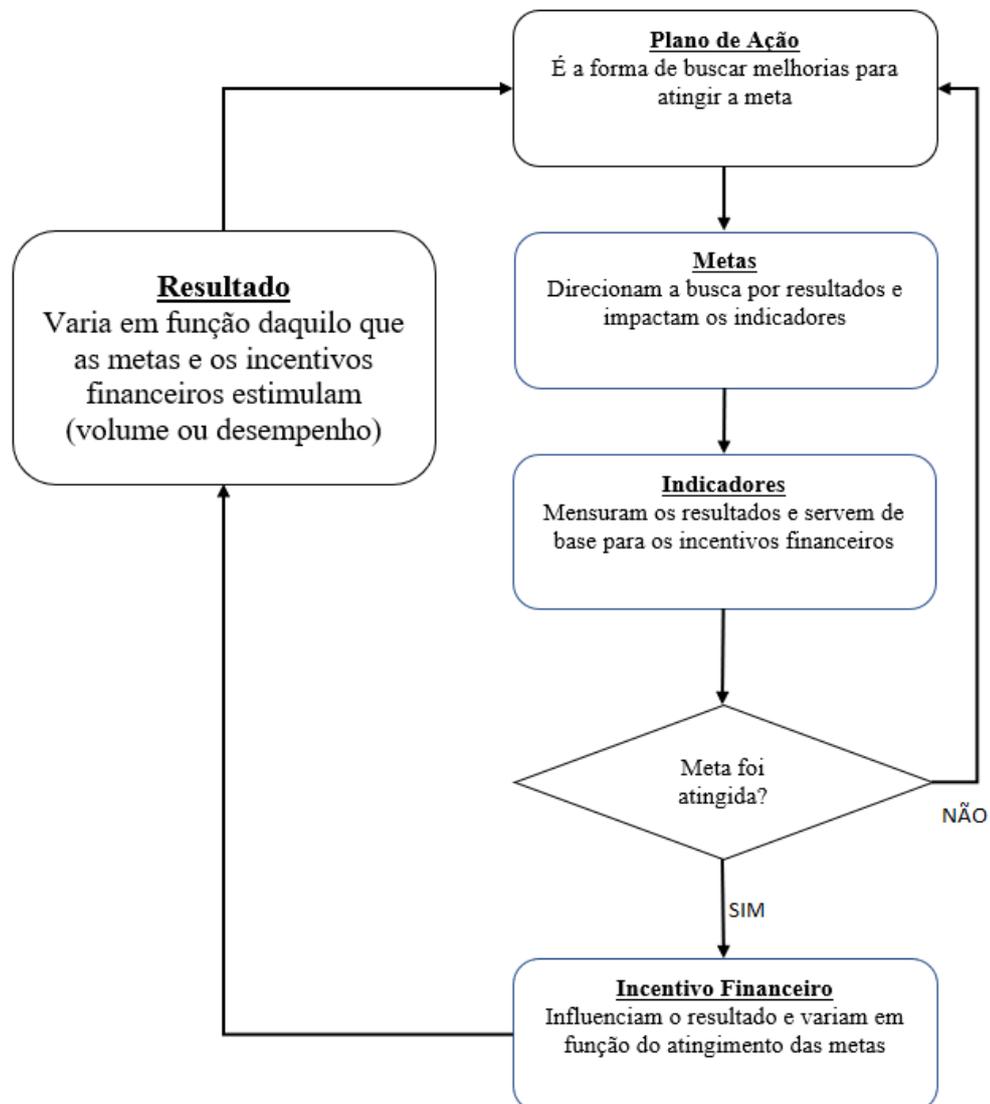
Figura 3 – Estrutura do trabalho

1. Introdução	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 Objetivo 1.2 Escopo 1.3 Justificativa 1.4 Estrutura do Trabalho
2. Referencial Teórico	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 Qualidade em saúde <ul style="list-style-type: none"> 2.1.1 Ferramentas da qualidade 2.1.2 Indicadores de qualidade 2.1.3 Satisfação do paciente 2.2 Modelos de remuneração em saúde 2.3 Resumo do quadro teórico
3. PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
4. Método de Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 Delineamento da Pesquisa 4.2 Hipóteses e modelo conceitual 4.3 Metodologia de coleta e análise dos dados
5. Apresentação dos Resultados	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 Perfil dos participantes do PMAQ 5.2 Avaliação das Unidades Básicas de Saúde 5.3 Satisfação dos usuários 5.4 Consolidação dos resultados obtidos
6. Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> 6.1 Limitações do estudo 6.2 Tendências e continuidade da pesquisa

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do modelo ilustrado na Figura 4, em que o incentivo financeiro gera um estímulo pelo aumento da remuneração atrelada a um resultado variável de volume ou desempenho (PETERSEN, 2006), a depender do resultado recompensado pelo incentivo financeiro (metas e indicadores), pode haver estímulo ou desestímulo à melhoria de qualidade.

Figura 4 – Modelo teórico de pagamento por *performance*



Fonte: Autora

A melhoria na qualidade em saúde pressupõe que as melhorias na estrutura do atendimento devem levar a melhorias nos processos clínicos que, por sua vez, devem melhorar o resultado do paciente (DONABEDIAN, 2005).

Serão discutidos, neste capítulo, os principais tópicos relacionados aos modelos de remuneração e à sua influência na qualidade dos serviços de saúde, sendo:

- Qualidade em saúde
 - Ferramentas de qualidade
 - Indicadores de qualidade
 - Satisfação do paciente
- Modelos de remuneração em saúde.

2.1 Qualidade em Saúde

Nesta seção, nós traremos os conceitos de qualidade dos autores clássicos, de forma mais abrangente, bem como os conceitos específicos de qualidade em saúde. Na sequência, abordaremos, na Seção 2.1.1, algumas ferramentas de qualidade relacionadas ao programa; na Seção 2.1.2, a importância dos indicadores de qualidade nos programas de remuneração por desempenho; e, por fim, na Seção 2.1.3, a participação do paciente na avaliação da qualidade por meio de medidas de satisfação.

A qualidade é um conceito abrangente e complexo em constante desenvolvimento que vem incorporando novas ideias ao longo dos anos. Dessa forma, é difícil estabelecer uma única definição para a qualidade, sendo mais recomendável adotar conceitos que se complementam à medida que evoluem. Os grandes gurus da qualidade estabeleceram conceitos adequados à época e ao cenário em que se inseriam (BERSSANETI; BOUER, 2014):

Joseph M. Juran define a qualidade como “adequação ao uso”;

Philip Crosby, como conformidade com requisitos;

Genichi Taguchi, como função de perdas;

W. Edward Deming, como um grau previsível de uniformidade e confiabilidade a baixo custo, estando adequada ao mercado.

Do ponto de vista de avaliação da qualidade em saúde, é necessário basear-se numa definição conceitual do que significa a “qualidade da assistência médica”. Muitos problemas estão presentes nesse nível fundamental, pois a qualidade do atendimento é notavelmente difícil de definir. Os critérios de qualidade nada mais são do que juízos de valor aplicados a vários aspectos, propriedades, ingredientes ou dimensões do processo assistencial. A qualidade pode ser considerada como atributos ou propriedades do processo ou, então, como metas e objetivos desse processo (DONABEDIAN, 2005).

A qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia e, apesar de ser difícil mensurá-la por sua característica intangível, pode ter diferentes escalas, dependendo do que se analisa. Um produto pode ter uma boa nota na avaliação de suas funcionalidades, porém uma nota ruim na avaliação do pós-venda ou de sua usabilidade (DEMING, 1990).

Como no caso da qualidade do produto, o conceito de qualidade em serviço começa com a “adequação ao uso”, que nada mais é do que a capacidade que um serviço tem de corresponder satisfatoriamente às necessidades do cliente quando esse serviço lhe é prestado. A adequação ao uso é determinada pelas características do serviço que o cliente reconhece como sendo benéficas, portanto o juiz da adequação ao uso é o cliente (JURAN, 1993).

A participação dos atores e, principalmente, dos usuários na avaliação deve ser considerada prioritária (UCHIMURA; BOSI, 2002). A satisfação do consumidor desempenha um triplo papel nos cuidados de saúde. Em primeiro lugar, é um julgamento sobre a qualidade dos cuidados de saúde que incorpora as expectativas e percepções do paciente. Em segundo lugar, é um “resultado” do cuidado: um aspecto do bem-estar psicológico do paciente e uma consequência que os sistemas de saúde podem buscar como um sinal de seu sucesso. E, em terceiro lugar, a satisfação do paciente é uma contribuição para novos cuidados, que os motiva a procurar atendimento e a colaborar para aumentar o seu sucesso (DONABEDIAN, 1992).

Apesar de a medicina não ser uma ciência exata, existem evidências clínicas de que a combinação de determinados procedimentos de cuidado produz melhoria nos resultados de saúde, tornando legítimo o uso de indicadores de processo como medida de melhoria na qualidade da saúde (PETERSEN, 2006).

É importante notar que as medidas de processo de cuidados podem ser mais sensíveis às diferenças de qualidade do que as medidas de resultados, porque um resultado ruim não necessariamente ocorre sempre que existe um problema de qualidade, portanto uma abordagem para evitar as armadilhas das medidas exclusivamente de processo de cuidados,

bem como a desvantagem de basear incentivos exclusivamente em resultados que podem ser relativamente raros ou difíceis de alcançar, seria adotar a combinação desses dois tipos de indicadores que capitalizam as vantagens e a natureza complementar de ambos os tipos de medida de qualidade de atendimento (PETERSEN, 2006).

Dessa forma, os indicadores de resultado da assistência médica, em termos de recuperação, de restauração da função e da sobrevivência, têm sido frequentemente utilizados para avaliar a qualidade do atendimento médico. Outra abordagem para avaliação é examinar o processo de cuidado em si em vez de seus resultados. Isso é justificado pela suposição de que não se está interessado no poder da tecnologia médica em alcançar resultados, mas em saber se o que é conhecido como bom atendimento médico foi aplicado. Por fim, uma última abordagem avaliativa é estudar não o processo de cuidado em si, mas os cenários em que ele ocorre e os instrumentos dos quais ele é produto (DONABEDIAN, 2005).

Um programa de qualidade em serviços envolve uma etapa de especificação do nível aceitável de cada característica de qualidade, análise do desempenho atual, identificação dos desvios das metas específicas e correção das causas desses desvios. Para o desenvolvimento de um programa de qualidade, são necessários seis componentes essenciais: padrões de execução de serviços, sistema de avaliação de conformidade com os padrões, procedimentos para determinar causas dos desvios, programa de medidas corretivas para eliminar essas causas, programa para a criação de melhorias de qualidade e função de controle para assegurar o aperfeiçoamento de qualidade progressivo. Os padrões de serviços estabelecidos, geralmente, enquadram-se em uma das quatro categorias de pontualidade, integridade, previsibilidade e satisfação do cliente (JURAN, 1993).

De acordo com o *Institute of Medicine* (2001), proporcionar cuidados de alta qualidade significa percorrer uma lista de características de desempenho que passa por prestar cuidado:

1. Seguro: não provoca lesões nos pacientes que devem beneficiar-se dele;
2. Efetivo: provê serviços fundamentados em conhecimento científico para evitar a subutilização de terapias efetivas e o uso excessivo de terapias ineficazes;
3. Centrado no paciente: individualizado com respeito às preferências, às necessidades e aos valores dos pacientes e com a garantia de que a sua vontade guie todas as decisões clínicas;
4. Oportuno: evita esperas e atrasos danosos para quem recebe e oferece cuidados;

5. Eficiente: evita desperdício, principalmente de equipamentos, materiais, ideias e energia;
6. Equitativo: com a mesma qualidade, independentemente de gênero, etnia, condições socioeconômicas ou localização geográfica.

De maneira geral, a eficácia evita a subutilização de terapias efetivas e o uso excessivo de terapias ineficazes e é comumente incorporada nos programas, assim como a segurança, a pontualidade e a eficiência. O desenvolvimento de medidas de cuidado centrado no paciente vem ganhando atenção, mas ainda se mostram incipientes, enquanto isso, as medidas de equidade permanecem quase inteiramente ausentes (HASNAIN-WYNIA; JEAN-JACQUES, 2009).

Apesar do cuidado centrado no paciente parecer estar relacionado a melhores resultados de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001), conduzir empiricamente conexões entre a qualidade clínica e a percepção do paciente sobre os cuidados tem se provado bastante desafiador. Ao considerar o pouco progresso no desenvolvimento de medidas robustas de equidade, uma frente promissora seria desenvolver medidas de igualdade de acesso, como, por exemplo, o tempo de espera por uma consulta dos pacientes da rede pública e da rede privada, pois a incorporação de medidas de equidade em saúde é essencial para mitigar os potenciais efeitos inesperados que os programas de remuneração por desempenho podem trazer na seleção e alocação de recursos entre os pacientes de maior ou menor poder aquisitivo (HASNAIN-WYNIA; JEAN-JACQUES, 2009).

2.1.1 Ferramentas de qualidade

De acordo com o relatório *To Err Is Human*, publicado há quase duas décadas pelo *Institute of Medicine* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), anualmente, morrem mais pessoas como resultado de erros médicos do que de acidentes com veículos automotores, câncer de mama ou Aids. Estes dados alarmantes serviram como um grande impulso para reconhecer a necessidade de melhorar a qualidade da saúde e a segurança do paciente.

Infelizmente, dados mais atuais não apontam para um cenário melhor. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que existam 421 milhões de internações no mundo anualmente e que ocorram cerca de 42,7 milhões de eventos adversos em pacientes durante essas hospitalizações. Estimativas conservadoras apontam para os erros médicos como a 14^a principal causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo e que 50% desses erros poderiam ter sido evitados (WHO, 2018).

Muitas abordagens e estratégias podem ser utilizadas para a melhoria da qualidade na Atenção Básica. Estas estratégias estão, normalmente, divididas em dois tipos: melhorias concentradas nas áreas clínicas e melhorias concentradas na qualidade sob uma perspectiva de gestão (JANAMIAN et al., 2016).

De acordo com Batalden e Davidoff (2007), a melhoria de qualidade é uma combinação de esforços contínuos de todos – profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, pesquisadores, pagadores, planejadores e educadores – para implementar mudanças que levem a resultados melhores para os pacientes (saúde), melhor desempenho do sistema (cuidado) e melhor desenvolvimento profissional (aprendizado). Esta definição vem da convicção de que o cuidado não alcançará todo o seu potencial a menos que as mudanças se tornem intrínsecas ao trabalho de todos, todos os dias e em todas as partes do sistema. Dessa forma, a melhoria é um desafio que pode se beneficiar do uso da grande variedade de ferramentas e métodos consagrados de melhoria de qualidade.

Deming (1990) deixou um grande legado para o gerenciamento da qualidade ao difundir o Ciclo PDCA, também conhecido como Ciclo de Shewhart ou Ciclo de Deming. Trata-se de um método de gestão que orienta o processo de tomada de decisão para o estabelecimento de metas, meios e ações necessárias para atingi-las e acompanhá-las, a fim de garantir a sobrevivência e o crescimento da organização em um ciclo de melhoria continuada.

O Ciclo PDCA pode ser aplicado na gestão da rotina, que consiste nas etapas descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Etapas do Ciclo PDCA

PDCA	Fase	Objetivo
P (<i>Plan</i> – Planejar)	Identificação do problema	Definir o problema e reconhecer a importância
	Análise do fenômeno	Investigar as características do problema
	Análise do processo	Descobrir as causas fundamentais
	Plano de ação	Conceber um plano para eliminar as causas dos problemas
D (<i>Do</i> – Executar)	Execução	Colocar o plano de ação em prática
C (<i>Check</i> – Verificar)	Verificação	Verificar se o plano de ação atingiu o resultado esperado
A (<i>Act</i> – Agir)	Padronização	Prevenir contra o reaparecimento do problema
	Conclusão	Reiniciar o ciclo para trabalhos futuros

Adaptado de CAMPOS, 2004

Dessa forma, aplica-se o Ciclo PDCA para obter ganhos de qualidade e produtividade, e, na sequência, é aplicado o Ciclo SDCA (*Standard, Do, Check and Act*) para a manutenção dos ganhos obtidos através da padronização (BERSSANETI; BOUER, 2014).

Compatível com o Ciclo PDCA, Juran e Gryna (1991) desenvolveram a trilogia pautada no planejamento, controle e aperfeiçoamento da qualidade, em que o planejamento é a atividade de desenvolvimento de produtos que atendem às necessidades do cliente. O controle é usado pelos operadores como auxílio para atingir os objetivos do processo e do produto, enquanto o aperfeiçoamento tem por objetivo atingir a excelência no desempenho.

O PMAQ é composto por quatro fases que se assemelham às etapas do Ciclo PDCA. Assim, a fase de adesão e contratualização do PMAQ pode ser vista como a primeira etapa do PDCA (*P-Plan*), quando são definidos os objetivos a serem atingidos e as suas formas de medida. A fase de desenvolvimento do programa assemelha-se à segunda etapa (*D-Do*), na qual são tomadas as ações para se atingir os objetivos; na fase de avaliação externa, são avaliados os resultados para certificar a obtenção dos objetivos estabelecidos, assim como, na terceira etapa (*C-Check*), por fim, na quarta etapa (*A-Act*) do Ciclo PDCA, são estabelecidas novas ações e objetivos com base nos resultados apurados na etapa anterior que corresponde à etapa de recontratualização, quando, então, o ciclo é reiniciado (BRASIL, 2012a).

2.1.2 Indicadores de qualidade

Os indicadores de qualidade surgiram na saúde como métricas importantes para identificar as lacunas na qualidade e concentrar os recursos adequadamente na melhoria do cuidado. Contudo, identificar, medir e avaliar o cuidado que os profissionais e as instituições de saúde oferecem é bastante desafiador pela limitação de dados, preocupações éticas e de privacidade, além da dificuldade em comparar dados de diversas fontes (HIGGINS; ZEDDIES; PEARSON, 2011).

O conceito de desempenho é bastante amplo, portanto é importante que o conjunto de medidas utilizadas para a avaliação incorpore indicadores-chave que reflitam as diferentes dimensões de desempenho. Além disso, as medidas devem obedecer aos critérios rigorosos antes de poderem ser utilizadas em programas *pay for performance* (P4P) e garantirem validade, confiabilidade e disponibilidade de dados completos e precisos (EIJKENAAR, 2013).

As organizações devem eleger, dentre uma grande variedade de indicadores possíveis de ser medidos, aqueles que refletem de maneira mais realista e com melhor acuracidade os pontos onde se deseja atuar. Essencialmente, deve-se buscar indicadores que apresentem boa relação entre as variações no indicador e nos resultados desejados, que sejam relevantes, e que seja possível estabelecer comparações (DUBOIS et al., 2017).

A maioria dos programas de pagamento atrelados ao desempenho é baseada em indicadores que mensuram processos com objetivo de aferir resultados que comprovem a melhoria na qualidade do cuidado ou redução nos custos. Os indicadores mais utilizados medem se foram prestados determinados cuidados específicos que são reconhecidos por trazer melhoria no estado final de saúde do paciente (NICHOLSON et al., 2008), ou seja, são escolhidos indicadores que evidenciam que a melhoria do processo de cuidado indica uma melhoria no resultado (PETERSEN, 2006; DONABEDIAN, 2005). Isso deve-se à dificuldade de se obter indicadores de resultado que quantifiquem com exatidão a severidade inicial da doença de cada paciente para permitir constatar quanto cada tratamento traduziu-se em mudança no estado de saúde do indivíduo (NICHOLSON et al., 2008).

Uma das preocupações que os gestores de saúde têm é melhorar a eficácia geral do sistema, a fim de aumentar a satisfação e a lealdade do paciente, o que o torna mais propenso a seguir as prescrições médicas, melhorando os resultados de saúde (RAPOSO; ALVES; DUARTE, 2009).

A qualidade da estrutura tem impacto positivo e significativo na satisfação do paciente, e esse tipo de melhoria pode trazer também ganhos de eficiência ao eliminar desperdícios e reduzir custos. No entanto, se os pacientes têm a percepção de que a melhoria da estrutura está focada prioritariamente em ganho de eficiência, isso pode impor uma imagem negativa que reduz a força da relação entre a qualidade estrutural e a satisfação (GOK; SEZEN, 2013).

A implementação de ferramentas de qualidade na gestão de processos de saúde proporciona aumento na segurança do paciente e na produtividade, melhora a velocidade dos processos e aumenta a receita (ANTONY et al., 2018).

2.1.3 Satisfação do paciente

Desde a década de 1970, as pesquisas de satisfação tinham por objetivo conseguir melhores resultados clínicos, por meio de adesão ao tratamento, e abordavam distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). No Brasil, os estudos desenvolveram-se na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Donabedian (1992) acredita na contribuição do consumidor na avaliação da qualidade em três etapas: na definição de qualidade, com base em suas expectativas e percepções; no julgamento propriamente dito, de acordo com a sua própria definição; e também na criação de parâmetros para a mensuração da qualidade dos serviços pelos demais consumidores.

Por muitos anos, o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa para medir a satisfação do paciente tinha dois usos principais. Primeiramente, em pesquisas em que a satisfação do paciente era considerada um resultado para avaliar o valor de uma nova intervenção. Depois, por planos de saúde, hospitais e outros provedores, para avaliar a satisfação de seus membros ou pacientes com seus serviços (SOFAER; FIRMINER, 2005).

O crescimento dos movimentos de consumidores e usuários dos serviços públicos, ao exigir melhores produtos e serviços, empoderou os sujeitos entre os quais encontram-se agora os pacientes, o que torna o uso de pesquisas de satisfação cada vez mais frequente na área da saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

De modo geral, destacam-se dois grandes grupos de fatores relacionados com a satisfação: um relativo ao serviço e aos seus provedores, e outro inerente aos próprios usuários (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

A satisfação possui um aspecto subjetivo e pode variar muito com a expectativa e as exigências individuais em relação ao atendimento e às características do paciente, como idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITZIA; WOOD, 1997). O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços, e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto nível de exigência (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Observa-se que o conceito de satisfação empregado reflete diferentes objetivos de pesquisa (avaliar a qualidade ou conhecer a percepção do usuário) e encontra-se relacionado a eventos médicos e não médicos. A satisfação serve para avaliar desde as “amenidades do cuidado”, referindo-se à alimentação, à limpeza e ao conforto, até a qualidade técnica dos serviços (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Ao adotar uma abordagem orientada para o mercado, acredita-se que o sistema de saúde operaria de forma mais eficaz e eficiente e produziria maior valor (alta qualidade como retorno ao preço pago) se os problemas historicamente encontrados nos serviços de saúde fossem identificados e sanados (SOFAER; FIRMINER, 2005).

De acordo com a revisão feita por Crown et al. (2002), a satisfação do paciente não implica o serviço superior, apenas o serviço adequado ou aceitável.

Embora a satisfação não seja a única forma de avaliação do paciente, a satisfação do paciente e seus correlatos é predominante nos estudos de avaliação de qualidade. Cada vez mais, a satisfação do paciente vem sendo usada como medida do desempenho do sistema de saúde por meio de relatórios públicos e esquemas de pagamento por *performance* (FARLEY et al., 2014).

Apesar do alto valor das informações obtidas das pesquisas de satisfação dos pacientes, é difícil fazer uma associação direta entre os resultados das pesquisas e o desempenho do médico, a qualidade do cuidado ou os desfechos clínicos. A inclusão de um domínio separado para a satisfação do paciente em programas de pagamento é uma maneira assertiva de medir o cuidado centrado no paciente. A satisfação dos clientes é importante em qualquer setor de serviços, mas deve ser usada como uma medida de resultado discreta e combinada a outras medidas de desempenho dos processos e de resultados clínicos (FARLEY et al., 2014).

2.2 Modelos de Remuneração em Saúde

O aumento da longevidade da população tem trazido à tona diversas discussões em relação à coerência entre as políticas públicas de Atenção à Saúde e a atual situação de saúde do ponto de vista demográfico e epidemiológico. Todos os dias, surgem novas propostas de tratamento para doenças crônicas da atualidade que contribuem significativamente para o aumento de custo na saúde (BENGOA, 2008).

Atualmente, diante da eficiência das campanhas de imunização e do desenvolvimento de procedimentos e medicamentos para tratamentos agudos, somada à mudança demográfica da população, estamos diante de um quadro de doenças crônicas que tendem a se apresentar de forma mais permanente e definitiva. O que demanda uma transição da Atenção à Saúde para um modelo de atendimento que responda de forma proativa, contínua e integrada, ao invés da realização de procedimentos curativos (MENDES, 2010).

A forma mais comum e rudimentar de pagamento utilizada na área de saúde é realizada por taxa de utilização (*Fee for service – FFS*), que acaba incentivando o excesso de serviço e o prolongamento de internações. Uma das estratégias sugeridas para limitar o

excesso de serviços é fixar o montante de pagamento aos prestadores através do modelo de pagamento *per capita*, no qual o prestador recebe uma taxa pré-determinada para cobrir todos os serviços de saúde de cada pessoa registrada sob sua responsabilidade, isso encoraja-o a privilegiar a prevenção e a ser mais consciente nas recomendações de tratamento (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2014).

Uma outra forma de remuneração mais eficiente é aquela realizada por pacotes, nos quais as doenças são agregadas em grupos de diagnósticos e têm o custo médio do tratamento pré-fixado, independentemente da forma como é feito o tratamento de cada paciente (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2014).

Ainda que o tema da remuneração sempre tenha tido importância para os gestores dos sistemas de saúde, a preocupação com a relação entre a forma de remuneração e o conteúdo do atendimento oferecido é mais recente. Dois fatores parecem ser preponderantes na qualidade do atendimento clínico dos profissionais de saúde: a forma de atuação profissional e a forma de remuneração. A forma de atuação está ligada aos fatores éticos e técnicos que determinam o que o profissional considerará adequado fazer. Por outro lado, a remuneração, quando atrelada ao desempenho, seria um diferencial a fim de incentivar o profissional a atingir metas ou mudar os seus processos de trabalho (POLI NETO et al., 2016).

Ju Kim et al. (2017) identificaram que a melhoria nos indicadores de qualidade refletia não só melhorias reais no atendimento ao paciente como também menores índices de infecção pós-operatória e complicações, o que leva, conseqüentemente, a reduções nos custos médicos.

O pagamento por desempenho (do inglês *pay for performance* – *P4P*) pode ser definido como a transferência de dinheiro a provedores ou serviços de saúde, condicionada aos resultados alcançados em face de ações ou metas mensuráveis e predeterminadas (BARRETO, 2015).

A premissa do *P4P* é de que os provedores sejam receptivos aos incentivos financeiros e que os métodos de pagamento mais comuns (por serviço, por paciente, ou salário) não estimulem o bom desempenho. Ao considerar que as medições de desempenho tornaram-se mais precisas nas últimas décadas, parece apropriado usar incentivos financeiros explicitamente para estimular melhorias no desempenho. Ao contribuir para uma melhor prevenção e gestão de doenças, bem como para a inclusão de medidas de eficiência, o *P4P* também poderia mitigar o crescimento de custos (EIJKENAAR, 2013).

Apesar do seu apelo intuitivo, segundo Mendelson et al. (2017), as melhorias prometidas pelos programas de pagamento por *performance* não foram empiricamente comprovadas. Os maiores ganhos foram observados em áreas em que o desempenho basal era fraco, e são mais significativos nos primeiros anos de implementação do programa, mas a taxa de melhoria diminuiu ao longo do tempo, e não há evidências claras de melhora nos resultados do paciente (MENDELSON et al., 2017).

Existem diversos motivos pelos quais é difícil obter dados empíricos para a comprovação dos resultados do *P4P*. Um deles seria a simultaneidade de ações implementadas na saúde para a melhoria de qualidade, como auditorias e relatórios públicos, e a própria implantação de indicadores de desempenho. Um outro motivo seria a diversidade de desenho dos diferentes programas, o que produz uma heterogeneidade de resultados difícil de comparar (ROSENTHAL et al., 2016). Mais um ponto, ainda em relação ao desenho dos programas, é a dificuldade de estabelecer uma estrutura ideal que seja justa e efetiva, que leve em conta os diversos aspectos a se considerar, como o que incentivar, quem incentivar e como incentivar (EIJKENAAR, 2013).

Na revisão realizada por Van Herck et al. (2010), foram identificados relatos de alguns efeitos inesperados, como a subnotificação de indicadores e a percepção de negligência em medidas não incentivadas, ambas em pequena escala, mas que não podem deixar de ser monitoradas.

Gillam, Siriwardena e Steel (2012) publicaram posteriormente uma revisão focada no programa britânico de pagamento por *performance* (*Quality and Outcomes Framework – QOF*), no qual observou-se pouca evidência de subnotificação, que foi atribuída ao rigor existente no sistema de acompanhamento, o que reforça a importância de manter sob vigilância os potenciais pontos geradores de conflitos de interesse.

Os programas de pagamento por *performance* devem refletir uma visão multidimensional da qualidade, equilibrando os indicadores que serão utilizados para o pagamento dos incentivos, entretanto esse tem sido um dos pontos fracos dos programas (HASNAIN-WYNIA; JEAN-JACQUES, 2009).

O desenho dos programas de remuneração por desempenho pode ser a chave do sucesso para garantir que os indicadores medidos reflitam aquilo que precisa ser melhorado e minimizem a geração de efeitos adversos, bem como que a distribuição do recurso financeiro

seja suficientemente equilibrada a ponto de estimular a mudança necessária para obtenção da melhoria, sem desmotivar ou criar disparidades (KONDO et al., 2016; LESTER et al., 2013).

Um ponto importante do programa de pagamento por *performance* está na abrangência das medidas, de forma que torne possível melhorar a qualidade dos serviços em diversas áreas da atenção. Uma outra característica importante é a seleção de metas abrangentes que mensurem o desempenho individual, da equipe e da organização como um todo, que estimulem o trabalho em equipe e o cuidado contínuo e integral. Também o que não pode ser esquecido é o registro dos dados e a sua verificação, além da clareza das regras do programa para os seus participantes (TABRIZI et al., 2017).

Pagar aos médicos, para melhorar os índices de qualidade, raramente melhora por si só o desempenho de maneira significativa e sustentável. Mas as evidências sugerem que as ferramentas, como auditoria, *feedback* e publicação de dados, e os esforços para criar processos que tornem extremamente fácil fazer as coisas certas podem afetar positivamente a prestação de cuidados (DALE; MYINT; COMPTON-PHILLIPS, 2016).

Valorizar o cuidado, otimizar a análise e o uso dos dados e reduzir o desperdício no fluxo de trabalho melhoram a saúde mais do que os esquemas de pagamento por desempenho. Na medida em que as práticas mudam o foco da taxa de serviço para o cuidado de saúde de alto valor, centrado na pessoa, evita-se a criação de sistemas que roubem dos clínicos o significado de fazer parceria com os pacientes para criar saúde (DALE; MYINT; COMPTON-PHILLIPS, 2016).

Sura e Shah (2010) demonstraram que os pequenos ganhos financeiros não são suficientes para motivar os prestadores e hospitais a melhorar o desempenho, além disso, identificaram que a forma de distribuir os pagamentos também interfere no resultado dos programas de remuneração por desempenho.

Os programas que remuneram conforme as categorias de prestadores acabam privilegiando aqueles que já atendem com alto patamar de desempenho, enquanto aqueles categorizados como de baixo desempenho, por mais melhorias que sejam feitas, não são suficientes para ser reclassificados em categorias de melhores prestadores. Isso dificulta manter a continuidade do atendimento ao paciente e cria um ciclo vicioso no qual os hospitais de pior desempenho tendem a culpar o *mix* de pacientes pelo seu mau resultado. Alguns programas chegam a aplicar penalidades, ao invés de oferecer incentivos que permitiriam

fazer os investimentos necessários em estrutura para obter melhoria e atrair novos pacientes (SURA; SHAH, 2010).

Os programas de pagamento por *performance* podem servir de ferramenta para a busca de um novo patamar de qualidade de atendimento, de tal forma que os resultados obtidos inicialmente, com a implantação do programa, mantenham-se sustentáveis, mesmo com a remoção do incentivo, uma vez que novos processos tenham sido instaurados, não havendo estímulo contrário para o retrocesso (BENZER et al., 2014).

No Brasil, para melhorar a avaliação das atividades relacionadas à Atenção Básica, em 2011, foi implementado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que, além de estabelecer novos mecanismos de avaliação, também estabeleceu novas formas de incentivo financeiro (PROTASIO et al., 2017). As informações advindas da análise das ações de Equipes de Atenção Básica (EAB) atuam em diferentes cenários e podem contribuir para a melhoria assistencial ao indicar potencialidades, fragilidades e desafios encontrados para a efetividade das ações de cuidado (SOUZA et al., 2017).

O PMAQ tem como principal objetivo incentivar 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, que busque reconhecer e valorizar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

2.3 Resumo do Quadro Teórico

Os construtos apresentados ao longo do referencial teórico podem ser resumidos na Tabela 2, assim como os seus principais autores.

Tabela 2 – Resumo do quadro teórico

CONSTRUTO	CONCEITO	AUTOR
Qualidade em saúde	A melhoria na estrutura do atendimento deve levar às melhorias nos processos clínicos que, por sua vez, devem melhorar o resultado do paciente.	(DONABEDIAN, 2005); (PETERSEN, 2006); (GOK; SEZEN, 2013)
	Proporcionar cuidados de alta qualidade significa percorrer uma lista de características de desempenho que passa por prestar cuidado seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo.	(INSTITUTE OF MEDICINE, 2001); (HASNAIN-WYNIA; JEAN-JACQUES, 2009)
Satisfação do usuário	A satisfação do consumidor desempenha um triplo papel nos cuidados de saúde. Em primeiro lugar, é um julgamento sobre a qualidade dos cuidados de saúde, incorporando as expectativas e percepções do paciente. Em segundo lugar, é um “resultado” do cuidado: um aspecto do bem-estar psicológico do paciente e também uma consequência que os sistemas de saúde podem buscar como um sinal de seu sucesso. E, em terceiro lugar, a satisfação do paciente é uma contribuição para novos cuidados, motivando os pacientes a procurar atendimento e a colaborar para aumentar o seu sucesso. A satisfação possui um aspecto subjetivo e pode variar muito com a expectativa e a exigência individuais em relação ao atendimento e às características do paciente.	(DONABEDIAN, 1992); (SITZIA; WOOD, 1997); (UCHIMURA; BOSI, 2002); (RAPOSO; ALVES; DUARTE, 2009); (VAITSMAN; ANDRADE, 2005); (SOFAER; FIRMINER, 2005); (FARLEY et al., 2014)
Indicadores de desempenho	Para corrigir problemas de processos e obter melhoria nos resultados, é crítico medir esses resultados. A ausência de indicadores dificulta a identificação da melhor solução a se buscar, bem como a avaliação dos resultados obtidos frente aos esperados.	(DUBOIS et al., 2017); (HIGGINS; ZEDDIES; PEARSON, 2011); (EIJKENAAR, 2013); (NICHOLSON et al., 2008)
Ferramentas de qualidade	As ferramentas de qualidade dão suporte às etapas de diagnóstico e à solução que constituem o caminho para a melhoria da qualidade.	(ANTONY et al., 2018); (BERSSANETI; BOUER, 2014); (KAPLAN et al., 2014)
Modelos de remuneração em saúde	Os provedores são receptivos aos incentivos financeiros, e os métodos de pagamento mais comuns (por serviço, por paciente, ou salário) não estimulam o bom desempenho.	(EIJKENAAR, 2013); (MILLER et al., 2017)
	O incentivo financeiro gera estímulo através do aumento da remuneração atrelada a um resultado variável de volume ou desempenho.	(PETERSEN, 2006); (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, 2014); (BARRETO, 2015)
	Dois fatores são preponderantes na qualidade do atendimento clínico dos profissionais de saúde: a forma de atuação profissional e a de remuneração.	(POLI NETO et al., 2016); (SURA; SHAH, 2010)
	A melhoria nos indicadores de qualidade reflete não só as melhorias reais no atendimento ao paciente como também os menores índices de infecção pós-operatória e complicações, levando, consequentemente, a reduções nos custos médicos	(JU KIM et al., 2017); (PETERSEN, 2006); (BENZER et al., 2014)
	O desenho dos programas de remuneração por desempenho deve garantir que os indicadores medidos reflitam aquilo que precisa ser melhorado, bem como que a distribuição do recurso financeiro seja suficientemente equilibrada a ponto de estimular a mudança necessária para obtenção da melhoria sem desmotivar ou criar disparidades.	(KONDO et al., 2016); (JURAN, 1989); (DORAN et al., 2014); (ROSENTHAL et al., 2016); (VAN HERCK et al., 2010); (GILLAM; SIRIWARDENA; STEEL, 2012); (HASNAIN-WYNIA; JEAN-JACQUES, 2009); (TABRIZI et al., 2017)

Fonte: Autora

3 PMAQ: PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

A população está vivendo por mais tempo e com condições de saúde diversas, o que significa não só aumento na demanda, mas também na complexidade do atendimento (THE HEALTH FOUNDATION, 2016). Evidências internacionais apontam que as regiões que organizam os seus sistemas de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS) obtêm melhores resultados sanitários e econômicos (SANTOS et al., 2017).

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012b).

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b).

No Brasil, a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é a principal organizadora das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2018a).

Como parte da estratégia do Departamento de Atenção Básica, foi instituído, em 2011, o PMAQ, o programa de remuneração por desempenho do governo, com objetivo de incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica.

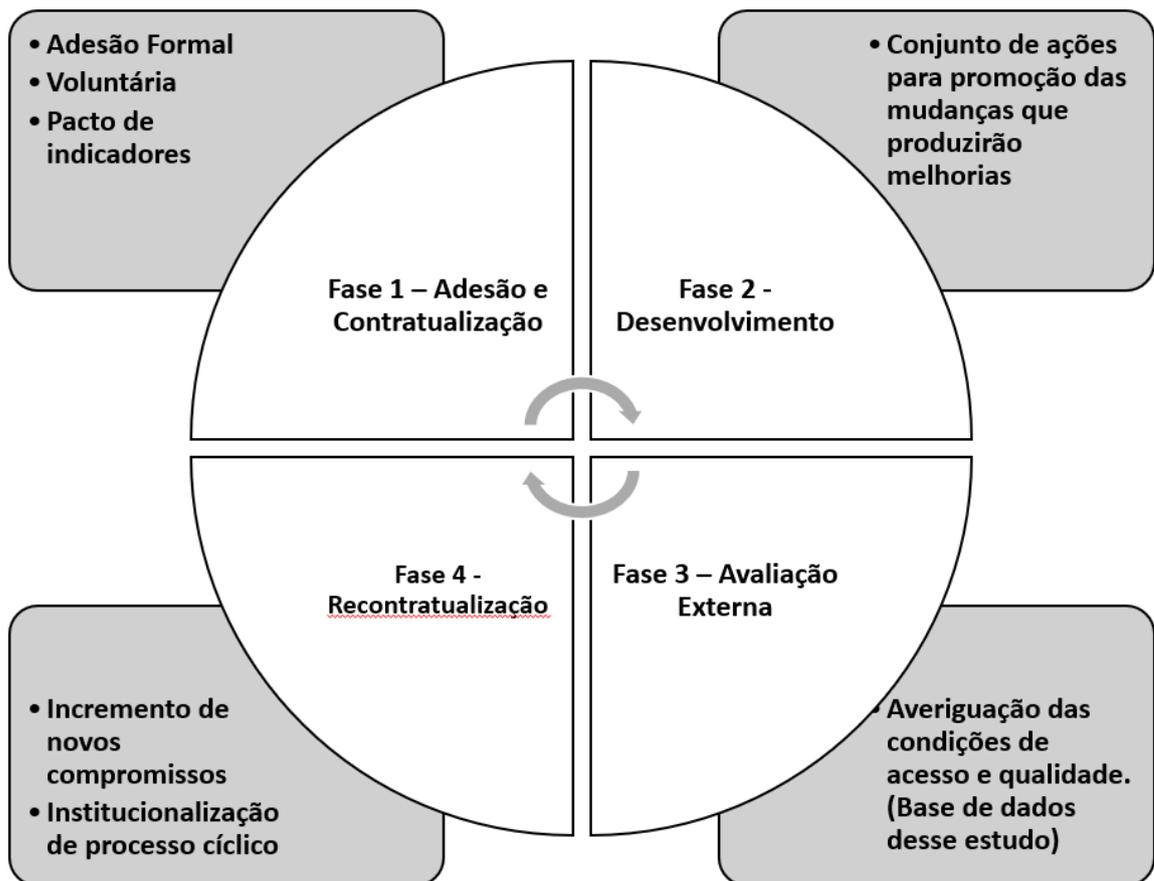
As diretrizes do PMAQ são as seguintes:

- Construir um parâmetro de comparação entre as Equipes de Atenção Básica (EAB);
- Estimular o processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade;
- Estimular a transparência em todas as suas etapas;
- Promover envolvimento, mobilização e responsabilização dos gestores federais, estaduais e municipais, das Equipes de Saúde de Atenção Básica e dos usuários;

- Desenvolver cultura de negociação e contratualização;
- Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;
- Demarcar o caráter voluntário para a adesão tanto pelas EAB quanto pelos gestores municipais (BRASIL, 2011).

O PMAQ está organizado em quatro fases, ilustradas na Figura 5, que se complementam e compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB): adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2012a).

Figura 5 – Fases do PMAQ



Fonte: Adaptado do Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2012a)

Na primeira etapa, ocorre a adesão formal ao programa, que é voluntária e na qual são pactuados os compromissos e os indicadores a ser acompanhados. Na segunda fase, ocorre o desenvolvimento do conjunto de ações que serão tomadas com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão e do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Na terceira fase, ocorre a avaliação externa que averigua as condições de acesso e de qualidade. Por fim, na quarta fase, são repactuados os compromissos entre as partes, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2012a).

Um ciclo completo do PMAQ tem duração média de dois anos e, desde a sua criação, em 2011, já foram realizados três ciclos completos (2012/2013, 2014/2015 e 2016/2018).

A etapa de avaliação externa, objeto de estudo desta pesquisa, engloba o levantamento de informações para a análise das condições do acesso e da qualidade das Equipes de Atenção Básica participantes do programa. Os dados foram coletados pelo Ministério da Saúde, com o apoio de 53 instituições de Ensino e Pesquisa, por meio de um instrumento de avaliação desenvolvido pelo próprio Ministério e organizado em quatro módulos resumidos na Figura 6 (BRASIL, 2013).

Figura 6 – Módulos de avaliação externa do PMAQ

Módulo 1 – Observação	Módulo 2 – Entrevista com Profissional	Módulo 3 – Entrevista com Usuário	Módulo 4 - Eletrônico
<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura • Materiais • Insumos • Medicamentos <p>*555 questões</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de Trabalho • Organização do serviço • Cuidado para os usuários <p>*686 questões</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação • Percepção em relação ao acesso e utilização <p>*319 questões</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informações complementares aos Módulos I, II e III preenchidas no SGDAB pelos gestores

Fonte: Adaptado do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2013)

O Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde – objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Neste módulo, o avaliador da qualidade é acompanhado por um profissional (enfermeiro, médico ou um profissional de nível superior) da Equipe de Atenção Básica que conheça a estrutura, os equipamentos e os materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2013).

O Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde – objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do serviço e os cuidados para os usuários. Para responder à entrevista com a equipe participante, o entrevistador faz contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deve ser enfermeiro, médico ou um profissional de nível superior que tenha conhecimento sobre o processo de trabalho, determinado pela equipe previamente no momento da avaliação (BRASIL, 2013).

O 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 à sua utilização. O questionário do Módulo III é aplicado para quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa. Para a entrevista com os usuários, o avaliador seleciona aqueles que não passaram por consulta com médico ou enfermeiro no dia da entrevista.

Os blocos específicos (mulher, pré-natal, criança, hipertensão, diabetes) são aplicados de acordo com o perfil do usuário. São aplicados os seguintes critérios de exclusão: não continuar a entrevista se for a primeira vez que o usuário vai até a Unidade de Saúde e não continuar a entrevista se fizer mais de 12 meses que o usuário foi até a Unidade de Saúde (BRASIL, 2013).

O módulo eletrônico compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Estas informações são respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão de Programas do Departamento da Atenção Básica (SGDAB), no site do programa (BRASIL, 2013).

Neste estudo, utilizou-se o Módulo III, que investiga a percepção e satisfação dos usuários dos serviços de saúde quanto ao acesso e uso.

Com base nas definições do PMAQ para a avaliação da obtenção dos seus principais objetivos, os indicadores de qualidade estão ligados à satisfação do usuário, ao vínculo com os profissionais de saúde e à qualidade do atendimento, enquanto o acesso pode ser medido através da comunicação sobre o funcionamento das unidades, a disponibilidade de acesso, a facilitação do acesso, a organização do cuidado e a oferta de procedimentos (BRASIL, 2012a).

Apesar de existirem instrumentos já validados e consagrados para a avaliação da Atenção Primária, o Ministério da Saúde desenvolveu o seu próprio método (substancialmente revisado em 2015 para o Ciclo 3 do PMAQ) para fazer a avaliação de desempenho, na qual as equipes recebem uma pontuação geral, que é uma média ponderada que reflete a sua participação nas atividades de autoavaliação (10% da pontuação final), o desempenho em indicadores de saúde acordados (10% do escore final), o uso correto de registros eletrônicos de saúde (novo no Ciclo 2 e ponderado como 10% do escore final) e os resultados de um conjunto de indicadores derivados da avaliação externa (70%) (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

A pontuação das equipes é utilizada para certificá-las de acordo com os seguintes critérios:

Classificação	
Insatisfatória	Pontuação < Média – 1 Desvio-padrão
Média ou abaixo da média	Média – 1 Desvio-padrão < Pontuação < Média
Acima da média	Média < Pontuação < Média + 1 Desvio-padrão
Muito acima da média	Pontuação > Média + 1 Desvio-padrão

Fonte: (BRASIL, 2011)

Para a certificação das equipes, foi criada uma matriz de pontuação que agrega os padrões de qualidade contidos no instrumento. Esta matriz foi organizada em dimensões, subdimensões e padrões de qualidade. A dimensão é uma estrutura temática que consolida os grupos de subdimensões com padrões de qualidade sobre um determinado tema, conforme a Tabela 3. Já a subdimensão refere-se ao grupo de perguntas (padrão) que vai compor parte da dimensão. Os padrões de qualidade são as perguntas realizadas na avaliação externa (BRASIL, 2018b).

Para atribuir pesos às dimensões e questões da matriz, foram definidos critérios que consideraram a sua relevância técnica, estratégica e política.

Tabela 3 – Descrição das dimensões da matriz de pontuação – PMAQ

Dimensão	Descrição
I	Gestão municipal para o desenvolvimento da Atenção Básica
II	Estrutura e condições da UBS
III	Valorização do trabalhador
IV	Acesso, qualidade da atenção e organização do processo de trabalho
V	Acesso, utilização, participação e satisfação do usuário

Fonte: Adaptado de DAB/MS

Para esta pesquisa, será analisada a Subdimensão V.VIII, denominada “Satisfação com o cuidado”, que engloba a possibilidade de mudança de equipe, se o usuário recomendaria a unidade a um amigo ou familiar e a avaliação sobre o cuidado que o usuário e os familiares recebem. A Tabela 4 descreve todas as subdimensões que compõem a Dimensão V, que é de interesse deste trabalho, e o Anexo A apresenta as subdimensões que compõem as demais dimensões.

Tabela 4 – Relação das subdimensões que compõem a Dimensão V

Subdimensão	Descrição
V.I	Acesso e marcação de consulta na Unidade de Saúde
V.II	Acolhimento da demanda espontânea
V.III	Vínculo e responsabilização
V.IV	Visita domiciliar
V.V	Ações de combate e de atenção às doenças transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i>
V.VI	Saúde bucal
V.VII	Mecanismos de participação e interação dos usuários
V.VIII	Satisfação com o cuidado

Fonte: Adaptado de DAB/MS

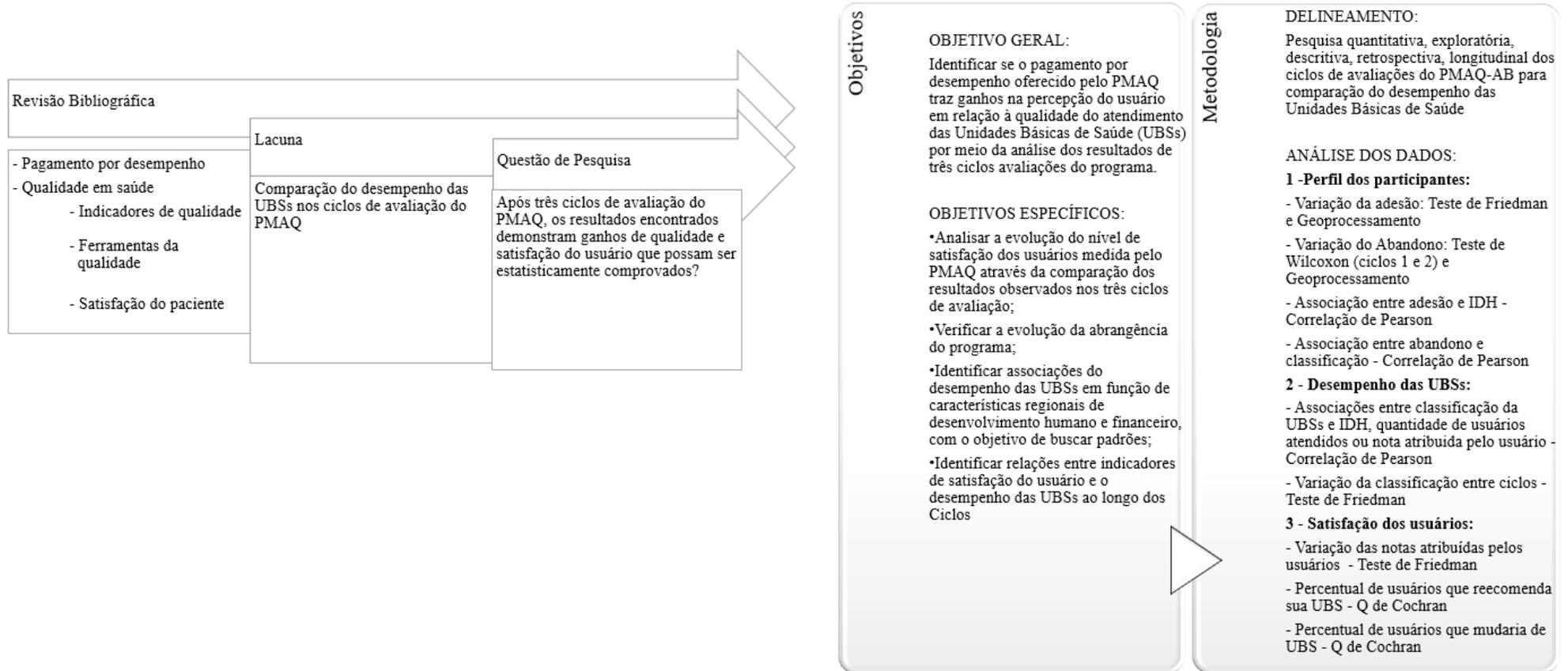
4 MÉTODO DE PESQUISA

O tema do presente trabalho estuda o impacto dos sistemas de remuneração na qualidade dos serviços de saúde. O problema de pesquisa reside no fato de o modelo de remuneração por serviço, que é o mais amplamente adotado, não estimular a qualidade na saúde, e de estarem surgindo novos modelos de remuneração baseados em valor, que têm como objetivo reduzir os custos e melhorar a qualidade do serviço prestado.

O Brasil possui um modelo de remuneração por desempenho implantado na rede pública de saúde chamado PMAQ. Este programa já passou por três ciclos de avaliação e possui dados disponíveis para o acesso público que permitem comparar o desempenho entre ciclos, serve como delimitação do escopo deste estudo e oferece evidências que permitem responder à pergunta desta pesquisa: *Após três ciclos de avaliação do PMAQ, os resultados encontrados demonstram ganhos de qualidade e satisfação do usuário que possam ser estatisticamente comprovados?*

A Figura 7 ilustra as etapas deste trabalho de forma a sintetizar o caminho percorrido para a definição de objetivos, hipóteses e escolha do método a ser utilizado.

Figura 7 – Etapas metodológicas da pesquisa



4.1 Delineamento da Pesquisa

Para resposta à pergunta da pesquisa, optou-se por um enfoque quantitativo com a utilização dos dados de avaliação do PMAQ, coletados pelo Ministério da Saúde por meio de análises estatísticas, que permitem comprovar ou refutar as hipóteses nulas estabelecidas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Embora os estudos a respeito dos impactos das formas de remuneração na qualidade da saúde não sejam recentes, ainda existe um baixo nível de evidências, resultados conflitantes e temas inexplorados, principalmente no que tange à saúde pública do Brasil, o que justifica uma pesquisa exploratória, descritiva, em que se analisa a abrangência do programa e as características da adesão e do abandono das UBSs dos pontos de vista geográfico e de desenvolvimento regional, populacional e operacional.

Considerando o objetivo de comparar o desempenho das UBSs ao longo dos ciclos, optou-se por um desenho não experimental longitudinal de tendência que possibilitasse analisar a mudança do resultado das avaliações ao longo do tempo para as UBSs participantes do programa. A escolha justifica-se pela falta de controle do pesquisador sobre as variáveis, bem como pela característica dos dados coletados em três momentos diferentes para a mesma população (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006). Desta forma, foi delineada uma pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva, retrospectiva, longitudinal dos ciclos de avaliação do PMAQ para a comparação do desempenho das Unidades Básicas de Saúde.

4.2 Hipóteses e Modelo Conceitual

Esta pesquisa pretende verificar se houve melhoria entre os ciclos de avaliação e atingir os objetivos descritos a seguir:

- 1) Verificar a evolução da abrangência do programa.

Para atingir esse objetivo, foram analisados os percentuais de adesão ao programa para identificar as diferenças existentes entre os ciclos de avaliação, bem como verificar se a adesão das UBSs está associada ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município onde elas se localizam.

Essa análise é expressa através das seguintes hipóteses nulas:

Hipótese 01: Os percentuais de adesão das UBSs ao programa são iguais ao longo dos ciclos.

Hipótese 02: Não existe associação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o percentual de adesão das UBSs ao programa.

Também é interessante verificar se os percentuais de abandono sofreram ou não mudança ao longo dos ciclos e se o desempenho na avaliação recebida em um ciclo está associado, ou não, ao abandono da UBS no ciclo seguinte.

Essa análise é expressa através das seguintes hipóteses nulas:

Hipótese 03: Os percentuais de abandono das UBSs são iguais ao longo dos ciclos.

Hipótese 04: Não existe associação entre o desempenho na avaliação e o abandono do programa.

- 2) Identificar associações do desempenho das UBSs em função de características regionais de desenvolvimento humano e financeiro.

A variação dos percentuais da classificação obtida pelas unidades nas diferentes categorias foi objeto de análise para entender, se após a adesão ao programa, houve alteração ou não no percentual de unidades mais bem classificadas, indicando a melhoria na qualidade.

Outro ponto analisado foi a associação ou não entre o número de usuários atendidos e a classificação da UBS, para verificar se existe maior dificuldade em manter o bom nível de qualidade quando o número de atendimentos é muito elevado.

Por fim, foi verificado se existe uma associação ou não entre o desempenho das UBSs e o IDH do município onde elas se localizam, uma vez que o IDH é um indicador que procura ser mais abrangente do que o PIB, por refletir não apenas uma medida financeira, mas basear-se em três pilares: saúde, educação e renda.

Uma associação da classificação com o IDH pode indicar que a localização da unidade é relevante para a qualidade do atendimento.

Essas análises foram expressas por meio das seguintes hipóteses nulas:

Hipótese 05: Os percentuais de usuários que mudariam de UBS (por ser mal atendidos) são iguais ao longo dos ciclos.

Hipótese 06: Os percentuais de usuários que mudariam de UBS (por achar os profissionais das outras UBSs melhores) são iguais ao longo dos ciclos.

Hipótese 07: Não existe associação entre o desempenho na avaliação e o número médio de usuários atendidos por UBSs.

Hipótese 08: Não existe associação entre o desempenho na avaliação e o IDH do município onde a UBS se localiza.

Hipótese 09: A classificação das UBSs é igual ao longo dos ciclos.

- 3) Analisar a satisfação dos usuários por meio da comparação dos resultados observados nos ciclos de avaliação

Para atingir esse objetivo, foram analisados os percentuais de usuários que mudariam de unidade por mau atendimento, para verificar se houve variação ou não entre os ciclos, assim como os percentuais de usuários que recomendariam a sua unidade, de forma a identificar se houve mudança ou não na percepção do usuário em relação à qualidade do atendimento.

A análise dos percentuais de usuários que recomendariam a sua unidade aos amigos e parentes e dos percentuais de usuários que trocariam de unidade permite identificar variações ou não que demonstram o aumento ou a redução da satisfação ao longo dos ciclos.

Também foram analisadas as notas atribuídas pelos usuários às UBSs para identificar as diferenças ou não entre os ciclos.

Essas análises são expressas por meio das seguintes hipóteses nulas:

Hipótese 10: Os percentuais de usuários que recomendariam a UBS são iguais ao longo dos ciclos.

Hipótese 11: Os percentuais de usuários que trocariam de UBS são iguais ao longo dos ciclos.

Hipótese 12: As notas médias atribuídas pelos usuários para a sua satisfação com o atendimento na UBS são iguais ao longo dos ciclos.

- 4) Identificar relações entre os indicadores de satisfação do usuário e o desempenho das UBSs ao longo dos ciclos.

Foi feita a análise da associação, ou não, entre as notas atribuídas pelos usuários e a classificação obtida pela UBS na avaliação para identificar se as UBSs com melhor classificação também são aquelas que obtiveram as melhores notas dos usuários, demonstrando aderência entre a percepção do usuário em relação à qualidade e o resultado da avaliação do programa.

Essa análise foi expressa através da seguinte hipótese nula:

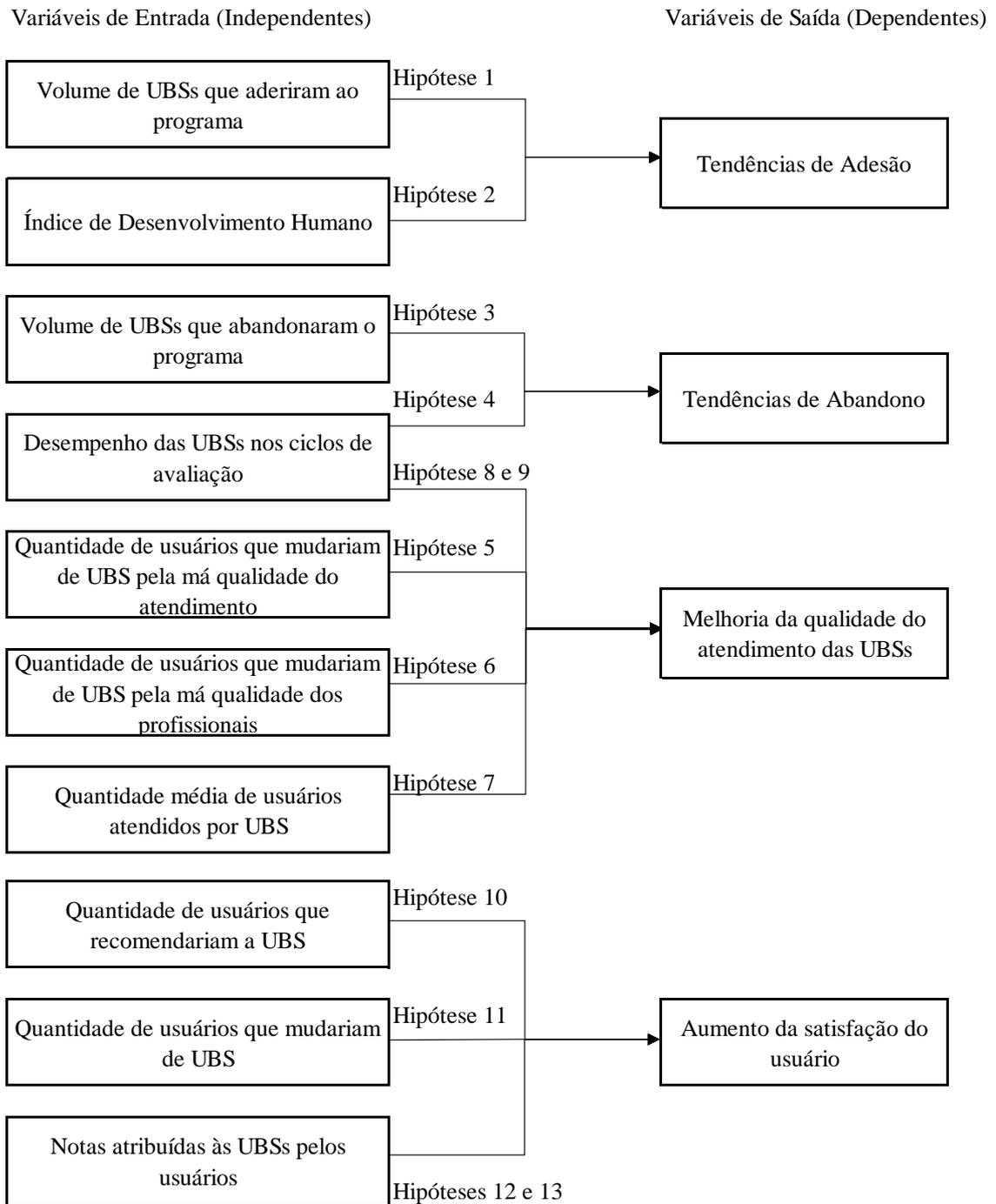
Hipótese 13: Não existe associação entre o desempenho na avaliação e a nota atribuída pelo usuário para a UBS.

As hipóteses apresentadas relacionam-se com as variáveis de entrada e de saída, conforme ilustra o modelo conceitual apresentado na Figura 8.

Como variáveis de entrada, estão o volume das UBSs que aderiram e que abandonaram o programa, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios, o desempenho obtido pelas UBSs nos três ciclos de avaliação, a quantidade média de usuários atendidos por UBS, a quantidade de usuários que mudariam de unidade pela má qualidade do atendimento, pela má qualidade dos profissionais e a quantidade total de usuários que mudariam de unidade. Também são variáveis de entrada a quantidade de usuários que recomendariam a sua unidade e as notas atribuídas pelos usuários às UBSs.

São variáveis de saída desta pesquisa as tendências de adesão e abandono do programa, a melhoria da qualidade do atendimento e o aumento da satisfação dos usuários.

Figura 8 – Modelo conceitual da pesquisa



Fonte: Autora

4.3 Metodologia de Coleta e de Análise dos Dados

A população do estudo é composta pelas 31.040 UBSs, distribuídas em 5.322 municípios do Brasil participantes do PMAQ, das quais serão analisados os indicadores que medem o desempenho em qualidade sob a ótica da satisfação dos usuários dessas unidades. São parte do estudo apenas unidades inscritas como participantes da Atenção Básica (AB), tendo sido excluídas as unidades inscritas somente na Saúde Bucal.

Os dados utilizados estão disponíveis para o acesso público e *download* por meio do site do Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>), contidos em planilhas cujas questões aplicadas pelo PMAQ para medir a satisfação dos usuários encontram-se no Anexo B, Anexo C.

Para a análise quantitativa, também foram coletados dados do IBGE para a avaliação da abrangência do programa e da distribuição das UBSs no território e da sua cobertura à população.

Em busca de resposta para a pergunta de pesquisa, foi feita uma análise dos dados coletados nas questões apresentadas na Tabela 5, que fazem parte da Subdimensão V.VIII do PMAQ, as quais avaliam a satisfação com o cuidado. A Tabela 5 mostra a descrição das questões respondidas pelos usuários durante entrevistas realizadas nos três ciclos de avaliação.

Tabela 5 – Questões analisadas da avaliação do PMAQ

CICLO 1		CICLO 2		CICLO 3	
NÚMERO	PERGUNTA	NÚMERO	PERGUNTA	NÚMERO	PERGUNTA
18.6	Se o(a) senhor(a) pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	23.2	Se o(a) senhor(a) pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	21.1	Se o(a) senhor(a) pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde?
18.7	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?	23.3	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?	21.2	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?
18.7.1	A Unidade é distante	23.3.1	A Unidade é distante	21.2.1	A Unidade é distante
18.7.2	Horário de atendimento não atende às necessidades	23.3.2	Horário de atendimento não atende às necessidades	21.2.2	Horário de atendimento não atende às necessidades
18.7.3	Porque não consegue atendimento	23.3.3	Porque não consegue atendimento	21.2.3	Porque não consegue atendimento
18.7.4	É mal atendido	23.3.4	É mal atendido	21.2.4	É mal atendido
18.7.5	Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores	23.3.5	Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores	21.2.5	Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores
18.7.6	Outros	23.3.6	Outros	21.2.6	Outros
		23.3.7	nenhuma das anteriores		
18.8	O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	23.4	O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	21.4	O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?
18.9	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pela equipe?		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo (a):	21.6	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pela equipe?
		23.8	Médico (a)		
		23.8	Enfermeiro (a)		
		23.9	Técnico/auxiliar(es) de enfermagem		
		23.10	Agentes comunitários de saúde (ACS)		
		23.11	Equipe de recepção da Unidade de Saúde		
		23.12	Gerente da unidade de saúde		

Fonte: (BRASIL, 2013)

Devido à mudança nas categorias de respostas do Ciclo 2, as respostas “outros” e “nenhuma das anteriores” deste ciclo foram agrupadas em uma única categoria de resposta: “outros”, com objetivo de equalizar a comparação entre ciclos nas questões que tratam dos motivos que levam o usuário a querer mudar de unidade (18.7 – Ciclo 1, 23.3 – Ciclo 2 e 21.2 – Ciclo 3).

Também houve mudança na questão em que o usuário atribui nota de 0 a 10 para a sua satisfação com o cuidado recebido da equipe, uma vez que o critério de avaliação utilizado no Ciclo 2 estratificou a nota geral da equipe na análise de seis profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, equipe de recepção e gerente de unidade. Para analisar os dados dessa questão nas mesmas bases dos outros ciclos, foi calculada a média aritmética das questões 23.8 a 23.12, com a exclusão das respostas dadas pelo usuário como “não se aplica”, considerando apenas as notas válidas de 0 a 10. Para os Ciclos 1 e 3, também foram excluídas todas as notas de usuários fora do intervalo de 0 a 10.

Com relação à classificação final que as UBSs podem obter, foram adicionadas, no Ciclo 3, novas faixas de remuneração entre o valor máximo e o valor mínimo a ser recebido. Para a comparação dos dados de classificação entre os ciclos, foi feito reagrupamento dos dados do terceiro ciclo para que fossem mantidas as mesmas categorias dos ciclos anteriores. Esse reagrupamento procurou seguir a semelhança entre as escalas de remuneração anteriormente adotadas. Assim, a reclassificação das UBSs do Ciclo 3 (C3) seguiu conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Reagrupamento das classificações das UBSs no Ciclo 3

CLASSIFICAÇÃO C2	REMUNERAÇÃO C2	CLASSIFICAÇÃO C3	REMUNERAÇÃO C3	REAGRUPAMENTO C3
Insatisfatória/ desclassificada	R\$ 0,00	Insatisfatória/ desclassificada	R\$ 0,00	Insatisfatória/ desclassificada
Média ou abaixo da média	R\$ 1.700,00	Ruim	R\$ 878,80	Média ou abaixo da média
		Regular	R\$ 1.757,59	
Acima da média	R\$ 5.100,00	Boa	R\$ 4.393,98	Acima da média
Muito acima da média	R\$ 8.500,00	Muito boa	R\$ 7.909,17	Muito acima da média
		Ótima	R\$ 8.787,96	

Fonte: Adaptado de <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>

Para responder aos objetivos do estudo, foram utilizados os *softwares MS Excel®* e *Minitab* para cálculo de estatísticas descritivas e testes comparativos entre variáveis dependentes, uma vez que as medidas foram tomadas em um único indivíduo (UBS) em pontos distintos no tempo (Ciclo 1, Ciclo 2 e Ciclo 3).

Inicialmente, foi feita uma análise dos dados explorando as características de abrangência do programa, adesão e abandono das unidades ao longo dos ciclos. Para tal, foram elaboradas tabelas e estudos de georreferenciamento relacionando a localização das UBSs com os indicadores municipais de desenvolvimento e com o desempenho das UBSs ao longo dos ciclos.

Foram realizados quatro testes de associação entre variáveis, por meio do teste qui-quadrado de Pearson (SIEGEL, 1978), são eles:

- Associação entre o percentual de adesão das UBSs e o IDH do município onde se encontram;
- Associação entre a classificação das UBSs e o IDH do município;
- Associação entre a classificação das UBSs e a nota dada pelo usuário ao atendimento.

Para verificar se houve variação significativa entre os três ciclos do PMAQ para as variáveis numéricas não paramétricas e dependentes, foi aplicado o teste de Friedman (SIEGEL, 1978). Este teste foi aplicado nas seguintes análises:

- Variação da quantidade de municípios que aderiram ao programa em cada ciclo;
- Variação da classificação obtida pelas UBSs em cada ciclo;
- Variação das notas atribuídas pelos usuários para as UBSs em cada ciclo.

Para verificar se houve variação apenas entre dois ciclos do PMAQ, foi aplicado o teste de Wilcoxon (SIEGEL, 1978). Este teste foi aplicado em uma única análise, referente à variação da taxa de abandono das UBSs do primeiro e segundo ciclos, uma vez que só será possível avaliar o abandono do terceiro ciclo quando for concluído o quarto ciclo, cujo processo de avaliação ainda não foi iniciado.

Por fim, para análises pareadas das respostas categóricas dicotômicas (sim/não), foram aplicados os testes Q de Cochran (SIEGEL, 1978) quando analisados os dados dos três ciclos, e o teste qui-quadrado de McNemar (SIEGEL, 1978) quando analisados apenas dois ciclos. Estes testes foram aplicados para as seguintes análises:

- Variação do percentual de usuários que recomendariam a sua UBS;
- Variação do percentual de usuários que mudariam de UBS;
- Variação do percentual de usuários que mudariam de UBS pela má qualidade do atendimento;
- Variação do percentual de usuários que mudariam de UBS pela má qualidade dos profissionais.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados das análises estatísticas dos dados referentes às avaliações das UBSs realizadas em três pontos distintos no tempo (C1, C2 e C3).

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva dos dados para explorar as características de abrangência do programa, da adesão e do abandono das unidades ao longo dos ciclos.

Para tal, foram elaboradas tabelas e figuras que relacionam a localização das UBSs com os indicadores municipais de desenvolvimento e com o desempenho das UBSs ao longo dos ciclos. Para essa análise, foram coletados dados do IBGE e do Ministério da Saúde para a avaliação da cobertura do programa, da distribuição das UBSs no território e da cobertura à população.

A Tabela 7 mostra a frequência de municípios participantes do PMAQ por Estado brasileiro em função do IDH. Para melhor apresentação dos dados, os municípios foram consolidados em cinco classes de IDH, de tamanhos iguais. Foram definidas cinco classes, a saber: (0,418 – 0,508); (0,509 – 0,596); (0,597 – 0,685); (0,686 – 0,772); (0,773 – 0,862), para não dispersar e nem agrupar demasiadamente os dados, de forma a descaracterizar os grupos.

Tabela 7 – Quantidade de municípios participantes do PMAQ nos três ciclos agrupados por faixa de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

UF	Faixas de IDH					Total geral
	0,418 – 0,508	0,509 – 0,596	0,597 – 0,685	0,686 – 0,772	0,773 – 0,862	
AC	2	6	6	1	0	15
AL	6	79	15	1	0	101
AM	8	32	13	1	0	54
AP	0	2	5	3	0	10
BA	1	218	141	13	0	373
CE	0	41	133	6	0	180
DF	0	0	0	0	1	1
ES	0	0	29	28	2	59
GO	0	1	71	155	2	229
MA	5	128	50	5	0	188
MG	0	55	415	272	13	755
MS	0	3	31	30	1	65
MT	0	2	56	68	1	127
PA	9	67	43	4	0	123
PB	0	137	71	5	0	213
PE	1	86	76	7	1	171
PI	10	134	33	4	0	181
PR	0	4	91	246	7	348
RJ	0	0	21	57	3	81
RN	0	59	89	6	0	154
RO	0	8	29	9	0	46
RR	2	1	6	1	0	10
RS	0	1	87	265	20	373
SC	0	0	27	191	44	262
SE	0	31	31	1	0	63
SP	0	0	23	416	84	523
TO	1	16	64	11	1	93
Total geral	45	1.111	1.656	1.806	180	4.798
%	1%	23%	35%	38%	4%	

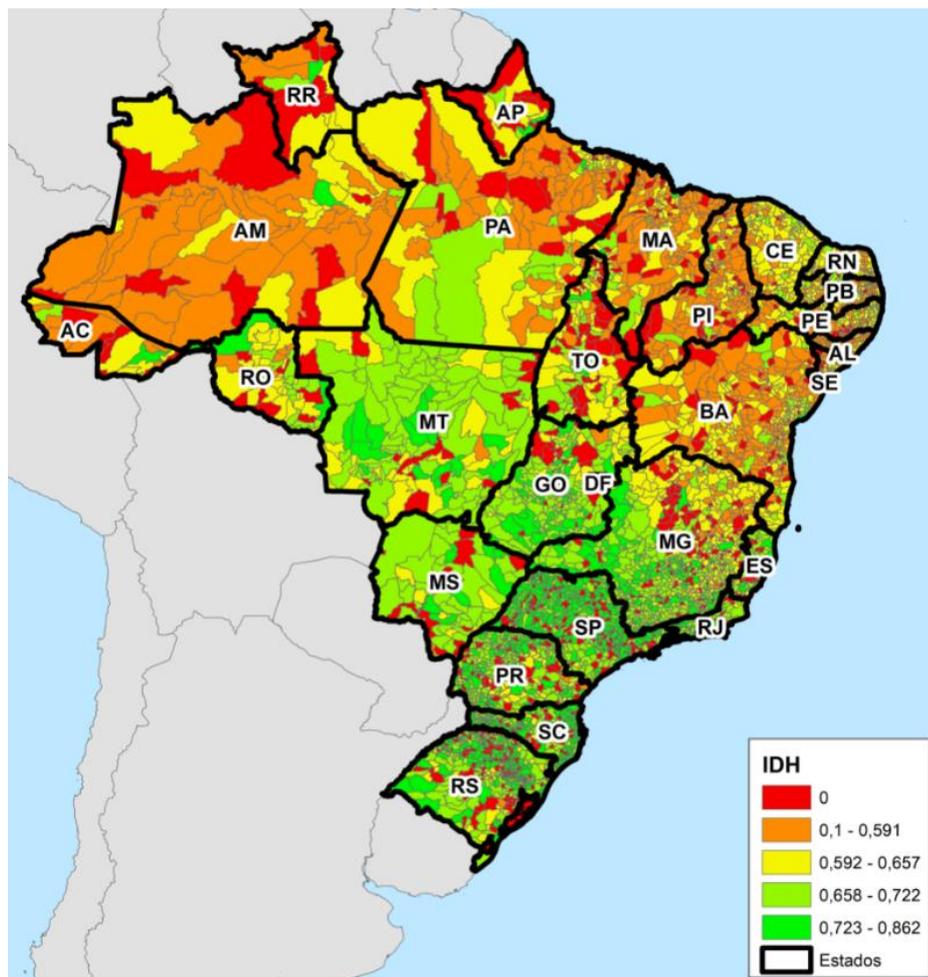
Fonte: Adaptado de Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil
(<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>)

Observa-se que a distribuição do IDH dos municípios varia de 0,418 a 0,862. Ou seja, de acordo com o conceito estabelecido pelo IBGE para esse índice, não existem municípios com IDH abaixo de 0,418.

A maior parte dos municípios que participaram do PMAQ possui IDH entre 0,597 e 0,772 (73% – 3.462 municípios), enquanto a minoria (1% – 45 municípios) encontra-se com IDH abaixo de 0,508. Apenas 4% dos municípios participantes (180) possuem IDH maior que 0,773.

A Figura 9 mostra os municípios do país em função da classe de IDH. Nota-se que a maior parte dos municípios de maiores valores de IDH (em verde) concentra-se nas Regiões Sul e Sudeste, enquanto as Regiões Norte e Nordeste concentram um maior número de municípios com valores menores de IDH (em laranja e vermelho).

Figura 9 – Mapa dos municípios do Brasil em função dos valores de IDH



Fonte: Adaptado de Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>)

Para identificar se existe associação entre a adesão dos municípios ao programa e a faixa de IDH, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson (SIEGEL, 1978). Os resultados destes testes estão apresentados na Tabela 8, que permite-nos afirmar que existe associação entre o IDH e a adesão dos municípios ao programa.

Tabela 8 – Resultados do teste qui-quadrado de Pearson: associação entre o IDH e os municípios participantes do PMAQ

Ciclo	χ^2	p-valor
1	21,758	< 0,001
2	1131,839	0,000
3	2080,199	0.000

Fonte: Autora

A Tabela 9 apresenta o número de municípios de cada Unidade Federativa participante do PMAQ em função da quantidade média de usuários atendidos por cada UBS existente no município. É possível observar que, na maior parte dos municípios (70%), cada UBS deve atender entre 1.001 e 3.000 pessoas. Também nota-se que 6% dos municípios possuem UBSs que atendem acima de 5.000 usuários cada unidade, e a maioria dessas UBSs (84) localiza-se no Estado de São Paulo. Vale ressaltar ainda que, no Estado do Amazonas, apesar de sua população não ser tão grande, a maioria das UBSs existentes (26) tem que atender mais de 5.000 usuários, indicando carência no número de UBSs e preocupação em relação aos grandes deslocamentos impostos aos usuários para obtenção de atendimento, uma vez que o Estado possui uma imensa extensão geográfica.

Tabela 9 – Quantidade de municípios participantes do PMAQ por número médio de usuários atendidos por UBS

UF	Usuários/UBS						Total geral
	0 – 1.000	1.001 – 2.000	2.001 – 3.000	3.001 – 4.000	4.001 – 5.000	ACIMA DE 5.001	
AC	0	2	7	5	1	0	15
AL	5	40	42	7	5	2	101
AM	0	2	8	12	6	26	54
AP	1	6	1	0	0	2	10
BA	13	145	161	41	6	7	373
CE	7	77	62	26	5	3	180
DF	0	0	0	0	0	1	1
ES	3	23	22	4	4	3	59
GO	6	71	86	40	16	10	229
MA	6	77	71	21	9	4	188
MG	59	315	270	77	18	16	755
MS	2	22	23	13	4	1	65
MT	7	48	47	15	6	4	127
PA	3	34	40	26	6	14	123
PB	27	141	37	6	2	0	213
PE	2	66	71	22	8	2	171
PI	31	99	44	4	2	1	181
PR	27	125	109	41	17	29	348
RJ	2	30	22	6	5	16	81
RN	26	87	34	4	1	2	154
RO	0	8	12	10	7	9	46
RR	0	4	4	0	1	1	10
RS	30	106	130	47	31	29	373
SC	17	86	95	37	16	11	262
SE	8	28	13	8	2	4	63
SP	16	122	151	100	50	84	523
TO	1	21	36	15	9	11	93
Total geral	299	1.785	1.598	587	237	292	4.798
%	6%	37%	33%	12%	5%	6%	

Fonte: Adaptado de IBGE e SIB/ANS/MS – 06/2019 (<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>)

5.1 Perfil dos Participantes do PMAQ

Com base nos dados extraídos do portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde, foram feitas análises dos Ciclos 1, 2 e 3 do Módulo 3 da Avaliação Externa, que contemplou entrevistas com os usuários das Unidades Básicas de Saúde para verificar a satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde, bem como a análise da classificação geral que as UBSs obtiveram em cada um dos ciclos como resultado do desempenho apresentado.

A Tabela 10 mostra o número de municípios participantes nos três ciclos do PMAQ, bem como a sua participação relativa (%) em relação ao total de municípios por região do país. Nota-se que o percentual de municípios que aderiram ao programa no primeiro ciclo foi de 71%, sendo que a Região Sul foi a de maior adesão (75%) e a Região Norte a de menor adesão (61%). Em ambos os ciclos seguintes, houve um aumento do número de municípios participantes do programa, atingindo 91% e 96% nos Ciclos 2 e 3 respectivamente. Em nenhum dos ciclos ou regiões, houve redução da adesão, e, no terceiro ciclo, a Região Centro-Oeste atingiu 100% de adesão dos seus municípios, o que demonstra um aumento do interesse em participar do programa.

Tabela 10 – Quantidade de municípios participantes em cada ciclo (C1, C2 e C3), por região do Brasil, PMAQ (2013, 2015 e 2017)

REGIÃO	Total de Municípios IBGE	Municípios Participantes C1	% C1	Municípios Participantes C2	% C2	Municípios Participantes C3	% C3
Centro Oeste	467	314	67%	446	96%	466	100%
Nordeste	1794	1241	69%	1670	93%	1756	98%
Norte	450	276	61%	407	90%	433	96%
Sudeste	1668	1205	72%	1502	90%	1581	95%
Sul	1191	897	75%	1050	88%	1086	91%
Total Geral	5570	3933	71%	5075	91%	5322	96%

Fonte: Autora

As regiões que tiveram uma maior adesão nos dois últimos ciclos foram as regiões Centro-Oeste (100%) e Nordeste (98%). A Região Sul, que iniciou a sua participação no programa como a mais abrangente (75% no Ciclo 1), foi a região com a menor evolução de abrangência, e passou a ser a região com menor cobertura no último ciclo (91% no Ciclo 3).

É importante esclarecer que o total de 4.798 municípios participantes do PMAQ, apresentados nas Tabelas 7 e 9, contempla os municípios que participaram dos três ciclos do PMAQ, diferentemente das Tabelas 10 e 11, que demonstram os municípios participantes separadamente em cada um dos ciclos, explicando a diferença entre as quantidades totais apresentadas nas tabelas.

A Tabela 11 apresenta o número de municípios participantes nos três ciclos do PMAQ, bem como a sua participação relativa (%) em relação ao total de municípios em cada Unidade Federativa do país.

Tabela 11 – Quantidade de municípios participantes no PMAQ por UF, em cada ciclo (2013, 2015 e 2017)

UF	Total de Municípios IBGE	Municípios Participantes C1	% C1	Municípios Participantes C2	% C2	Municípios Participantes C3	% C3
AC	22	11	50%	21	95%	22	100%
AL	102	67	66%	102	100%	102	100%
AM	62	25	40%	60	97%	62	100%
AP	16	14	88%	16	100%	15	94%
BA	417	370	89%	408	98%	408	98%
CE	184	171	93%	183	99%	183	99%
DF	1	1	100%	1	100%	1	100%
ES	78	52	67%	71	91%	74	95%
GO	246	175	71%	241	98%	246	100%
MA	217	20	9%	130	60%	205	94%
MG	853	665	78%	806	94%	846	99%
MS	79	51	65%	73	92%	79	100%
MT	141	87	62%	131	93%	140	99%
PA	144	99	69%	126	88%	130	90%
PB	223	173	78%	222	100%	223	100%
PE	185	130	70%	183	99%	184	99%
PI	224	136	61%	212	95%	216	96%
PR	399	303	76%	379	95%	371	93%
RJ	92	77	84%	90	98%	91	99%
RN	167	116	69%	160	96%	162	97%
RO	52	19	37%	51	98%	51	98%
RR	15	8	53%	15	100%	14	93%
RS	497	336	68%	376	76%	427	86%
SC	295	258	87%	295	100%	288	98%
SE	75	58	77%	70	93%	73	97%
SP	645	411	64%	535	83%	570	88%
TO	139	100	72%	118	85%	139	100%
Total Geral	5570	3933	71%	5075	91%	5322	96%

Fonte: Autora

Nota-se que, no primeiro ciclo, apenas o Distrito Federal obteve 100% de adesão de seus municípios, lembrando que possui apenas 1 município em toda a Unidade da Federação. A maior adesão ocorreu no Estado do Ceará, com 93% dos municípios participantes, seguido

por Bahia (89%), Amapá (88%), Santa Catarina (87%) e RJ (84%), todos acima de 80% de adesão. Já no segundo ciclo, além do Distrito Federal, os Estados de Alagoas, Amapá, Paraíba, Roraima e Santa Catarina também atingiram 100% de adesão, e todas as demais UFs, exceto Rio Grande do Sul (76%) e Maranhão (60%), obtiveram mais de 80% de adesão. No terceiro ciclo, a abrangência municipal do programa foi ainda mais expressiva, e todas as UFs apresentaram mais de 80% dos municípios aderentes ao programa. Além disso, oito UFs (AC, AL, AM, DF, GO, MS, PB e TO) obtiveram 100% de adesão. Os Estados do Rio Grande do Sul e São Paulo tiveram a menor adesão do país no último ciclo, atingindo 86% e 88% respectivamente.

No Ciclo 2, não foi observada redução do percentual de adesão em nenhuma Unidade Federativa. E, no Ciclo 3, apenas três UFs sofreram redução no número de municípios participantes (Paraná – 8 municípios a menos, Roraima – 1 município a menos e Santa Catarina – 7 municípios a menos).

A Tabela 12 contém, na primeira coluna, a totalidade das UBSs do país apresentadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), seguidas pelas quantidades absolutas e relativas (%) de UBSs participantes do programa em função das regiões do país nos três ciclos.

Tabela 12 – Quantidade de UBSs e percentual de participantes do PMAQ (2013, 2015 e 2017) em cada ciclo (C1, C2 e C3), por região do Brasil

REGIÃO	Total de UBSs	UBSs		UBSs		UBSs	
	CNES	Participantes C1	% C1	Participantes C2	% C2	Participantes C3	% C3
Centro Oeste	3395	962	28%	1908	56%	2209	65%
Nordeste	18869	5127	27%	9900	52%	12426	66%
Norte	4297	831	19%	1723	40%	2302	54%
Sudeste	14372	4661	32%	7230	50%	8623	60%
Sul	7319	2409	33%	3600	49%	4280	58%
Total Geral	48252	13990	29%	24361	50%	29840	62%

Fonte: Autora

No Ciclo 3, apenas 62% das UBSs haviam aderido ao programa, e a região de maior adesão foi a Região Nordeste, com 66% das UBSs, enquanto a região com a menor adesão foi a Região Norte, com apenas 54% das UBSs.

É importante observar que a adesão das UBSs ao programa vem crescendo a cada ciclo, passando de 29% no primeiro ciclo para 50% no segundo ciclo, até atingir 62% no último ciclo, e este crescimento é percebido em todas as regiões geográficas.

A Tabela 13 apresenta as quantidades absolutas e relativas (%) de UBSs participantes do programa em função das Unidades Federativas do país nos três ciclos. O Estado com maior adesão (73%) no terceiro ciclo foi o Estado do Ceará, seguido por Goiás (72%), Tocantins (71%), Amazonas (70%), Paraíba (70%) e Pernambuco (70%), todos acima de 70% de adesão. Enquanto no outro extremo, a menor adesão foi do Amapá (39%), seguido por Distrito Federal (41%) e Pará (43%), todos abaixo de 50% de adesão.

Observa-se ainda que, ao contrário da taxa de adesão entre os municípios que sofreram redução em algumas UFs entre os ciclos, todos os Estados tiveram um crescimento constante da adesão do número de UBSs nos três ciclos.

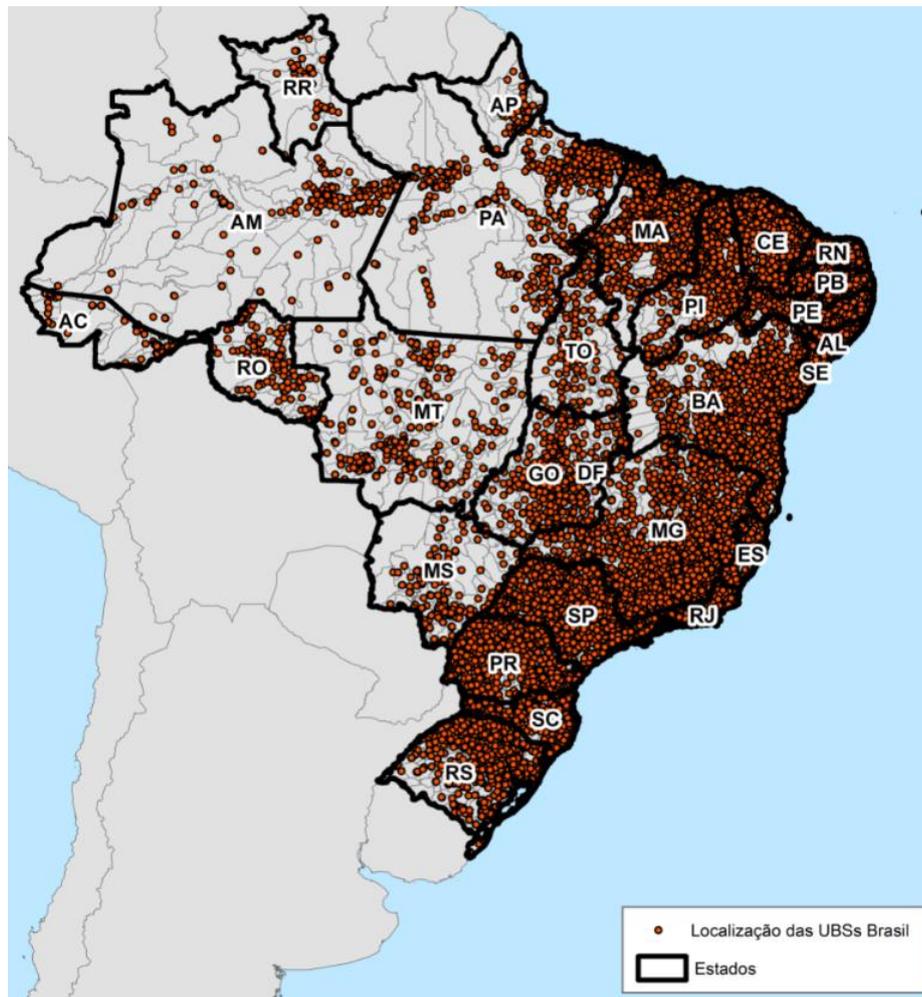
Tabela 13 – Quantidade de UBSs participantes por UF, em cada ciclo, Brasil, PMAQ (2013, 2015 e 2017)

UF	Total de UBSs (CNES)	UBSs Participantes C1	% C1	UBSs Participantes C2	% C2	UBSs Participantes C3	% C3
AC	257	35	14%	94	37%	176	68%
AL	1063	310	29%	645	61%	728	68%
AM	662	130	20%	358	54%	461	70%
AP	194	29	15%	70	36%	75	39%
BA	4695	1475	31%	2540	54%	2947	63%
CE	2599	859	33%	1506	58%	1895	73%
DF	175	24	14%	64	37%	72	41%
ES	945	229	24%	418	44%	533	56%
GO	1511	554	37%	977	65%	1093	72%
MA	2381	92	4%	555	23%	1412	59%
MG	6031	2333	39%	3404	56%	4015	67%
MS	667	158	24%	368	55%	439	66%
MT	1042	226	22%	499	48%	605	58%
PA	2226	338	15%	698	31%	959	43%
PB	1797	567	32%	1124	63%	1264	70%
PE	2816	892	32%	1721	61%	1982	70%
PI	1538	348	23%	791	51%	955	62%
PR	2717	763	28%	1362	50%	1558	57%
RJ	2206	675	31%	1181	54%	1323	60%
RN	1285	378	29%	715	56%	848	66%
RO	367	52	14%	176	48%	228	62%
RR	143	28	20%	65	45%	85	59%
RS	2648	740	28%	1035	39%	1419	54%
SC	1954	906	46%	1203	62%	1303	67%
SE	695	206	30%	303	44%	395	57%
SP	5190	1424	27%	2227	43%	2752	53%
TO	448	219	49%	262	58%	318	71%
Total Geral	48252	13990	29%	24361	50%	29840	62%

Fonte: Autora

A Figura 10 mostra onde se localizam as Unidades Básicas de Saúde, os Postos de Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil, que são objeto deste estudo. Observa-se uma maior concentração de unidades nas Regiões Sudeste e Nordeste e uma maior escassez de cobertura de atendimento nas regiões mais centrais e menos populosas, como as Regiões Norte e Centro-Oeste.

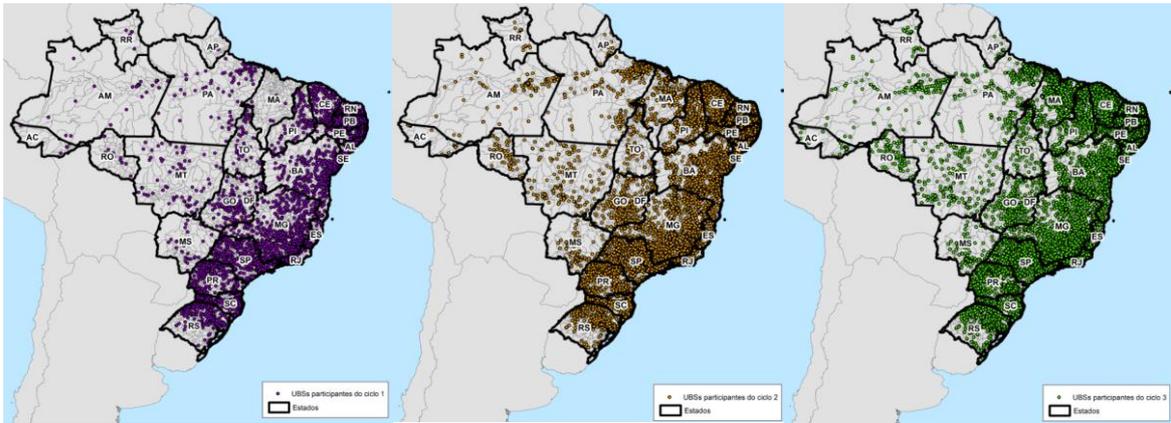
Figura 10 – Mapa de localização das UBSs, Postos de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Os mapas da Figura 11 mostram as adesões das UBSs respectivamente nos Ciclos 1, 2 e 3 e permitem visualizar uma baixa concentração da cobertura geográfica e uma baixa adesão de UFs, como o Estado do Maranhão, no Ciclo 1, que apesar de possuir uma quantidade bastante expressiva de UBSs, teve apenas 4% de adesão, como visto na Tabela.

Figura 11 – Mapa de apresentação das UBSs participantes dos Ciclos 1, 2 e 3 do PMAQ

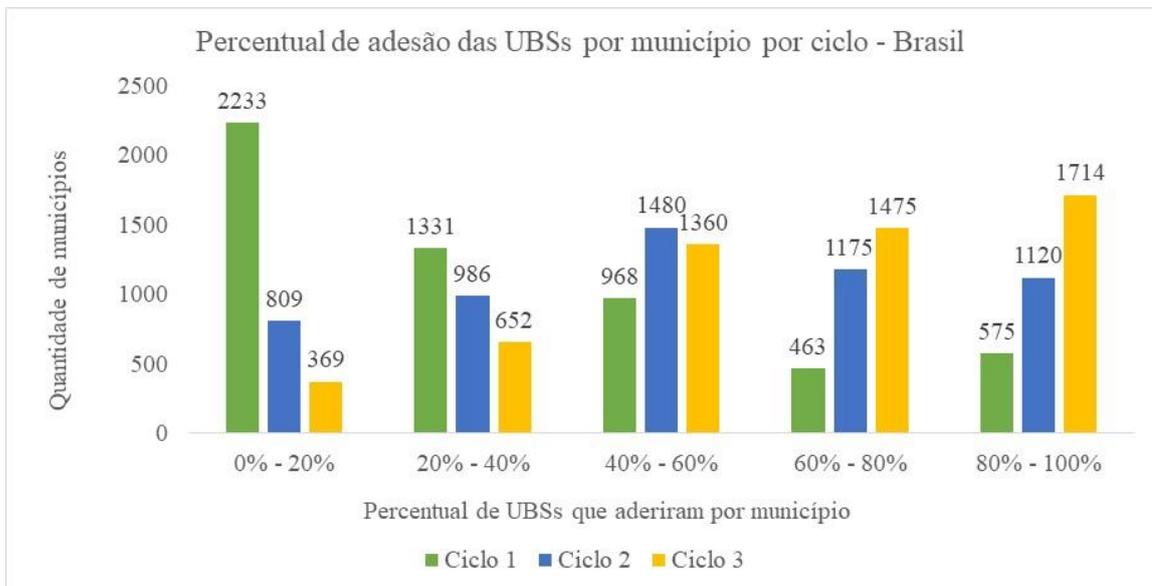


Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>

Nos ciclos seguintes, já se constatou um grande aumento de concentração das UBSs aderentes, sendo possível observar, na Figura 11, que a cobertura geográfica do Ciclo 3 foi bem mais elevada nos Estados das Regiões Sudeste e Nordeste, que apresentam um maior número de unidades existentes em relação às demais regiões, o que traz um desafio adicional de comunicação e divulgação do programa e de seus benefícios.

A Figura 12 mostra a evolução na adesão das UBSs por município ao longo dos anos do programa

Figura 12 – Evolução do percentual de adesão das UBSs por município ao longo dos ciclos



Fonte: Autora

No Ciclo 1, mais da metade dos municípios do Brasil (2.233) tinham até 20% de suas UBSs participando do programa, enquanto, no Ciclo 2, foram 809 municípios com esse baixo percentual de adesão, e, no Ciclo 3, houve uma nova redução para 369 municípios. Essa redução reflete-se em aumento observado em todas as outras faixas percentuais, nas quais vemos, por exemplo, o aumento de 575 municípios do Ciclo 1, com 80% a 100% das UBSs aderindo para 1.120 e 1.714 municípios nessa mesma faixa nos Ciclos 2 e 3 respectivamente, o que indica um aumento de interesse das UBSs.

A Tabela 14 mostra os p-valores referentes à seguinte hipótese nula: os percentuais de adesão ao programa são iguais nos três ciclos de avaliação. Pode-se concluir que houve diferença na adesão tanto dos municípios como das UBSs entre os ciclos de avaliação.

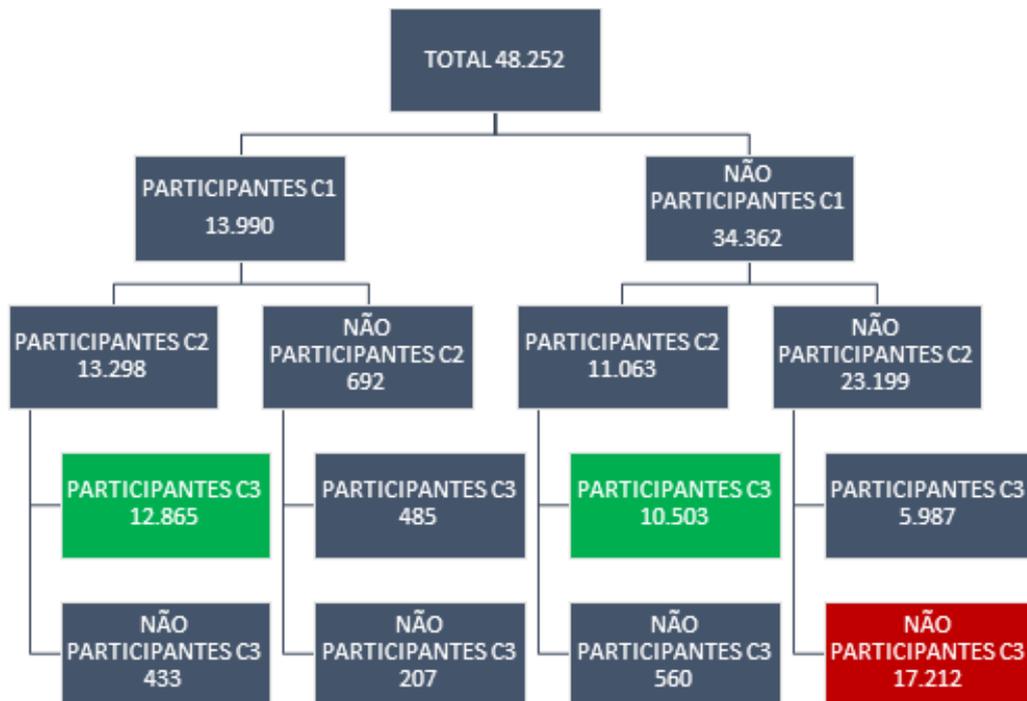
Tabela 14 – Teste comparativo da adesão entre os ciclos de avaliação do programa

Unidade analisada	Nº (UFs)	p-valor	Análise
Municípios participantes	28	< 0,001	Rejeita H0
UBSs participantes	28	< 0,001	Rejeita H0

Fonte: Autora

A Figura 13 apresenta como foi a evolução de adesão e de abandono das UBSs ao programa nos três ciclos. Do total de 48.252 UBSs, 17.212 (35%) UBSs ainda não aderiram ao programa em nenhum dos três ciclos de avaliação (destacadas em vermelho na figura). Em contrapartida, 12.865 (27%) UBSs mantiveram-se no programa desde a sua criação, e 10.503 (22%) UBSs que não participaram do primeiro ciclo do programa aderiram no segundo ciclo e mantiveram-se participando do programa no terceiro ciclo (destacadas em verde na figura) .

Figura 13 – Comparativo de UBSs participantes do PMAQ por ciclo



Fonte: Autora

O número de UBSs que abandonaram o programa é bastante baixo e nota-se uma redução desse abandono do segundo ciclo em relação ao terceiro. No segundo ciclo, 207 (1,5% = $207/13.990$ participantes do C1) UBSs participantes do primeiro ciclo abandonaram o programa e não voltaram mais a aderir-lo, e 485 (3,5% = $485/13.990$ participantes do C1) abandonaram no segundo ciclo, mas retornaram no terceiro ciclo, totalizando 5% de abandono.

Observando as UBSs que abandonaram no terceiro ciclo, é possível verificar que 560 (2,3% = $560/13.298+11.063$ participantes do C2) UBSs que aderiram ao programa no segundo ciclo abandonaram no terceiro e, daquelas que participaram dos dois primeiros ciclos, 433 (1,8% = $433/13.298+11.063$ participantes do C2) abandonaram no terceiro ciclo, totalizando 4% (4% = $560+433/13.298+11.063$ participantes do C2) de abandono no C3.

A Tabela 15 apresenta a quantidade e o percentual de participantes que abandonaram o programa no primeiro ou no segundo ciclo de avaliação, em função da região geográfica e Unidade Federativa. A taxa geral de abandono no país sofreu pequena redução, passando de 5% no Ciclo 2 para 4% no Ciclo 3.

Tabela 15 – Frequência das UBSs que abandonaram o programa nos Ciclos 1 e 2

Região	UF	Participantes Ciclo 1	Abandonantes C2	Taxa de Abandono C2	Participantes Ciclo 2	Abandonantes C3	Taxa de Abandono C3
Centro Oeste	DF	24	4	17%	64	20	31%
	GO	554	6	1%	977	7	1%
	MS	158	5	3%	368	9	2%
	MT	226	11	5%	499	3	1%
		962	26	3%	1908	39	2%
Nordeste	AL	310	17	5%	645	22	3%
	BA	1475	54	4%	2540	95	4%
	CE	859	75	9%	1506	48	3%
	MA	92	6	7%	555	12	2%
	PB	567	12	2%	1124	9	1%
	PE	892	15	2%	1721	27	2%
	PI	348	11	3%	791	20	3%
	RN	378	24	6%	715	36	5%
	SE	206	29	14%	303	9	3%
	5127	243	5%	9900	278	3%	
Norte	AC	35	2	6%	94	2	2%
	AM	130	7	5%	358	10	3%
	AP	29	2	7%	70	3	4%
	PA	338	24	7%	698	43	6%
	RO	52	2	4%	176	15	9%
	RR	28	0	0%	65	2	3%
	TO	219	16	7%	262	3	1%
	831	53	6%	1723	78	5%	
Sudeste	ES	229	7	3%	418	25	6%
	MG	2333	148	6%	3404	138	4%
	RJ	675	21	3%	1181	67	6%
	SP	1424	73	5%	2227	153	7%
	4661	249	5%	7230	383	5%	
Sul	PR	763	39	5%	1362	100	7%
	RS	740	55	7%	1035	75	7%
	SC	906	27	3%	1203	40	3%
	2409	121	5%	3600	215	6%	
Total		13990	692	5%	24361	993	4%

Fonte: Autora

Na análise das regiões do país, não houve mudança tão expressiva, destacando-se a Região Centro-Oeste, com a menor taxa de abandono em ambos os ciclos (3% e 2% respectivamente). As UFs que tiveram a maior taxa de abandono foram o Distrito Federal em ambos os ciclos (17% e 31%) e Sergipe no Ciclo 1 (14%). Do lado positivo, aparece Roraima, com 0% de abandono no Ciclo 1, bem como Goiás, com 1%. No Ciclo 2, destacam-se Goiás, Mato Grosso, Paraíba e Tocantins, todas com 1% de abandono.

O teste de Wilcoxon (SIEGEL, 1978) foi aplicado para a comparação dos percentuais de abandono de forma pareada entre as UFs, e foi obtido p-valor de 0,167, o que permite afirmar que os percentuais de abandono das UBSs ao longo dos ciclos são iguais.

Complementar à análise do abandono das UBSs nos ciclos, surgiu o questionamento a respeito da relação entre o abandono e a classificação obtida no ciclo anterior.

A Tabela 16 mostra a classificação obtida pelas UBSs que desistiram do programa e o percentual de abandono do ciclo de acordo com essa classificação.

Tabela 16 – Análise da classificação e abandono das UBSs nos Ciclos 1 e 2

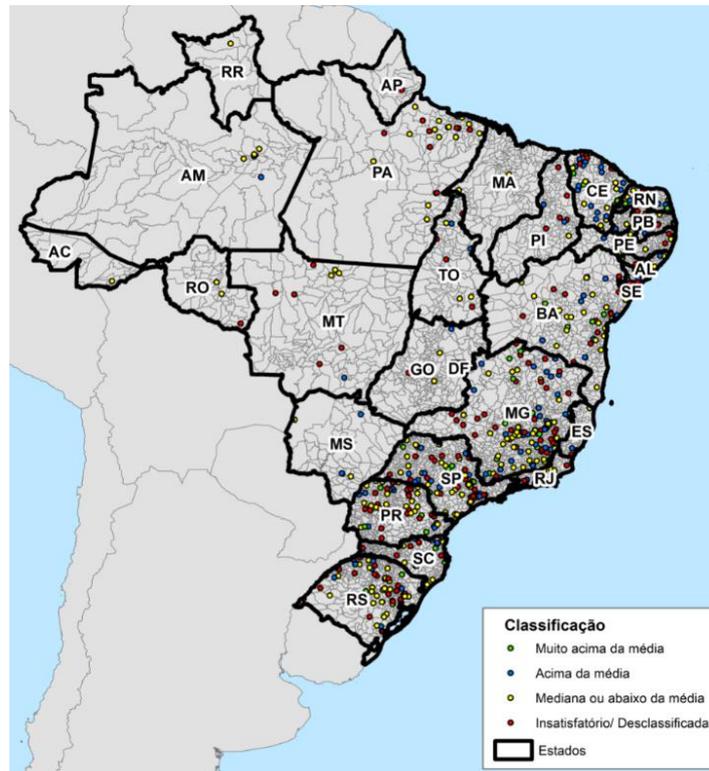
Classificação	Total Participantes C1	Total Abandonantes C1	% de Abandono do Total	Total Participantes C2	Total Abandonantes C2	% de Abandono do Total
Insatisfatório/ Desclassificada	505	112	22%	805	131	16%
Média ou abaixo da média	6181	333	5%	11947	537	4%
Acima da média	5310	198	4%	7950	238	3%
Muito acima da média	1994	49	2%	3659	87	2%
Total Geral	13990	692	5%	24361	993	4%

Fonte: Autora

Ao analisar o desempenho das UBSs que abandonaram o programa, observou-se que a maior taxa de abandono das UBSs, tanto no Ciclo 1 como no Ciclo 2, está concentrada naquelas que não conseguiram atingir os requisitos mínimos exigidos pelo programa, obtendo classificação insatisfatória ou sendo desclassificadas, sendo que 22% das UBSs com essa classificação no Ciclo 1 e 16% no Ciclo 2 abandonaram o programa no ciclo seguinte.

A Figura 14 apresenta a distribuição geográfica das unidades que abandonaram o programa entre os ciclos, o que possibilita notar que a distribuição das UBSs não apresenta concentração em alguma região geográfica específica, porém indica uma maior presença de UBSs com pior classificação: média ou abaixo da média (em amarelo) e insatisfatória/desclassificada (em vermelho).

Figura 14 – Localização das UBSs que abandonaram o PMAQ entre os ciclos de avaliação em função da classificação



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>

De acordo com os critérios do programa, as unidades desclassificadas, ou com desempenho insatisfatório, não recebem valor de premiação, o que pode ser um dos fatores do abandono.

Todas as equipes que aderem ao programa passam imediatamente a receber 20% do valor da remuneração até que seja concluído o ciclo e definida a classificação obtida. Uma vez definida a classificação, a remuneração recebida passa a seguir os valores apresentados na Tabela 6, e as unidades desclassificadas ou que obtiveram desempenho insatisfatório tem os 20% iniciais suspensos.

Para a avaliação geral de desempenho, as equipes da UBS recebem uma pontuação que é uma média ponderada entre as atividades de autoavaliação, o desempenho em indicadores acordados de saúde e os resultados de um conjunto de indicadores derivados da avaliação externa, cujos pesos empregados estão apresentados na Tabela 17. Nessa tabela é possível observar que a dimensão da satisfação (parte da composição total da avaliação externa analisada neste trabalho) representa aproximadamente 1% do resultado obtido pelas UBSs no programa.

Tabela 17 – Composição da certificação das UBSs nos Ciclos 1, 2 e 3 do PMAQ

	C1	C2	C3
Auto avaliação	10%	10%	10%
Indicadores Contratualizados	20%	20%	30%
Avaliação Externa	70%	70%	60%
Dimensão da Satisfação	1,20%	1,00%	0,98%

Fonte: Autora

5.2 Avaliação das UBSs

Em busca de padrões que expliquem a evolução do desempenho das UBSs ao longo dos ciclos, foi feita uma análise da classificação obtida, bem como de suas relações com as características geográficas e os indicadores de desenvolvimento econômico.

A Tabela 18 mostra a classificação das UBSs nos três ciclos de avaliação. A primeira coluna traz a classificação obtida no Ciclo 1; na segunda coluna, a classificação obtida pela mesma UBS no ciclo seguinte. E, nas demais colunas, indicamos a classificação obtida pela mesma UBS no último ciclo, o que possibilita avaliar a evolução da classificação das UBSs individualmente ao longo dos ciclos.

Tabela 18 - Evolução da classificação das UBSs nos ciclos de avaliação

C1	C2	C3					Total Geral
		Muito acima da média	Acima da média	Média ou abaixo da média	Insatisfatório/ Desclass	Não aderiu	
Muito acima da média	Muito acima da média	201	117	62	5	27	412
	Acima da média	359	453	249	6	62	1129
	Média ou abaixo da média	146	221	239	21	45	672
	Insatisfatório/ Desclass		8	2		3	13
Acima da média	Muito acima da média	379	278	212	14	41	924
	Acima da média	488	662	565	38	99	1852
	Média ou abaixo da média	453	777	1085	139	148	2602
	Insatisfatório/ Desclass	7	16	13	4	13	53
	Não aderiu					1	1
Média ou abaixo da média	Muito acima da média	310	276	236	40	29	891
	Acima da média	396	550	636	79	65	1726
	Média ou abaixo da média	393	811	1958	134	202	3498
	Insatisfatório/ Desclass	24	31	66	46	37	204
Insatisfatório/ Desclass	Muito acima da média	18	17	9		1	45
	Acima da média	13	23	18	1		55
	Média ou abaixo da média	10	20	72	1	7	110
	Insatisfatório/ Desclass	1	11	16		6	34
Não aderiu	Muito acima da média	749	689	445	26	120	2029
	Acima da média	951	1390	1594	83	286	4304
	Média ou abaixo da média	642	1374	3381	192	513	6102
	Insatisfatório/ Desclass	30	78	286	108	160	662
	Não aderiu	1432	2360	4619	802		9213
Total Geral		7002	10162	15763	1739	1865	36531

Fonte: Autora

Na Tabela 18, em amarelo, destacam-se 201 UBSs (0,6%) que obtiveram a mais alta classificação consistentemente nos três ciclos de avaliação, e outras 1.226 (3,4%), destacadas em azul, que também mantiveram o seu desempenho acima ou muito acima da média desde o primeiro ciclo de avaliação. Além disso, 221 unidades (0,6%), em verde, melhoraram muito o seu desempenho, passando de insatisfatório para acima ou muito acima da média no último ciclo. Por outro lado, 291 UBSs (0,8%), em vermelho, pioraram o seu desempenho, pois estavam classificadas como acima ou muito acima da média e passaram para insatisfatórias.

A Tabela 19 apresenta as 1.427 UBSs que mantiveram o desempenho acima ou muito acima da média de forma consistente ao longo dos três ciclos de avaliação por UF. Na terceira coluna da Tabela 19, está a representatividade dessas UBSs de alto desempenho em relação ao total de participantes do PMAQ em cada UF. E, na quarta coluna, está a representatividade relativa de cada UF no total nacional de UBSs avaliadas na categoria acima ou muito acima da média.

Tabela 19 – UBSs com desempenho acima e muito acima da média nos Ciclos 1 e 2, e a média no Ciclo 3 por Unidade Federativa

UF	Qtde UBSs analisadas	% Total de UBSs participantes da UF	% Total de UBSs analisadas
AL	18	2%	1,3%
AM	7	1%	0,5%
BA	92	3%	6,4%
CE	179	7%	12,5%
ES	4	1%	0,3%
GO	17	1%	1,2%
MA	4	0%	0,3%
MG	241	5%	16,9%
MS	12	3%	0,8%
MT	7	1%	0,5%
PA	7	1%	0,5%
PB	55	4%	3,9%
PE	74	4%	5,2%
PI	32	4%	2,2%
PR	65	3%	4,6%
RJ	61	3%	4,3%
RN	102	11%	7,1%
RS	39	2%	2,7%
SC	185	12%	13,0%
SE	6	1%	0,4%
SP	207	4%	14,5%
TO	13	4%	0,9%
Total de UBSs que mantiveram o desempenho acima da média	1.427	4%	100,0%

Fonte: Autora

Observa-se que, no geral, 4% das UBSs participantes do programa conseguem manter esse patamar elevado de desempenho, e destacam-se os Estados de Santa Catarina (12%), Rio Grande do Norte (11%) e Ceará (7%), com quantidade de UBSs de muito bom desempenho, acima da média nacional. Também se observa que esses Estados, somados a São Paulo (14,5%) e Minas Gerais (16,9%), concentram as maiores quantidades de UBSs de desempenho acima ou muito acima da média nos três ciclos no país, totalizando 64% do país nesses cinco Estados.

A Tabela 20 mostra como estão distribuídas as UBSs que melhoraram o seu desempenho. Estas unidades estavam com uma classificação inicial insatisfatória e, no terceiro ciclo, classificaram-se na categoria acima ou muito acima da média por Unidade Federativa.

Tabela 20 – UBSs que melhoraram muito o seu desempenho ao longo dos ciclos de avaliação por Unidade Federativa

UF	Qtde UBSs que melhoraram o desempenho	% Total de UBSs participantes da UF	% Total de UBSs que melhoraram
AL	1	0,1%	0,5%
AM	3	0,4%	1,4%
BA	12	0,4%	5,4%
CE	10	0,4%	4,5%
ES	5	0,9%	2,3%
GO	8	0,6%	3,6%
MG	44	0,9%	19,9%
MS	2	0,4%	0,9%
MT	13	2,2%	5,9%
PA	3	0,3%	1,4%
PB	3	0,2%	1,4%
PE	9	0,4%	4,1%
PI	49	5,4%	22,2%
PR	18	0,9%	8,1%
RJ	4	0,2%	1,8%
RO	1	0,3%	0,5%
RS	1	0,1%	0,5%
SC	3	0,2%	1,4%
SE	1	0,2%	0,5%
SP	29	0,6%	13,1%
TO	2	0,6%	0,9%
Total UBSs que melhoraram	221	0,6%	100,0%

Fonte: Autora

Observa-se alta concentração dessas unidades em Minas Gerais (19,9%) e São Paulo (13,1%), porém a representatividade em relação ao total de participantes desses dois Estados não é tão expressiva (MG – 0,9% e SP – 0,6%). O destaque maior fica para o Piauí, que teve 5,4% de suas unidades participantes que melhoraram o seu desempenho (as 49 UBSs do Piauí representam 22% das unidades do país que tiveram melhora).

A Tabela 21 apresenta a distribuição das UBSs que pioraram o seu desempenho no Ciclo 3 em relação aos dois ciclos anteriores por Unidade Federativa. Verifica-se que 33,7% dessas unidades localizam-se no Estado de Minas Gerais, seguido por 14,4% em São Paulo e 10% em Pernambuco.

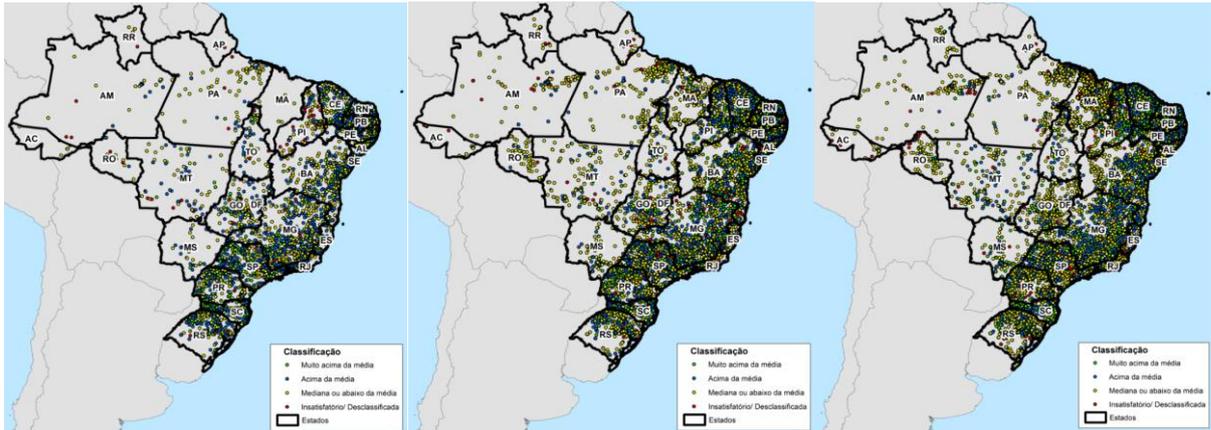
Tabela 21 – UBSs que pioraram o seu desempenho no Ciclo 3 por Unidade Federativa

UF	Qtde UBSs que pioraram o desempenho	% Total de UBSs participantes da UF	% Total de UBSs que pioraram o desempenho
AL	3	0,4%	1,0%
AM	7	1,0%	2,4%
BA	15	0,5%	5,2%
CE	3	0,1%	1,0%
DF	1	0,7%	0,3%
ES	15	2,6%	5,2%
GO	3	0,2%	1,0%
MA	1	0,1%	0,3%
MG	98	2,1%	33,7%
MS	1	0,2%	0,3%
PA	2	0,2%	0,7%
PB	1	0,1%	0,3%
PE	29	1,4%	10,0%
PI	2	0,2%	0,7%
PR	28	1,4%	9,6%
RJ	21	0,9%	7,2%
RN	1	0,1%	0,3%
RO	4	1,1%	1,4%
SC	11	0,7%	3,8%
SE	2	0,4%	0,7%
SP	42	0,9%	14,4%
TO	1	0,3%	0,3%
Total de UBSs que pioraram o desempenho	291	0,8%	100,0%

Fonte: Autora

A Figura 15 mostra a distribuição geográfica das UBSs em função da classificação obtida nos Ciclos 1, 2 e 3 de avaliação do PMAQ e a Tabela 22 apresenta a distribuição de frequência absoluta e relativa de UBSs em função da classificação obtida no Ciclo 1 por Unidade Federativa.

Figura 15 – Classificação obtida pelas equipes nos Ciclos 1, 2 e 3 de avaliação do PMAQ respectivamente



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>

Tabela 22 – Classificação obtida pelas UBSs no Ciclo 1 do PMAQ por UF

UF	Muito acima da média		Acima da média		Média ou abaixo da média		Insatisfatório/ Desclass	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
AC	0	0%	0	0%	21	100%	0	0%
AL	75	23%	125	39%	120	38%	0	0%
AM	4	3%	25	17%	114	76%	7	5%
AP	0	0%	0	0%	0	0%	18	100%
BA	112	9%	496	38%	684	53%	2	0%
CE	131	17%	372	47%	284	36%	0	0%
DF	0	0%	6	55%	5	45%	0	0%
ES	11	5%	75	34%	133	61%	0	0%
GO	51	8%	144	24%	380	63%	27	4%
MA	12	14%	35	41%	38	45%	0	0%
MG	279	12%	846	35%	1245	52%	20	1%
MS	48	36%	51	39%	33	25%	0	0%
MT	12	6%	79	41%	82	42%	21	11%
PA	9	3%	62	22%	201	71%	10	4%
PB	34	6%	195	35%	320	58%	2	0%
PE	78	9%	407	45%	419	46%	1	0%
PI	12	4%	85	30%	119	42%	70	24%
PR	240	29%	312	38%	245	30%	18	2%
RJ	80	9%	321	36%	487	55%	0	0%
RN	51	15%	132	39%	158	46%	0	0%
RO	3	3%	46	52%	36	41%	3	3%
RR	0	0%	1	4%	21	81%	4	15%
RS	119	19%	258	41%	248	39%	11	2%
SC	265	27%	385	39%	327	33%	1	0%
SE	7	4%	51	30%	114	66%	0	0%
SP	562	31%	845	46%	406	22%	25	1%
TO	31	16%	78	41%	79	41%	4	2%
Total Geral	2226	16%	5432	38%	6319	44%	244	2%

Fonte: Autora

Constatou-se que a maior concentração de UBSs avaliadas na categoria “muito acima da média” no primeiro ciclo localiza-se no Estado de São Paulo, com 562 UBSs nessa categoria (marcadas em verde no mapa), bem como 845 UBSs classificadas como acima da média (marcadas em azul), que identificam as UBSs.

Na Tabela 22, observa-se que 77% das UBSs participantes do Estado de São Paulo apresentaram desempenho acima (46%) ou muito acima da média (31%), caracterizando um resultado muito bom. Proporcionalmente ao número de participantes do programa, os Estados de Alagoas (23%), Mato Grosso do Sul (36%), Paraná (29%) e Santa Catarina (27%) também apresentaram concentração de UBSs classificadas como muito acima da média maior do que os demais Estados. No outro extremo, observa-se que o Estado do Amapá teve 100% de suas UBSs com desempenho insatisfatório. Além disso, os Estados de Mato Grosso (11%), Piauí (24%) e Roraima (15%) tiveram mais de 10% de suas UBSs mal classificadas, e o Estado do Piauí concentrou o maior número de UBSs nessa condição.

Para o segundo ciclo de avaliação, o segundo mapa apresentado na Figura 15, em conjunto com os dados da Tabela 23, permite destacar o desempenho dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Norte, com 76% e 68% de suas UBSs respectivamente classificadas como acima ou muito acima da média. O desempenho das UBSs do Estado de São Paulo merece destaque também no Ciclo 2, pois 61% classificaram-se como acima ou muito acima da média (689 UBSs muito acima da média, representadas pelos pontos verdes e 1.318 UBSs acima da média, representadas pelos pontos azuis na Figura 15).

Tabela 23 – Classificação obtida pelas UBSs no Ciclo 2 do PMAQ por UF

UF	Muito acima da média		Acima da média		Média ou abaixo da média		Insatisfatório/ Desclass	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
AC	0	0%	8	11%	62	82%	6	8%
AL	44	6%	228	33%	413	59%	14	2%
AM	8	2%	94	20%	331	71%	35	7%
AP	1	1%	13	13%	72	71%	16	16%
BA	362	15%	863	35%	1.123	46%	100	4%
CE	380	23%	609	37%	572	35%	96	6%
DF	0	0%	21	23%	64	69%	8	9%
ES	48	11%	121	27%	221	50%	56	13%
GO	112	10%	221	20%	746	67%	31	3%
MA	30	5%	142	23%	425	68%	29	5%
MG	723	19%	1.422	38%	1.452	39%	142	4%
MS	57	16%	127	35%	180	49%	3	1%
MT	53	11%	111	23%	311	64%	10	2%
PA	29	4%	98	15%	512	78%	18	3%
PB	91	8%	463	39%	623	52%	17	1%
PE	206	12%	618	35%	903	51%	27	2%
PI	147	21%	253	36%	302	43%	7	1%
PR	268	17%	581	37%	698	44%	43	3%
RJ	198	11%	411	24%	1.082	62%	46	3%
RN	216	29%	294	39%	242	32%	2	0%
RO	2	1%	30	13%	181	80%	14	6%
RR	0	0%	10	15%	52	78%	5	7%
RS	88	8%	290	27%	661	62%	28	3%
SC	484	36%	533	40%	326	24%	6	0%
SE	42	12%	102	29%	173	50%	31	9%
SP	689	21%	1.318	40%	1.116	34%	170	5%
TO	23	9%	85	33%	141	55%	6	2%
Total								
Geral	4.301	16%	9.066	33%	12.984	48%	966	4%

Fonte: Autora

As UBSs do Estado do Amapá, que no Ciclo 1 apresentaram mau desempenho em todas as suas unidades, ainda permanecem com grande volume de unidades com desempenho insatisfatório (16%). E, nesse segundo ciclo, o Estado do Espírito Santo, que não teve nenhuma UBS mal classificada no primeiro ciclo, destacou-se por apresentar 13% de suas unidades nessa faixa de classificação.

Por fim, a análise do terceiro ciclo, por meio da Figura 15 e da Tabela 24, permite verificar que houve uma migração do volume de UBSs classificadas como acima da média para muito acima da média. Isso pode ser efeito da mudança implementada nas faixas de classificação, de muito acima da média, acima da média e média para ótima, muito boa, boa, regular e ruim. Efeito da conversão proposta neste trabalho para a comparação das classificações entre os ciclos na mesma base.

Tabela 24 – Classificação obtida pelas UBSs no Ciclo 3 do PMAQ por UF

UF	Muito acima da média		Acima da média		Média ou abaixo da média		Insatisfatório/ Desclass	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
AC	1	1%	14	9%	129	83%	12	8%
AL	177	22%	284	35%	339	41%	19	2%
AM	36	6%	132	21%	421	66%	48	8%
AP	2	1%	6	4%	120	86%	11	8%
BA	431	15%	990	34%	1353	47%	133	5%
CE	773	33%	665	28%	614	26%	288	12%
DF	2	2%	5	5%	87	86%	7	7%
ES	34	7%	127	24%	320	61%	41	8%
GO	90	7%	304	24%	844	68%	10	1%
MA	38	2%	210	14%	1251	80%	56	4%
MG	1108	25%	1424	32%	1737	39%	235	5%
MS	132	30%	141	32%	158	36%	14	3%
MT	132	23%	208	36%	237	41%	8	1%
PA	50	5%	155	16%	695	74%	45	5%
PB	296	22%	511	38%	518	39%	20	1%
PE	572	28%	678	33%	644	32%	150	7%
PI	272	31%	231	26%	348	40%	27	3%
PR	240	13%	522	28%	981	53%	120	6%
RJ	608	28%	482	23%	931	44%	114	5%
RN	335	37%	283	31%	284	31%	4	0%
RO	20	6%	52	16%	198	60%	58	18%
RR	12	13%	23	25%	55	60%	2	2%
RS	204	13%	455	30%	831	54%	39	3%
SC	515	34%	562	37%	425	28%	24	2%
SE	63	12%	145	28%	266	51%	47	9%
SP	794	19%	1462	34%	1811	43%	191	4%
TO	65	19%	91	27%	166	49%	16	5%
Total								
Geral	7002	20%	10162	29%	15763	45%	1739	5%

Fonte: Autora

Mesmo diante dessa mudança, vale destacar, mais uma vez, o desempenho dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Norte, que tiveram 73% e 68% de suas unidades classificadas como acima e muito acima da média. Adicionalmente, os Estados de Ceará, Mato Grosso do Sul e Piauí tiveram mais de 30% de suas UBSs classificadas como muito acima da média. O Estado do Ceará, apesar do destaque positivo, também se destacou negativamente, com 12% de suas UBSs com desempenho insatisfatório. Outro Estado que teve alto percentual de UBSs com desempenho insatisfatório foi Rondônia (18%), representado, junto com Ceará, pelos pontos vermelhos na Figura 15.

A Tabela 25 mostra a quantidade e o percentual de UBSs classificadas em cada categoria de desempenho nos três ciclos de avaliação. É possível observar estabilidade no percentual de unidades classificadas como muito acima da média, queda no percentual de unidades classificadas acima da média e aumento para as unidades com desempenho insatisfatório, ou que foram desclassificadas. Nas unidades classificadas na média ou abaixo

da média, não é possível inferir sobre a variação entre os ciclos, pois houve aumento no ciclo 2, seguido de queda no ciclo 3.

Tabela 25 - Quantidade de UBSs classificadas em cada categoria de desempenho ao longo dos ciclos de avaliação

Classificação	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	Qtde UBSs	%	Qtde UBSs	%	Qtde UBSs	%
Muito acima da média	2.226	16%	4.301	16%	7.002	20%
Acima da média	5.432	38%	9.066	33%	10.162	29%
Média ou abaixo da média	6.319	44%	12.984	48%	15.763	45%
Insatisfatória/desclassificada	244	2%	966	4%	1.739	5%

Fonte: Autora

Para testar a hipótese nula H09: a classificação das UBSs é igual ao longo dos ciclos, foi aplicado o teste de Friedman, obtendo-se p -valor $< 0,001$, que permite rejeitar H09 e concluir que, com a criação do PMAQ que premia as UBSs de acordo com a classificação obtida nas avaliações, houve mudança entre os ciclos. Essa mudança não permite identificar se houve melhoria da qualidade nas UBSs após a implantação do programa, uma vez que, ao mesmo tempo em que houve aumento no percentual de UBSs classificadas como muito acima da média, também houve aumento no percentual de UBSs com desempenho insatisfatório, ou que foram desclassificadas.

A Tabela 26 apresenta a distribuição de frequência das UBSs em função da classificação, agrupadas nas faixas de IDH dos municípios onde se localizam.

Se analisarmos a classificação obtida pelas UBSs e o IDH dos municípios onde se localizam, por meio da Figura 9, conjuntamente com a Tabela 26, podemos observar que a maior concentração de UBSs está localizada na faixa intermediária de IDH (0,597 a 0,772), classificadas como acima da média e média ou abaixo da média.

Tabela 26 – Classificação das UBSs de acordo com o IDH do município onde se localizam

UBSs	FAIXA DE IDH				Total Geral
	CLASSIFICAÇÃO C1	0,418 - 0,596	0,597 - 0,685	0,686 - 0,772	
Muito acima da média	1%	3%	6%	5%	15%
Acima da média	5%	10%	15%	8%	38%
Média ou abaixo da média	7%	12%	16%	10%	45%
Insatisfatório/ Desclass	0%	1%	1%	0%	2%
Total Geral	14%	26%	37%	23%	100%

UBSs	FAIXA DE IDH				Total Geral
	CLASSIFICAÇÃO C2	0,418 - 0,508	0,509 - 0,596	0,597 - 0,685	
Muito acima da média	2%	4%	5%	4%	16%
Acima da média	5%	9%	11%	7%	33%
Média ou abaixo da média	8%	13%	20%	7%	48%
Insatisfatório/ Desclass	0%	1%	1%	1%	4%
Total Geral	16%	27%	38%	19%	100%

UBSs	FAIXA DE IDH				Total Geral
	CLASSIFICAÇÃO C3	0,418 - 0,508	0,509 - 0,596	0,597 - 0,685	
Muito acima da média	3%	6%	6%	5%	20%
Acima da média	5%	8%	10%	7%	29%
Média ou abaixo da média	9%	12%	19%	5%	45%
Insatisfatório/ Desclass	0%	1%	3%	1%	5%
Total Geral	17%	26%	38%	18%	100%

Fonte: Autora

Ainda na análise da Tabela 26, poucas UBSs estão localizadas em municípios com IDH (0,418 – 0,508) e (0,773 – 0,862), bem como com classificação (muito acima da média e insatisfatória).

Para verificar se existe associação entre a classificação da UBS e a faixa de IDH do município, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson (SIEGEL, 1978) apenas nas equipes de saúde que participaram dos três ciclos de avaliação. Os resultados dos testes estão apresentados na Tabela 27, que permite-nos rejeitar a hipótese nula H08 e afirmar que existe associação entre o IDH e a classificação das UBSs. Para complementar a análise as Tabelas 28 e 29, mostram a distribuição de frequência relativa das UBSs por faixa de IDH de acordo com a classificação recebida.

Tabela 27 – Resultados do teste qui-quadrado de Pearson: associação entre o IDH e a classificação das UBSs

Ciclo	χ^2	p-valor
1	223,453	0,000
2	252,054	< 0,001
3	607,156	< 0,001

Fonte: Autora

Tabela 28 – Distribuição de frequência relativa das UBSs por classes de IDH em função da classificação das UBSs nos três ciclos de avaliação

FAIXAS DE IDH

Classificação – Ciclo 1	0,418 – 0,596	0,597 – 0,685	0,686 – 0,772	0,773 – 0,862	TOTAL
Muito acima da média	9%	23%	36%	32%	100%
Acima da média	14%	28%	39%	20%	100%
Média ou abaixo da média	16%	26%	36%	21%	100%
Insatisfatória/desclassificada	26%	30%	36%	7%	100%

Classificação – Ciclo 2	0,418 – 0,596	0,597 – 0,685	0,686 – 0,772	0,773 – 0,862	TOTAL
Muito acima da média	12%	27%	32%	29%	100%
Acima da média	15%	26%	33%	26%	100%
Média ou abaixo da média	15%	26%	41%	17%	100%
Insatisfatória/desclassificada	7%	20%	43%	29%	100%

Classificação – Ciclo 3	0,418 – 0,596	0,597 – 0,685	0,686 – 0,772	0,773 – 0,862	TOTAL
Muito acima da média	15%	30%	29%	27%	100%
Acima da média	14%	26%	32%	27%	100%
Média ou abaixo da média	15%	26%	44%	14%	100%
Insatisfatória/desclassificada	3%	8%	53%	36%	100%

Fonte: Autora

Tabela 29 – Distribuição de frequência relativa da classificação das UBSs em função das faixas de IDH

FAIXAS DE IDH				
Classificação – Ciclo 1	0,418 – 0,596	0,597 – 0,685	0,686 – 0,772	0,773 – 0,862
Muito acima da média	9%	14%	15%	22%
Acima da média	37%	40%	40%	34%
Média ou abaixo da média	50%	45%	43%	43%
Insatisfatória/desclassificada	3%	2%	2%	1%
Total	100%	100%	100%	100%

Classificação – Ciclo 2	0,418 – 0,596	0,597 – 0,685	0,686 – 0,772	0,773 – 0,862
Muito acima da média	13%	17%	14%	21%
Acima da média	34%	34%	30%	40%
Média ou abaixo da média	52%	48%	54%	37%
Insatisfatória/desclassificada	1%	1%	2%	2%
Total	100%	100%	100%	100%

Classificação – Ciclo 3	0,418 – 0,596	0,597 – 0,685	0,686 – 0,772	0,773 – 0,862
Muito acima da média	24%	27%	19%	29%
Acima da média	32%	32%	28%	39%
Média ou abaixo da média	43%	40%	48%	26%
Insatisfatória/desclassificada	1%	1%	6%	6%
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: Autora

Nota-se a grande concentração de UBSs nas faixas intermediárias, tanto de IDH como de classificação, e isso demonstra que, apesar da existência de associação entre o IDH e a classificação, a metodologia de classificação adotada pelo PMAQ só permite destacar as grandes discrepâncias dos extremos, deixando a maioria das unidades muito similar, o que dificulta a implementação de ações de melhoria do programa.

A metodologia adotada pelo PMAQ divide as UBSs em categorias de desempenho. De acordo com Sura & Shah (2010), essa metodologia de avaliação privilegia aqueles que já atendem com alto patamar de desempenho, enquanto aqueles categorizados como baixo desempenho, por mais melhorias que sejam feitas, muitas vezes elas não são suficientes para que os reclassifique em categorias superiores. Isso cria um ciclo vicioso no qual os

participantes de pior desempenho recebem os menores incentivos e não conseguem aumentar os investimentos necessários em estrutura para obter a melhoria desejada.

Uma mudança que pode ser feita no PMAQ é adicionar as taxas de melhoria conjuntamente com a categorização absoluta, para equilibrar a distribuição de incentivos financeiros e motivar igualmente todos os participantes.

Por fim, foi feita uma análise da classificação das UBSs agrupadas por faixa de número de usuários a ser atendidos, com objetivo de entender se existe maior dificuldade em manter o bom nível de qualidade mesmo para um grande número de usuários a ser atendidos.

A Tabela 30 apresenta a distribuição de frequência relativa das UBSs em função da classificação e da quantidade média de usuários atendidos nos três ciclos de avaliação. É possível observar que as UBSs participantes estão mais concentradas nas faixas de atendimento de 1.001 a 3.000 ou acima de 5.000 usuários. Nos três ciclos de avaliação, a concentração das UBSs em cada uma dessas faixas ficou ao redor de 25%.

Tabela 30 – Distribuição de frequência relativa das UBSs em função da classificação e da quantidade média de usuários atendidos nos três ciclos de avaliação

CLASSIFICAÇÃO C1	Usuário/UBS						Total Geral
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001	
Muito acima da média	0,7%	4%	4%	1%	1%	5%	15%
Acima da média	1,8%	11%	9%	4%	2%	10%	38%
Média ou abaixo da média	1,5%	11%	10%	6%	3%	14%	45%
Insatisfatório/ Desclass	0,3%	1%	0%	0%	0,2%	0%	2%
Total Geral	4,3%	27%	22%	11%	6%	29%	100%

CLASSIFICAÇÃO C2	Usuário/UBS						Total Geral
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001	
Muito acima da média	0,9%	5%	4%	2%	1%	4%	16%
Acima da média	1,3%	10%	8%	4%	2%	8%	33%
Média ou abaixo da média	1,7%	12%	12%	6%	4%	13%	48%
Insatisfatório/ Desclass	0,1%	0%	1%	0%	0,3%	2%	4%
Total Geral	4,0%	27%	23%	11%	7%	27%	100%

CLASSIFICAÇÃO C3	Usuário/UBS						Total Geral
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001	
Muito acima da média	0,8%	6%	5%	2%	1%	5%	20%
Acima da média	1,2%	8%	7%	3%	2%	8%	29%
Média ou abaixo da média	1,6%	12%	11%	6%	4%	11%	45%
Insatisfatório/ Desclass	0,2%	0%	0%	0%	0,3%	3%	5%
Total Geral	3,8%	26%	23%	12%	8%	28%	100%

Fonte: Autora

O teste de qui-quadrado de Pearson foi aplicado para verificar a hipótese nula de não existência de associação entre as classes de desempenho e a quantidade média de usuários atendidos. Os valores das estatísticas estão representados na Tabela 31, com os respectivos p-valor o que nos permite rejeitar a hipótese nula H_0 e afirmar que existe uma associação entre o número médio de usuários atendidos e a classificação das UBSs.

Tabela 31 – Resultados do teste χ^2 de Pearson para a associação entre as faixas de usuários atendidos e a classificação das UBSs

Ciclo	χ^2	p-valor
1	202,029	< 0,001
2	108,319	< 0,001
3	222,931	< 0,001

Fonte: Autora

Nas Tabelas 32 e 33, estão apresentadas as distribuições de frequência relativa das UBSs em função da classificação recebida e do número médio de usuários atendidos por unidade.

Tabela 32 – Distribuição de frequência relativa das UBSs em função das faixas de usuários atendidos para cada classe das UBSs nos três ciclos de avaliação

Análise População - Ciclo 1	Usuários/UBS						TOTAL
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001	
Muito acima da média	6%	31%	22%	11%	8%	22%	100%
Acima da média	4%	30%	23%	11%	5%	26%	100%
Média ou abaixo da média	4%	26%	25%	11%	6%	28%	100%
Insatisfatório/ Desclass	2%	13%	13%	9%	9%	55%	100%

Análise População - Ciclo 2	Usuários/UBS						TOTAL
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001	
Muito acima da média	6%	31%	22%	11%	8%	22%	100%
Acima da média	4%	30%	23%	11%	5%	26%	100%
Média ou abaixo da média	4%	26%	25%	11%	6%	28%	100%
Insatisfatório/ Desclass	2%	13%	13%	9%	9%	55%	100%

Análise População - Ciclo 3	Usuários/UBS						TOTAL
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001	
Muito acima da média	4%	33%	23%	12%	5%	23%	100%
Acima da média	5%	27%	25%	10%	6%	27%	100%
Média ou abaixo da média	5%	28%	24%	11%	7%	24%	100%
Insatisfatório/ Desclass	0%	6%	11%	4%	5%	73%	100%

Fonte: Autora

Tabela 33 – Distribuição de frequência relativa das UBSs em função das avaliações recebidas para cada classe de usuários atendidos nos três ciclos de avaliação

Análise Classificação no Ciclo 1	Usuários/UBS					
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001
Muito acima da média	24%	18%	15%	17%	20%	13%
Acima da média	31%	36%	33%	33%	28%	33%
Média ou abaixo da média	45%	45%	51%	49%	49%	50%
Insatisfatório/ Desclass	1%	1%	1%	2%	2%	4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Análise Classificação no Ciclo 2	Usuários/UBS					
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001
Muito acima da média	24%	18%	15%	17%	20%	13%
Acima da média	31%	36%	33%	33%	28%	33%
Média ou abaixo da média	45%	45%	51%	49%	49%	50%
Insatisfatório/ Desclass	1%	1%	1%	2%	2%	4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Análise Classificação no Ciclo 3	Usuários/UBS					
	0 - 1000	1001 - 2000	2001 - 3000	3001 - 4000	4001 - 5000	Acima de 5001
Muito acima da média	24%	28%	23%	26%	19%	20%
Acima da média	34%	31%	33%	30%	31%	32%
Média ou abaixo da média	42%	41%	42%	43%	47%	36%
Insatisfatório/ Desclass	0%	1%	2%	2%	3%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Autora

Na Tabela 32, observa-se uma alta concentração de UBSs que atendem acima de 5.000 usuários com desempenho insatisfatório nos três ciclos, o que pode ser reflexo das dificuldades de se manter um bom patamar de qualidade no atendimento quando o volume de usuários é muito grande. Esse pode ser um indicador, para as Secretarias Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, de locais que necessitam de maior investimento na abertura de novas unidades.

Na Tabela 33, é possível observar, mais uma vez, uma grande concentração relativa de UBSs nas faixas de classificação intermediárias, similar à associação identificada anteriormente com as classes de valores de IDH. O que vem reforçar o questionamento sobre a qualidade da metodologia de classificação adotada pelo PMAQ, que destaca apenas as discrepâncias dos extremos.

5.3 Satisfação dos Usuários

A fim de entender se a adesão ao PMAQ trouxe melhoria na qualidade do atendimento das UBSs de forma a ser percebida pelos usuários, foram feitas análises das respostas dos usuários nos três ciclos de avaliação quando perguntados sobre:

- 1 – se recomendariam a sua Unidade de Saúde;
- 2 – se mudariam de equipe de saúde;
- 3 – qual nota atribuiriam ao atendimento recebido nas unidades.

Para a análise comparativa dos três ciclos, foram consideradas apenas as UBSs que obtiveram respostas válidas dos usuários para essas questões em todos os ciclos. Considerando a base completa sem restrições, teríamos 148.730 respostas, entretanto 58.694 foram excluídas por não se tratarem de respostas válidas, “998 - não sabe ou não respondeu”, e outras 28.486 foram excluídas pelas UBSs não terem participado de algum dos ciclos.

Para a análise dos motivos que levariam o usuário a mudar de UBS, o universo amostral ficou ainda menor, uma vez que, desse montante de 61.562 respostas para análise, apenas as respostas “sim” levaram o usuário a responder à pergunta: “Por que mudaria de unidade?”, que representam entre 8% e 15% do total. Adicionalmente, o usuário tinha seis motivos para escolher, e somente aqueles que responderam “mau atendimento” ou “má qualidade dos profissionais” fizeram parte da amostra analisada, restringindo o nosso universo para 102 respostas de “mau atendimento” e 84 respostas de “má qualidade dos profissionais”.

Para isso, foi aplicado, nas perguntas 1 – se recomendaria sua Unidade de Saúde e 2 – se mudaria de equipe de saúde, o teste de estatística não paramétrica – Q de Cochran (SIEGEL, 1978) para testar as hipóteses nulas H010 e H011 de que os percentuais de usuários que responderam “sim” às questões são iguais entre ciclos.

A Tabela 34 mostra a distribuição do percentual de usuários que recomendariam a sua UBS ao longo dos três ciclos de avaliação agrupados por UF, bem como o p-valor relativo ao teste Q de Cochran e a respectiva decisão em relação à hipótese nula. Observou-se que a hipótese nula foi rejeitada em todas as Unidades Federativas, indicando que as porcentagens não permaneceram iguais nos três ciclos, e que pode ter havido uma mudança significativa entre os ciclos de avaliação em todas as UFs.

Tabela 34 – Distribuição das porcentagens de usuários que recomendariam a UBS nos Ciclos 1, 2 e 3; p-valor relativo ao teste de Cochran e a respectiva decisão por Unidade Federativa

UF	n (Equipes de Saúde)	C1-RECOMENDA		C2 - RECOMENDA		C3 - RECOMENDA		p value	Análise
		%SIM	%NÃO	%SIM	%NÃO	%SIM	%NÃO		
AC	122	72,1%	27,9%	85,2%	14,8%	91,8%	8,2%	< 0,001	Rejeita H0
AL	1334	82,8%	17,2%	85,2%	14,8%	92,1%	7,9%	< 0,001	Rejeita H0
AM	584	87,3%	12,7%	89,7%	10,3%	88,7%	11,3%	< 0,001	Rejeita H0
AP	40	75,0%	25,0%	85,0%	15,0%	95,0%	5,0%	< 0,001	Rejeita H0
BA	7290	84,1%	15,9%	87,4%	12,6%	91,1%	8,9%	< 0,001	Rejeita H0
CE	4918	87,2%	12,8%	85,7%	14,3%	91,0%	9,0%	< 0,001	Rejeita H0
DF	25	84,0%	16,0%	76,0%	24,0%	84,0%	16,0%	< 0,001	Rejeita H0
ES	484	86,8%	13,2%	87,2%	12,8%	94,2%	5,8%	< 0,001	Rejeita H0
GO	2742	89,3%	10,7%	89,6%	10,4%	93,5%	6,5%	< 0,001	Rejeita H0
MA	308	89,0%	11,0%	81,8%	18,2%	94,8%	5,2%	< 0,001	Rejeita H0
MG	11170	87,7%	12,3%	88,8%	11,2%	91,9%	8,1%	< 0,001	Rejeita H0
MS	678	89,7%	10,3%	86,1%	13,9%	92,6%	7,4%	< 0,001	Rejeita H0
MT	1364	79,2%	20,8%	88,1%	11,9%	92,4%	7,6%	< 0,001	Rejeita H0
PA	1178	82,5%	17,5%	87,6%	12,4%	91,7%	8,3%	< 0,001	Rejeita H0
PB	3568	84,8%	15,2%	86,0%	14,0%	91,1%	8,9%	< 0,001	Rejeita H0
PE	3294	89,0%	11,0%	88,3%	11,7%	92,3%	7,7%	< 0,001	Rejeita H0
PI	1778	81,6%	18,4%	83,8%	16,2%	92,9%	7,1%	< 0,001	Rejeita H0
PR	1734	90,0%	10,0%	87,2%	12,8%	92,6%	7,4%	< 0,001	Rejeita H0
RJ	1702	89,4%	10,6%	87,2%	12,8%	91,7%	8,3%	< 0,001	Rejeita H0
RN	2142	84,4%	15,6%	88,8%	11,2%	90,5%	9,5%	< 0,001	Rejeita H0
RO	144	87,5%	12,5%	93,1%	6,9%	83,3%	16,7%	< 0,001	Rejeita H0
RR	98	75,5%	24,5%	57,1%	42,9%	85,7%	14,3%	< 0,001	Rejeita H0
RS	3198	91,9%	8,1%	91,7%	8,3%	92,2%	7,8%	< 0,001	Rejeita H0
SC	4885	92,1%	7,9%	93,7%	6,3%	91,8%	8,2%	< 0,001	Rejeita H0
SE	696	77,0%	23,0%	81,6%	18,4%	86,2%	13,8%	< 0,001	Rejeita H0
SP	5652	88,3%	11,7%	87,7%	12,3%	91,1%	8,9%	< 0,001	Rejeita H0
TO	422	82,9%	17,1%	83,4%	16,6%	90,0%	10,0%	< 0,001	Rejeita H0
Total Geral	61550	87,1%	13%	88,1%	11,9%	91,6%	8,4%	< 0,001	Rejeita H0

Fonte: Autora

O percentual consolidado de usuários que recomendariam a sua unidade aumentou de 87% para 88% e atingiu 92% no último ciclo, indicando uma melhora na satisfação. Também se observa que, de modo geral, houve um aumento no percentual de recomendação de quase todas as Unidades Federativas.

A Tabela 35 mostra a distribuição do percentual de usuários que mudariam de UBS ao longo dos três ciclos de avaliação, bem como o p-valor obtido no teste Q de Cochran e a decisão relativa à hipótese nula que foi rejeitada em todas as Unidades Federativas, indicando que a porcentagem de mudança não permaneceu estável nas três avaliações.

Tabela 35 – Distribuição das porcentagens de usuários que mudariam de UBS nos Ciclos 1, 2 e 3; p-valor relativo ao teste de Cochran e a respectiva decisão por Unidade Federativa

UF	n (Equipes de Saúde)	C1-MUDA DE UBS		C2 - MUDA DE UBS		C3 - MUDA DE UBS		p value	Análise
		%SIM	%NÃO	%SIM	%NÃO	%SIM	%NÃO		
AC	122	23,0%	77,0%	14,8%	85,2%	11,5%	88,5%	< 0,001	Rejeita H0
AL	1344	18,8%	81,3%	19,8%	80,2%	14,1%	85,9%	< 0,001	Rejeita H0
AM	582	26,5%	73,5%	21,0%	79,0%	14,4%	85,6%	< 0,001	Rejeita H0
AP	42	42,9%	57,1%	42,9%	57,1%	19,0%	81,0%	< 0,001	Rejeita H0
BA	7220	21,5%	78,5%	19,7%	80,3%	8,7%	91,3%	< 0,001	Rejeita H0
CE	4948	14,2%	85,8%	14,5%	85,5%	6,6%	93,4%	< 0,001	Rejeita H0
DF	25	16,0%	84,0%	24,0%	76,0%	16,0%	84,0%	< 0,001	Rejeita H0
ES	482	17,0%	83,0%	17,8%	82,2%	11,6%	88,4%	< 0,001	Rejeita H0
GO	2742	14,4%	85,6%	12,9%	87,1%	9,3%	90,7%	< 0,001	Rejeita H0
MA	314	13,4%	86,6%	22,9%	77,1%	7,6%	92,4%	< 0,001	Rejeita H0
MG	11174	12,2%	87,8%	12,1%	87,9%	8,9%	91,1%	< 0,001	Rejeita H0
MS	686	12,5%	87,5%	17,5%	82,5%	8,5%	91,5%	< 0,001	Rejeita H0
MT	1356	19,2%	80,8%	15,9%	84,1%	8,6%	91,4%	< 0,001	Rejeita H0
PA	1186	27,7%	72,3%	21,8%	78,2%	12,3%	87,7%	< 0,001	Rejeita H0
PB	3588	15,4%	84,6%	17,3%	82,7%	10,0%	90,0%	< 0,001	Rejeita H0
PE	3272	15,9%	84,1%	11,9%	88,1%	8,3%	91,7%	< 0,001	Rejeita H0
PI	1796	21,4%	78,6%	19,8%	80,2%	6,5%	93,5%	< 0,001	Rejeita H0
PR	1746	15,0%	85,0%	13,5%	86,5%	11,9%	88,1%	< 0,001	Rejeita H0
RJ	1688	12,1%	87,9%	19,7%	80,3%	9,1%	90,9%	< 0,001	Rejeita H0
RN	2154	20,1%	79,9%	15,9%	84,1%	8,1%	91,9%	< 0,001	Rejeita H0
RO	144	20,8%	79,2%	16,7%	83,3%	12,5%	87,5%	< 0,001	Rejeita H0
RR	90	17,8%	82,2%	55,6%	44,4%	20,0%	80,0%	< 0,001	Rejeita H0
RS	3192	14,1%	85,9%	12,5%	87,5%	7,5%	92,5%	< 0,001	Rejeita H0
SC	4877	9,6%	90,4%	9,3%	90,7%	4,9%	95,1%	< 0,001	Rejeita H0
SE	690	26,7%	73,3%	20,0%	80,0%	8,4%	91,6%	< 0,001	Rejeita H0
SP	5676	12,5%	87,5%	13,7%	86,3%	9,8%	90,2%	< 0,001	Rejeita H0
TO	426	22,5%	77,5%	24,4%	75,6%	13,6%	86,4%	< 0,001	Rejeita H0
Total Geral	61562	15,6%	84%	15,0%	85,0%	8,7%	91,3%	<0,001	Rejeita H0

Fonte: Autora

O percentual consolidado de usuários que mudariam de equipe apresentou uma redução, principalmente no terceiro ciclo, caindo de 15% nos primeiros dois ciclos para 9% no último ciclo. Isto pode indicar uma melhora na satisfação dos usuários com a sua unidade. De modo geral, também se observou essa tendência de decréscimo em todas as Unidades Federativas.

Os usuários que responderam que mudariam de unidade (15,6% no Ciclo 1, 15% no Ciclo 2 e 8,7% no Ciclo 3) foram questionados a respeito dos motivos que os levariam à troca de unidade. A distribuição das respostas obtidas está apresentada na Tabela 36.

Tabela 36 – Distribuição de frequência relativa dos motivos que levariam os usuários a mudar de UBS nos três ciclos de avaliação por Unidade Federativa

Uf	CICLO 1							CICLO 2							CICLO 3						
	Distância	Horário	Espera	Mal atendido	Profissionais	Outros	TOTAL	Distância	Horário	Espera	Mal atendido	Profissionais	Outros	TOTAL	Distância	Horário	Espera	Mal atendido	Profissionais	Outros	TOTAL
AC	0,0%	7,1%	21,4%	0,0%	7,1%	57,1%	92,9%	20,8%	6,3%	37,5%	22,9%	25,0%	43,8%	156,3%	31,9%	13,0%	30,4%	29,0%	30,4%	24,6%	159,4%
AL	19,4%	24,1%	40,5%	0,0%	27,4%	17,3%	128,7%	22,3%	17,9%	32,8%	29,2%	19,3%	38,2%	159,7%	20,4%	20,4%	34,4%	30,7%	18,3%	25,4%	149,5%
AM	22,9%	23,4%	14,3%	0,0%	22,3%	21,1%	104,0%	26,3%	23,6%	22,9%	24,0%	17,7%	35,8%	150,3%	23,3%	24,4%	31,6%	32,6%	24,2%	26,5%	162,6%
AP	27,6%	31,0%	17,2%	0,0%	34,5%	41,4%	151,7%	14,8%	13,1%	25,4%	19,7%	10,7%	60,7%	144,3%	15,5%	37,9%	44,8%	43,1%	44,8%	50,0%	236,2%
BA	26,7%	29,9%	39,8%	0,0%	29,5%	21,4%	147,3%	24,8%	20,4%	33,5%	18,2%	27,6%	41,0%	165,4%	20,3%	20,0%	26,8%	24,0%	27,8%	36,4%	155,3%
CE	23,1%	27,8%	31,4%	0,0%	25,7%	21,6%	129,6%	21,7%	26,7%	28,9%	22,7%	24,9%	47,3%	172,1%	18,5%	25,0%	31,1%	33,7%	44,7%	49,9%	202,9%
DF	10,0%	30,0%	20,0%	0,0%	30,0%	40,0%	130,0%	17,6%	11,8%	31,4%	29,4%	11,8%	45,1%	147,1%	9,5%	12,7%	50,8%	52,4%	14,3%	20,6%	160,3%
ES	16,8%	17,3%	46,9%	0,0%	21,2%	31,3%	133,5%	17,6%	16,1%	33,1%	21,6%	24,9%	42,9%	156,2%	15,7%	18,8%	32,9%	30,6%	20,4%	21,2%	139,6%
GO	15,2%	16,6%	29,3%	0,0%	26,0%	28,5%	115,5%	17,3%	14,1%	25,2%	20,9%	17,1%	46,5%	141,0%	13,9%	15,2%	28,1%	29,5%	20,8%	29,1%	136,6%
MA	25,0%	23,4%	18,8%	0,0%	26,6%	26,6%	120,3%	21,4%	23,0%	26,6%	27,8%	23,3%	31,8%	153,9%	19,3%	22,9%	37,6%	34,0%	34,0%	35,5%	183,2%
MG	17,4%	12,5%	30,3%	0,0%	17,9%	28,3%	106,4%	18,3%	15,4%	28,3%	22,0%	23,4%	37,0%	144,4%	18,7%	12,2%	22,4%	25,3%	25,0%	32,9%	136,4%
MS	12,9%	7,1%	20,0%	0,0%	25,9%	40,0%	105,9%	20,3%	19,2%	24,9%	23,5%	32,4%	35,6%	155,9%	14,0%	16,0%	21,3%	32,0%	28,7%	34,7%	146,7%
MT	34,0%	15,0%	17,7%	0,0%	17,0%	29,3%	112,9%	24,0%	13,8%	20,7%	21,6%	28,7%	37,4%	146,1%	13,5%	14,8%	23,3%	33,2%	26,9%	34,1%	145,7%
PA	21,0%	16,2%	24,1%	0,0%	22,2%	31,4%	114,9%	26,7%	26,5%	30,5%	20,5%	15,0%	41,9%	161,2%	25,3%	20,3%	23,2%	29,7%	25,0%	37,0%	160,4%
PB	20,7%	20,2%	29,7%	0,0%	24,7%	22,7%	118,0%	19,1%	19,8%	30,3%	21,7%	23,7%	34,7%	149,3%	20,2%	18,7%	28,9%	26,8%	23,6%	31,2%	149,4%
PE	16,0%	21,2%	20,3%	0,0%	13,8%	40,9%	112,2%	18,4%	16,6%	27,4%	30,9%	20,7%	39,7%	153,7%	14,3%	22,1%	31,8%	35,2%	24,5%	38,0%	166,0%
PI	23,3%	27,3%	29,4%	0,0%	24,9%	25,7%	130,6%	25,9%	26,2%	34,9%	15,0%	15,3%	42,1%	159,5%	21,8%	27,3%	32,7%	29,5%	24,7%	44,4%	180,4%
PR	18,9%	18,6%	31,6%	0,0%	18,1%	27,4%	114,6%	18,6%	17,6%	33,1%	31,0%	24,3%	34,7%	159,4%	12,7%	21,2%	34,3%	35,0%	19,8%	24,9%	147,8%
RJ	11,8%	11,3%	27,2%	0,0%	18,3%	38,6%	107,2%	14,1%	17,4%	38,6%	25,8%	21,0%	41,9%	158,9%	6,0%	11,0%	32,8%	30,3%	20,8%	28,2%	129,2%
RN	21,6%	20,1%	27,6%	0,0%	32,2%	22,6%	124,0%	16,6%	22,3%	33,2%	22,3%	27,0%	48,1%	169,4%	17,0%	20,5%	26,7%	22,2%	31,9%	25,2%	143,5%
RO	39,1%	17,4%	26,1%	0,0%	21,7%	8,7%	113,0%	19,8%	10,5%	33,1%	19,2%	14,0%	43,0%	139,5%	23,4%	27,3%	26,0%	28,6%	46,8%	61,0%	213,0%
RR	29,6%	14,8%	14,8%	0,0%	14,8%	11,1%	85,2%	15,7%	25,2%	39,1%	22,6%	21,7%	55,7%	180,0%	11,4%	10,0%	18,6%	34,3%	22,9%	32,9%	130,0%
RS	18,0%	24,3%	28,7%	0,0%	21,5%	34,5%	127,1%	17,1%	21,2%	33,8%	24,5%	23,4%	31,1%	151,1%	12,7%	22,5%	40,0%	37,1%	29,6%	38,6%	180,6%
SC	15,4%	25,8%	33,4%	0,0%	23,9%	23,3%	121,8%	21,0%	18,5%	31,0%	21,4%	25,6%	41,8%	159,3%	13,1%	17,4%	24,0%	31,1%	53,4%	57,2%	196,2%
SE	24,7%	29,0%	40,3%	0,0%	28,5%	19,9%	142,5%	13,1%	18,0%	26,2%	29,6%	22,8%	30,7%	140,4%	15,5%	15,5%	25,9%	33,6%	22,0%	28,4%	140,9%
SP	11,0%	10,6%	27,8%	0,0%	21,3%	40,8%	111,5%	15,6%	12,1%	35,6%	23,4%	24,2%	41,7%	152,7%	12,3%	10,1%	37,1%	33,1%	25,6%	32,0%	150,2%
TO	25,2%	18,5%	37,0%	0,0%	24,4%	11,1%	116,3%	24,1%	14,1%	26,6%	30,7%	23,2%	32,8%	151,5%	11,8%	14,6%	19,7%	32,0%	21,9%	30,3%	130,3%
TOTAL	19,1%	19,5%	30,2%	0,0%	22,5%	28,6%	119,9%	19,6%	18,5%	31,2%	23,4%	22,9%	40,0%	155,5%	16,2%	17,3%	30,5%	30,6%	26,8%	33,6%	154,9%

Fonte: Autora

Observa-se que o motivo preponderante para o usuário mudar de UBS nos três ciclos reside no tempo de espera que ele enfrenta para conseguir o agendamento de atendimento. No Ciclo 3, apesar do tempo de espera manter-se com a mesma representatividade dos ciclos anteriores, a qualidade do atendimento também aparece como motivo de insatisfação do usuário. No Ciclo 1, não pôde ser avaliado o motivo “mau atendimento” devido aos dados do PMAQ apresentarem 100% dos usuários respondendo não ser esse o motivo do desejo de troca de unidade.

Na mesma tabela, observam-se algumas particularidades de cada ciclo. No Ciclo 1, destacam-se quatro UFs (AM, AP, DF e PE) que tiveram o horário de atendimento como motivo principal; cinco UFs (DF, MA, MS, RN e RR) cujo motivo principal é a má qualidade dos profissionais; e duas UFs (MT e RO) com a maioria dos usuários insatisfeita com a distância das UBSs.

No Ciclo 2, além do tempo de espera, o Estado do Amazonas teve preponderância de insatisfação com a distância; em quatro UFs (MA, PE, SE e TO), o principal motivo foi o mau atendimento; e em duas UFs (MS e MT), foi a qualidade dos profissionais. Já no Ciclo 3, houve uma maior dispersão das UFs em torno dos três principais motivos, que são: a espera, o mau atendimento e a má qualidade dos profissionais.

Considerando os motivos “má qualidade dos profissionais” e “mau atendimento”, mais diretamente relacionados à satisfação do usuário com a qualidade, foram investigadas as respostas dos usuários que atribuíram a esses motivos a razão de sua mudança de UBS, cujos resultados são apresentados nas Tabelas 37 e 38.

Tabela 37 – Distribuição de frequência relativa dos usuários insatisfeitos com a qualidade dos profissionais nos três ciclos de avaliação segundo a região geográfica

Região	Nº (Equipes de Saúde)	CICLO 1		CICLO 2		CICLO 3		p- valor	Análise
		% SIM	% NÃO	% SIM	% NÃO	% SIM	% NÃO		
CO	3	0,0%	100%	0,0%	100,0%	33,3%	66,7%	< 0,001	Rejeita H0
N	9	33,3%	67%	33,3%	66,7%	33,3%	66,7%	< 0,001	Rejeita H0
NE	45	15,6%	84%	15,6%	84,4%	24,4%	75,6%	< 0,001	Rejeita H0
S	12	8,3%	92%	41,7%	58,3%	25,0%	75,0%	< 0,001	Rejeita H0
SE	15	20,0%	80%	33,3%	66,7%	26,7%	73,3%	< 0,001	Rejeita H0
Total geral	84	16,7%	83%	23,8%	76,2%	26,2%	73,8%	0,3107	Aceita H0

Fonte: Autora

A Tabela 37 mostra-nos a distribuição de frequência relativa dos usuários insatisfeitos com a qualidade dos profissionais da UBS. O p-valor relativo ao teste Q de Cochran permite rejeitar a hipótese nula de igualdade nos três ciclos.

O número de respondentes é bastante reduzido, uma vez que foi necessário selecionar apenas UBSs participantes dos três ciclos cujas respostas à pergunta: “Se você pudesse, mudaria de equipe?” foi “sim”. Por conta dessa pequena amostra, optou-se por avaliar as regiões geográficas de forma consolidada, em vez das Unidades Federativas separadamente.

A análise consolidada não apresentou mudança significativa entre os ciclos (p-valor = 0,3107), entretanto, na análise individual das regiões, houve mudança significativa em todas elas. Analisando as proporções de respondentes, observa-se aumento no percentual de usuários que mudariam de equipe pela má qualidade dos profissionais ao longo dos ciclos, passando de 16,7% para 23,8%, e atingindo 26,2% no último ciclo. Esse aumento gera preocupação em relação ao programa estar atingindo, ou não, o seu objetivo de melhora na qualidade do atendimento.

Tabela 38 – Distribuição de frequência relativa dos usuários insatisfeitos com a qualidade do atendimento nos três ciclos de avaliação por região geográfica

Região	Nº (Equipes de Saúde)	CICLO 1		CICLO 2		CICLO 3		p-valor	Análise
		% SIM	% NÃO	% SIM	% NÃO	% SIM	% NÃO		
CO	6	0,0%	100%	16,7%	83,3%	33,3%	66,7%	< 0,001	Rejeita H0
N	16	0,0%	100%	12,5%	87,5%	31,3%	68,8%	< 0,001	Rejeita H0
NE	55	0,0%	100%	20,0%	80,0%	25,5%	74,5%	< 0,001	Rejeita H0
S	4	0,0%	100%	25,0%	75,0%	50,0%	50,0%	< 0,001	Rejeita H0
SE	21	0,0%	100%	23,8%	76,2%	14,3%	85,7%	< 0,001	Rejeita H0
Total geral	102	0,0%	100%	19,6%	80,4%	25,5%	74,5%	< 0,001	Rejeita H0

Fonte: Autora

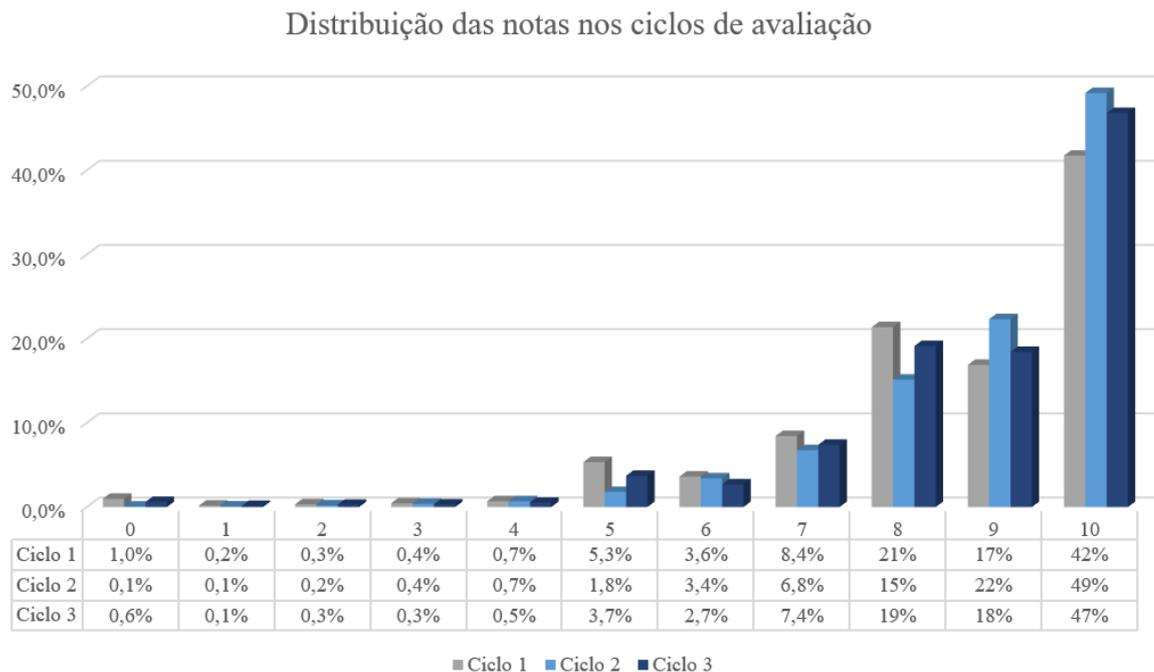
A Tabela 38 apresenta a distribuição de frequência relativa dos usuários insatisfeitos com a qualidade de atendimento nos três ciclos, o p-valor do teste Q de Cochran, bem como a decisão relativa à hipótese nula de equidade de porcentagens nos três ciclos. Observa-se uma redução no percentual geral de insatisfeitos com o atendimento, bem como em todas as regiões geográficas, exceto na Região Sudeste, que teve comportamento contrário.

O teste Q de Cochran resultou em mudança significativa em todas as regiões e também no Brasil como um todo. Considerando que, no primeiro ciclo de avaliação, 100% dos usuários responderam “não” quando perguntados se mudariam de unidade por mau atendimento, foi aplicado o teste de McNemar (SIEGEL, 1978) para comparação dos dados do Ciclo 2 e do Ciclo 3 de forma pareada. O resultado obtido ($\chi^2 = 0,7352 < \chi^2$ crítico = 3,84) permite-nos aceitar a hipótese nula H_0 , de que os usuários que mudariam de unidade por ser mal atendidos são iguais ao longo dos ciclos.

Por fim, foram feitas análises das variáveis numéricas da questão que avalia o nível geral de satisfação do usuário com o cuidado, notas de 0 a 10 foram atribuídas ao atendimento recebido pelas UBSs como uma medida do nível de satisfação. Foi aplicado o teste de Friedman para testar a hipótese nula: não há diferença entre as notas dadas pelos usuários nas três avaliações (notas dos Ciclos 1, 2 e 3).

A Figura 16 apresenta a distribuição de frequência relativa das notas em cada ciclo de avaliação, que permite constatar que, em todos os ciclos, mais de 80% dos usuários atribuíram notas entre 8 e 10 para o atendimento, mostrando-se bastante satisfeitos. Além disso, o percentual de notas zero reduziu do Ciclo 1 para os outros dois ciclos, assim como o percentual de notas 10 aumentou do Ciclo 1 para os outros dois ciclos.

Figura 16 – Distribuição de frequência relativa das notas atribuídas pelos usuários nos ciclos de avaliação do PMAQ



Fonte: Autora

A Tabela 39 mostra o p-valor referente ao teste de Friedman (SIEGEL, 1978) aplicado por Unidade Federativa e a decisão referente à hipótese nula: as distribuições das notas são iguais nos três ciclos. Para a aplicação do teste, foram selecionadas apenas UBSs que participaram dos três ciclos de avaliação. A tabela traz a quantidade de usuários respondentes em cada UBS, lembrando que cada UBS é avaliada, em média, por quatro usuários em cada ciclo.

Tabela 39 – Teste de Friedman para análise da diferença das notas dos usuários entre os ciclos de avaliação

UF	Nº usuários	p-valor	Análise
AC	62	0,3350	Aceita H0
AL	671	< 0,001	Rejeita H0
AM	286	0,0030	Rejeita H0
AP	21	0,0090	Rejeita H0
BA	3.582	< 0,001	Rejeita H0
CE	2.459	< 0,001	Rejeita H0
DF	12	0,0530	Aceita H0
ES	241	0,1460	Aceita H0
GO	1.355	< 0,001	Rejeita H0
MA	158	0,1000	Aceita H0
MG	5.522	< 0,001	Rejeita H0
MS	345	0,3570	Aceita H0
MT	653	< 0,001	Rejeita H0
PA	588	< 0,001	Rejeita H0
PB	1.776	< 0,001	Rejeita H0
PE	1.641	< 0,001	Rejeita H0
PI	886	< 0,001	Rejeita H0
PR	868	< 0,001	Rejeita H0
RJ	821	0,4190	Aceita H0
RN	1.045	< 0,001	Rejeita H0
RO	72	0,5270	Aceita H0
RR	49	0,0070	Rejeita H0
RS	1.577	< 0,001	Rejeita H0
SC	2.439	< 0,001	Rejeita H0
SE	342	< 0,001	Rejeita H0
SP	2.777	< 0,001	Rejeita H0
TO	216	< 0,001	Rejeita H0
Total geral	30.464	< 0,001	Rejeita H0

Observa-se, na Tabela 39, que a maioria dos Estados apresentou diferença significativa entre as notas atribuídas em pelo menos um dos ciclos em relação aos outros, exceto os Estados de Rondônia, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Espírito Santo, Distrito Federal e Acre. Na avaliação geral do Brasil, como um todo, também foi possível observar essa diferença significativa entre as notas ao longo dos ciclos.

Considerando que as notas dos usuários é um dos mecanismos do questionário para medir a sua satisfação com o atendimento recebido na UBS e que um dos nossos objetivos é avaliar o impacto do PMAQ na satisfação do usuário, a última análise deste estudo relaciona as notas dos usuários com a classificação obtida pelas UBSs.

A Tabela 40 compara o desempenho que as UBSs obtiveram nas avaliações do PMAQ com as notas atribuídas pelos usuários nos três ciclos. Observa-se que a nota 10 foi atribuída em maior proporção que as demais notas, tanto para as unidades avaliadas com conceito “Muito acima da média” e “Acima da média”, como para as unidades com desempenho “Média ou abaixo da média” e “Insatisfatório” em todos os ciclos.

Tabela 40 – Comparativo do desempenho das UBSs na avaliação dos ciclos e nas notas atribuídas pelos usuários

Notas Ciclo 1												
Classificação Ciclo 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total Geral
Muito acima da média	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,7%	0,5%	1,3%	3,4%	2,8%	7,0%	15,9%
Acima da média	0,4%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	2,1%	1,3%	3,3%	8,4%	6,6%	15,9%	38,8%
Média ou abaixo da média	0,7%	0,1%	0,2%	0,3%	0,5%	3,3%	2,0%	4,5%	9,6%	6,6%	15,7%	43,6%
Insatisfatório/ Desclass	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%	0,5%	1,7%
Total Geral	1,2%	0,2%	0,4%	0,6%	0,9%	6,2%	4,0%	9,3%	21,8%	16,3%	39,1%	100,0%
Notas Ciclo 2												
Classificação Ciclo 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total Geral
Muito acima da média	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,5%	1,0%	2,3%	3,6%	8,7%	16,4%
Acima da média	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,7%	1,3%	2,5%	5,4%	7,6%	16,2%	34,3%
Média ou abaixo da média	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,6%	1,2%	2,2%	4,2%	8,6%	10,7%	19,5%	47,7%
Insatisfatório/ Desclass	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,6%	1,6%
Total Geral	0,1%	0,1%	0,3%	0,5%	1,1%	2,3%	4,0%	7,9%	16,6%	22,2%	45,0%	100,0%
Notas Ciclo 3												
Classificação Ciclo 3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total Geral
Muito acima da média	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,9%	0,6%	1,6%	4,3%	4,0%	10,1%	21,8%
Acima da média	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	1,2%	0,8%	2,2%	6,0%	5,7%	14,5%	31,0%
Média ou abaixo da média	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	1,7%	1,3%	3,4%	8,7%	8,5%	21,6%	46,1%
Insatisfatório/ Desclass	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,5%	1,1%
Total Geral	0,7%	0,1%	0,2%	0,3%	0,5%	3,9%	2,7%	7,3%	19,2%	18,4%	46,7%	100,0%

Fonte: Autora

Muitos usuários atribuem nota 10 para a qualidade do atendimento recebido, mesmo para as UBSs mal avaliadas, corroborando com Crown et al. (2002) ao afirmar que a satisfação do paciente não implica o serviço superior, apenas um serviço adequado ou aceitável.

Aplicando o teste qui-quadrado de Pearson para análise da associação entre as notas dos usuários e a classificação obtida pela UBS nos ciclos de avaliação, observa-se, na Tabela 41, que, nos Ciclos 1 e 2, existe associação entre as notas e a classificação das UBSs, comprovada pelo alto χ^2 e pelo baixo p-valor. Entretanto, para o terceiro ciclo, a hipótese nula de não associação não foi rejeitada.

Tabela 41 – Resultado do teste qui-quadrado de Pearson: associação entre as notas dos usuários e a classificação obtida pelas UBSs nos ciclos de avaliação

Ciclo	χ^2	p-valor
1	574,738	< 0,001
2	1086,038	< 0,001
3	37,351	0,1671

Fonte: Autora

As Tabelas 42 e 43 contribuem para a visualização dessa associação. Na Tabela 42, a nota mais alta (nota 10) apresenta um aumento na frequência à medida que a classificação obtida melhora nos dois primeiros ciclos, enquanto as notas mais baixas (notas 0, 2, 3 e 4) apresentam efeito inverso, aumentando a frequência à medida que a classificação piora.

Tabela 42 – Distribuição de frequência relativa das notas atribuídas pelos usuários em função da classificação das UBS nos três ciclos de avaliação

Análise Notas no Ciclo 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Muito acima da média	0,6%	0,1%	0,4%	0,3%	0,6%	4%	3%	8%	21%	18%	44%	100%
Acima da média	1,0%	0,2%	0,4%	0,5%	0,7%	5%	3%	9%	22%	17%	41%	100%
Média ou abaixo da média	1,5%	0,3%	0,5%	0,8%	1,1%	8%	5%	10%	22%	15%	36%	100%
Insatisfatório/ Desclass	1,0%	0,1%	0,3%	1,1%	1,2%	9%	6%	11%	22%	17%	32%	100%
Análise Notas no Ciclo 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Muito acima da média	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,7%	2%	3%	6%	14%	22%	53%	100%
Acima da média	0,1%	0,1%	0,3%	0,5%	0,9%	2%	4%	7%	16%	22%	47%	100%
Média ou abaixo da média	0,1%	0,1%	0,3%	0,7%	1,2%	3%	5%	9%	18%	22%	41%	100%
Insatisfatório/ Desclass	0,3%	0,1%	0,6%	0,7%	1,6%	3%	6%	11%	19%	20%	38%	100%
Análise Notas no Ciclo 3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Muito acima da média	1%	0%	0%	0%	0%	4%	3%	7%	19%	18%	46%	100%
Acima da média	1%	0%	0%	0%	1%	4%	3%	7%	19%	18%	47%	100%
Média ou abaixo da média	1%	0%	0%	0%	1%	4%	3%	7%	19%	18%	47%	100%
Insatisfatório/ Desclass	1%	0%	0%	0%	0%	3%	4%	7%	22%	17%	46%	100%

Fonte: Autora

Tabela 43 – Distribuição de frequência relativa da classificação obtida pelas UBSs para cada nota atribuída pelos usuários nos três ciclos de avaliação

Análise Classificação no Ciclo 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito acima da média	9%	11%	15%	7%	11%	11%	13%	14%	16%	17%	18%
Acima da média	33%	29%	32%	32%	31%	34%	34%	36%	38%	41%	41%
Média ou abaixo da média	57%	59%	52%	58%	56%	53%	51%	49%	44%	41%	40%
Insatisfatório/ Desclass	1%	1%	1%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%
TOTAL	100%										
Análise Classificação no Ciclo 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito acima da média	8%	5%	12%	9%	11%	11%	12%	13%	14%	16%	19%
Acima da média	33%	37%	30%	30%	30%	31%	31%	31%	32%	34%	36%
Média ou abaixo da média	52%	57%	55%	59%	56%	55%	54%	54%	52%	48%	43%
Insatisfatório/ Desclass	6%	1%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%
TOTAL	100%										
Análise Classificação no Ciclo 3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito acima da média	21%	20%	18%	21%	20%	22%	22%	21%	22%	22%	22%
Acima da média	32%	34%	33%	33%	31%	32%	29%	30%	31%	31%	31%
Média ou abaixo da média	45%	46%	48%	46%	48%	45%	47%	47%	45%	46%	46%
Insatisfatório/ Desclass	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
TOTAL	100%										

Fonte: Autora

Quando é feita a análise da distribuição de frequência relativa da classificação em cada uma das notas, observa-se que as notas mais altas (acima de 5) apresentam um aumento da frequência na maior classificação nos dois primeiros ciclos, nos quais comprova-se estatisticamente a associação existente. Já no terceiro ciclo, esse aumento da frequência não é observado, conforme a Tabela 43.

5.4 Consolidação dos Resultados Obtidos

A Tabela 44 apresenta um resumo dos resultados obtidos, no qual são encontrados os objetivos da pesquisa, as hipóteses nulas testadas, bem como os resultados encontrados e de que forma eles contribuem na resposta à pergunta investigada no trabalho.

Tabela 44 – Consolidação dos resultados obtidos

Objetivos	Hipóteses nulas testadas	Resultados	Análises
Verificar a evolução da abrangência do programa	H01: Os percentuais de adesão das UBSs ao programa são iguais ao longo dos ciclos	Rejeita H01	Os percentuais de adesão variam entre os ciclos.
	H02: Não existe associação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o percentual de adesão das UBSs ao programa	Rejeita H02	Existe associação entre esses percentuais e o IDH dos municípios. Os percentuais de abandono são iguais ao longo dos ciclos de avaliação
	H03: Os percentuais de abandono das UBSs são iguais ao longo dos ciclos	Aceita H03	Existe associação entre o desempenho e o abandono
	H04: Não existe associação entre o desempenho na avaliação e o abandono do programa	Rejeita H04	
Identificar associações do desempenho das UBSs em função de características regionais de desenvolvimento humano e financeiro	H07: Não existe associação entre o desempenho na avaliação e o número médio de usuários atendidos por UBSs.	Rejeita H07	Existe associação entre o desempenho das UBSs na avaliação tanto com o número de usuários atendidos como com o IDH do município em que se encontram. As UBSs que atendem mais usuários possuem desempenho mais baixo. E as UBSs que se localizam em municípios de faixa intermediária de IDH possuem classificação próxima da média.
	H08: Não existe associação entre o desempenho na avaliação e o IDH do município onde a UBS se localiza	Rejeita H08	A classificação das UBSs em cada categoria de desempenho não é igual nos três ciclos.
	H09: A classificação das UBSs é igual ao longo dos ciclos	Rejeita H09	
Analisar a satisfação dos usuários por meio da comparação dos resultados observados nos ciclos de avaliação	H05: Os percentuais de usuários que mudariam de UBS (por ser mal atendidos) são iguais ao longo dos ciclos	Rejeita H05	Na comparação dos três ciclos de avaliação, os percentuais de usuários que mudariam de unidade por mau atendimento são diferentes, e aumentaram nos três ciclos. Entretanto, na comparação do percentual do Ciclo 2 e do Ciclo 3, o resultado é diferente, pois, entre esses dois ciclos, não houve diferença no percentual de usuários que mudariam de unidade por mau atendimento.
	H06: Os percentuais de usuários que mudariam de UBS (por achar os profissionais das outras UBSs melhores) são iguais ao longo dos ciclos	Rejeita H06	Os percentuais de usuários que mudariam de unidade pela má qualidade dos profissionais não são iguais nos três ciclos. E aumentaram nos três ciclos.
	H10: Os percentuais de usuários que recomendariam a UBS são iguais ao longo dos ciclos	Rejeita H10	Ambos os percentuais de usuários que recomendariam a UBS e que trocariam de UBS variam ao longo dos ciclos. O percentual de usuários que mudariam de unidade reduziu, enquanto o percentual daqueles que recomendariam a unidade aumentou nos três ciclos.
	H11: Os percentuais de usuários que trocariam de UBS são iguais ao longo dos ciclos	Rejeita H11	As notas atribuídas às UBSs na totalidade do Brasil não são iguais, entretanto, para sete UFs, esse resultado é diferente, e elas mantêm-se iguais nos três ciclos. No Brasil, o percentual de usuários que atribuiu nota acima de 8 para as UBSs aumentou de 80% no Ciclo 1 para 86% no Ciclo 2 e para 84% no Ciclo 3
	H12: As notas médias atribuídas pelos usuários pela sua satisfação com o atendimento na UBS são iguais ao longo dos ciclos	Rejeita H12	Foi comprovada a associação entre o desempenho das UBSs e a nota atribuída pelos usuários nos Ciclos 1 e 2. Porém, no Ciclo 3, não foi comprovada essa associação
Identificar relações entre indicadores de satisfação do usuário e o desempenho das UBSs ao longo dos ciclos	H13: Não existe associação entre o desempenho na avaliação e a nota atribuída pelo usuário para a UBS	Rejeita H13	

Fonte: Autora

6 CONCLUSÕES

Neste capítulo, será retomada a discussão das hipóteses estudadas frente aos resultados obtidos, em busca da resposta à pergunta de pesquisa. Também serão apresentadas as limitações do estudo e as recomendações para pesquisas futuras.

Ao concluir este trabalho, é possível responder à pergunta: “Após três ciclos de avaliação do PMAQ, os resultados encontrados demonstram ganhos de qualidade e satisfação do usuário que possam ser estatisticamente comprovados?”

Para responder a essa pergunta, este estudo analisou a evolução do nível de satisfação dos usuários, o desempenho das UBSs nos ciclos de avaliação do PMAQ e a abrangência do programa ao longo dos anos.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se por um enfoque quantitativo com a utilização dos dados de avaliação do PMAQ, coletados pelo Ministério da Saúde por meio de análises estatísticas, que mostrou-se adequado por permitir comprovar ou refutar os modelos de relacionamento entre pagamento e *performance* na saúde, atender aos objetivos propostos e identificar as lacunas para futuras pesquisas.

Foram testadas 13 hipóteses nulas, das quais 12 delas foram rejeitadas, e uma delas foi aceita, conforme demonstra-se nos parágrafos a seguir.

Para investigar as tendências de adesão e abandono ao programa, foram elaborados mapas e testadas as hipóteses nulas H01, H02, H03 e H04, que permitiram comprovar aumento significativo no percentual de adesão ao programa dos municípios e das UBSs ao longo dos três ciclos (H01 rejeitada). Constatou-se também que existe uma associação entre o percentual de adesão e o IDH dos municípios onde a UBS está localizada (H02 rejeitada). As maiores taxas de adesão encontram-se nos municípios de IDH entre 0,509 e 0,862. Na faixa de mais baixo IDH (0,418 – 0,508), as taxas de adesão ficaram abaixo de 5%.

Com relação ao percentual de abandono do programa, não houve variação significativa entre os ciclos (H03 aceita), e, em ambos os ciclos analisados (Ciclos 2 e 3), a maior taxa de abandono ocorreu nas unidades que se classificaram com desempenho insatisfatório, ou foram desclassificadas no ciclo anterior (H04 rejeitada).

Em busca de evidências que permitissem avaliar se o pagamento por *performance* oferecido pelo PMAQ estimula a melhoria de qualidade do atendimento das UBSs, foram testadas as hipóteses nulas H07, H08 e H09, que permitiram concluir que houve mudança na classificação das UBSs ao longo dos ciclos (H09 rejeitada), porém não é possível constatar melhora na qualidade, uma vez que, ao mesmo tempo em que houve aumento no percentual de UBSs classificadas como muito acima da média, também houve aumento no percentual de UBSs com desempenho insatisfatório, ou que foram desclassificadas.

Os resultados apontam para a existência de relação entre desempenho e características regionais de desenvolvimento humano e financeiro, uma vez que foi comprovada a associação entre a classificação da UBS e o IDH do município onde ela se encontra (H08 rejeitada), assim como com a quantidade média de usuários atendidos (H07 rejeitada).

Observou-se que as unidades que possuem um maior número de usuários dependentes de seu atendimento (acima de 5.000 usuários) concentram o maior percentual de classificação insatisfatória, ou foram desclassificadas, refletindo o desafio de gestão para o atendimento de qualidade e garantia de acesso ao grande número de usuários.

Para atender ao objetivo de analisar a satisfação do usuário com as UBSs, foram testadas as hipóteses nulas H05, H06, H10, H11 e H12, que permitiram identificar melhora na satisfação dos usuários após a implantação do PMAQ.

Essa melhora pode ser atribuída ao aumento no percentual de usuários que recomendariam a sua unidade ao longo dos ciclos (H10 rejeitada) e a uma redução no percentual de usuários que mudariam de unidade (H11 rejeitada).

Também contribuiu para a melhora na satisfação dos usuários o fato de as notas atribuídas às UBSs terem sofrido alteração ao longo dos ciclos (H12 rejeitada). Na comparação das medianas, observou-se, na Figura 16, um aumento do percentual de usuários que atribuíram notas 9 ou 10, principalmente no segundo ciclo. Observa-se que 59% dos usuários atribuíram notas 9 ou 10 no primeiro ciclo, 71% no segundo ciclo e 65% no terceiro ciclo.

Foi possível identificar que a relação do paciente com o profissional de saúde foi um fator que apresentou variação após a implantação do programa. Observou-se que, nos Ciclos 1 e 2, o percentual de usuários que mudariam de UBS, por acreditar que os profissionais de outras unidades são melhores que os da sua unidade, manteve-se estável, entretanto, no terceiro ciclo, esse percentual cresceu, e a hipótese nula H06, de que os percentuais de

usuários que mudariam de UBS por achar os profissionais das outras UBSs melhores, é igual ao longo dos ciclos, e foi rejeitada.

A hipótese nula H05, para teste do percentual de usuários que mudariam de UBS por ser mal atendidos, também foi rejeitada na comparação dos três ciclos, entretanto todos os dados do primeiro ciclo eram iguais a zero. Por isso optou-se por aplicar também um teste comparativo apenas nos dois últimos ciclos, e o resultado obtido não se manteve. Quando comparados apenas os percentuais do segundo e terceiro ciclos, não houve alteração, e a hipótese nula H05, nesse cenário, poderia ser aceita.

Vaitsman e Andrade (2005) mostram em seus estudos que a busca pela satisfação dos pacientes não objetiva apenas atingir a “adequação ao uso”, como a definição de Juran (1993) para a qualidade do serviço, mas também o estreitamento da relação médico-paciente, de forma a aumentar a adesão ao tratamento para melhorar a qualidade dos resultados clínicos. Por isso as medidas de satisfação das avaliações do PMAQ têm grande importância no incentivo à qualidade.

Por fim, foi possível constatar uma associação entre o desempenho das UBSs e as notas atribuídas pelos usuários (hipótese nula H013 rejeitada). No geral, as maiores concentrações de notas altas (acima de 5) foram atribuídas às UBSs de melhor classificação, enquanto as maiores concentrações de notas zero foram atribuídas às UBSs mal classificadas.

A satisfação possui um aspecto subjetivo que pode variar muito com a expectativa em relação ao atendimento e às características individuais dos pacientes (SITZIA; WOOD, 1997), e o aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços, e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Observamos isso nas análises das notas atribuídas pelos usuários nas quais verificamos que, apesar da comprovada associação entre as notas e a classificação, ainda tiveram UBSs mal classificadas com notas altas dos usuários para a qualidade do atendimento.

Concluídos os testes de todas as hipóteses nulas, podemos afirmar que, de maneira geral, após três ciclos de avaliação do PMAQ, os resultados encontrados demonstram ganhos estatisticamente comprovados.

A abrangência do programa e a satisfação dos usuários melhoraram. O desempenho das UBSs mudou nos três ciclos, mas não foi possível comprovar estatisticamente a melhoria.

Por meio da criação de um programa com métricas formais de avaliação e divulgação pública dos resultados obtidos, o Ministério da Saúde transmite uma mensagem clara de preocupação com a melhoria do atendimento ao usuário, o incentivo ao aumento da qualidade e a satisfação dos pacientes e de suas famílias, além da busca por melhor gestão da saúde.

Uma das principais críticas ao programa reside na classificação das equipes em categorias comparativas e na forma de distribuir os incentivos financeiros. Sura & Shah (2010) demonstraram que programas que remuneram conforme categorias de prestadores acabam privilegiando aqueles que já atendem com alto patamar de desempenho, enquanto aqueles categorizados como de baixo desempenho, tem maior dificuldade de atingir categorias dos melhores prestadores.

A forma de incentivar adotada pelo PMAQ pode resultar em situações em que, mesmo diante da melhora na pontuação das unidades de um ciclo para outro, ocorre a redução no valor financeiro recebido por algumas delas, nos casos em que a média geral sobe a ponto de a sua classificação piorar.

Outra crítica ao programa é em relação às mudanças constantes na forma de avaliar, tanto nos questionários de avaliação como na forma de pontuar e classificar as equipes que atuaram entre os ciclos, o que dificulta a comparação e a comprovação de melhoria nos resultados.

Uma questão relevante apontada na literatura e que não é contemplada na metodologia do PMAQ está relacionada aos efeitos inesperados dos programas de incentivo. Na revisão realizada por Van Herck et al. (2010), foram identificados alguns desses efeitos, como a subnotificação de indicadores e a negligência em medidas não incentivadas, o que destaca a importância de se manter sob vigilância os potenciais pontos geradores de conflitos de interesse. O PMAQ não possui relatórios de acompanhamento de exceções que permitem acompanhar e inibir essas práticas.

As principais contribuições deste trabalho foram a identificação das Unidades Federativas onde se concentra a maior quantidade de UBSs não participantes do programa, para que se implemente ações de aumento da adesão. É importante também a demonstração de associação entre o abandono do programa e a classificação das UBSs, para que se reflita a respeito das regras do programa, de forma a estimular as UBSs de pior classificação a se manterem focadas em melhoria de qualidade.

Outra contribuição reside na observação de que as UBSs que atendem um número maior de usuários têm mais dificuldade em se classificar bem na avaliação do programa, seja por baixa qualidade ou por dificuldade de garantir o acesso a toda a demanda, o que leva à reflexão a respeito do direcionamento dos investimentos em abertura de novas unidades e contratação de novos profissionais.

Por fim, uma das maiores contribuições do trabalho foi o resultado da comparação da classificação das UBSs nos três ciclos que demonstrou que, após 6 anos de programa, houve mudança, mas não foi possível comprovar a melhoria de qualidade estimulada pela remuneração adicional proposta, o que levanta questionamentos sobre mudanças na forma de avaliar e de remunerar para que o programa gere maior estímulo à adesão, permanência e busca por melhorias mensuráveis pelas UBSs.

6.1 Limitações do Estudo

Esta pesquisa possui limitações decorrentes das escolhas metodológicas, uma delas reside no uso de dados secundários cujo instrumento e forma de coleta não foram delineados especificamente para esta pesquisa. Dados adicionais ou diferentes poderiam ter sido coletados para garantir maior robustez às análises, entretanto a transparência na divulgação da íntegra do instrumento e dos procedimentos de coleta pelo governo, além da alta reputação das universidades responsáveis pela coleta, minimizou essa limitação.

Outra limitação reside na análise ter sido feita em algumas questões do relatório sem considerar a totalidade dos dados, o que pode ter gerado viés. Entretanto estima-se que esse impacto é pouco relevante para o estudo, uma vez que o escopo da pesquisa ficou restrito aos temas abordados nas questões que foram estudadas.

Também pode ser considerada uma limitação a extensão do questionário, que pode ter levado alguns usuários a se recusar a responder todas as questões ou a negligenciar algumas respostas, o que implica a perda da qualidade da informação.

Por fim, a subjetividade das escalas das alternativas de algumas questões, como as atribuições de nota de 0 a 10, pode gerar viés de acordo com o nível individual de exigência dos entrevistados.

6.2 Tendências e Continuidade da Pesquisa

Os resultados encontrados permitem-nos identificar algumas possibilidades de pesquisas futuras como estudos qualitativos que explorem as ações de qualidade que foram tomadas nas UBSs que obtiveram melhoria em sua classificação, ou ainda, quais são as lacunas de qualidade e possíveis recomendações de ações a serem tomadas nas UBSs de pior classificação.

Também podem ser objeto de estudo os motivos que levaram as UBSs a abandonarem o programa, bem como quais razões levaram as UBSs não participantes a não terem aderido, ainda, ao programa.

Uma outra lacuna apontada é a forma como o PMAQ controla as possibilidades de subnotificação de indicadores, ou a negligência nas medidas não incentivadas, e, por fim, os estudos comparativos no mesmo modelo aqui apresentado, porém utilizando outros indicadores medidos no programa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONY, J.; PALSUK, P.; GUPTA, S.; MISHRA, D.; BARACH, P. Six Sigma in healthcare: a systematic review of the literature, **International Journal of Quality & Reliability Management**, Vol. 35 Issue: 5, pp.1075-1092, 8 maio 2018. Disponível em: <<https://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/IJQRM-02-2017-0027>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497–1514, maio 2015.
- BATALDEN, P. B.; DAVIDOFF, F. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? **Quality and Safety in Health Care**, v. 16, n. 1, p. 2–3, 1 fev. 2007.
- BENGOA, R. Empantanados. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 1, p. 1–7, 2008.
- BENZER, J. K.; YOUNG, G. J.; BURGESS, J. F.; BAKER, E.; MOHR, D.C.; CHARNS, M. P.; KABOLI, P. J. Sustainability of Quality Improvement Following Removal of Pay-for-Performance Incentives. **Journal of General Internal Medicine**, v. 29, n. 1, p. 127–132, 9 jan. 2014.
- BERSSANETI, F. T.; BOUER, G. **Qualidade: Conceitos e Aplicações em produtos, projetos e processos**. São Paulo: Blucher, 2014.
- BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759–769, 1 maio 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 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. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_1654_2011.pdf Acesso em: 12 ago. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.**, 2012a. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI3Nw==> Acesso em: 01 abr. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada) - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acesso em: 23 abr. 2018a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Metodológica da Certificação das equipes de atenção básica (PMAQ-AB) - Terceiro Ciclo.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf>. Acesso em: 7 set. 2018b.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da Rotina do trabalho do dia a dia.** 8ª edição. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2004. 266 p.

CROW, R.; GAGE, H.; HAMPSON, S.; HART, J.; KIMBER, A.; STOREY, L.; TOMAS, H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. **Health Technology Assessment**, v. 6, n. 32, 2002.

DALE, C. R.; MYINT, M.; COMPTON-PHILLIPS, A. L. Counting Better — The Limits and Future of Quality-Based Compensation. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 7, p. 609–611, 18 ago. 2016.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração.** Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990. 368 p.

DONABEDIAN, A. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. . 1992;1(4):247-251. **Quality in Health Care**, v. 1, n. 4, p. 247–251, dez. 1992.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, dez. 2005.

DORAN, T.; KONTOPANTELIS, E.; REEVES, D.; SUTTON, M.; RYAN, A.M. Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF? **BMJ**, v. 348, n. mar04 7, p. g1595–g1595, 4 mar. 2014.

DUBOIS, C.A.; D'AMOUR, D.; BRAULT, I.; DALLAIRE, C.; DÉRY, J.; DUHOUX, A.; LAVOIE-TREMBLAY, M.; MATHIEU, L.; KAREMERE, H.; ZUFFEREY, A. Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 12, p. 3154–3167, dez. 2017.

EIJKENAAR, F. Key issues in the design of pay for performance programs. **The European Journal of Health Economics**, v. 14, n. 1, p. 117–131, 1 fev. 2013.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. suppl, p. 303–312, 2005.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, W. H. O. **Paying for Performance in health care.** London: Open University Press MCGraw-Hill Education, 2014.

FARLEY, H.; ENGUIDANOS, E.R.; COLETTI, C.M.; HONIGMAN, L.; MAZZEO, A.; PINSON, T.B.; REED, K.; WILER, J.L. Patient satisfaction surveys and quality of care: An information paper. **Annals of Emergency Medicine**, v. 64, n. 4, p. 351–357, 2014.

GILLAM, S. J.; SIRIWARDENA, A. N.; STEEL, N. Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework--A Systematic Review. **The Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 5, p. 461–468, 1 set. 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; FAUSTO, M.C.R.; ALMEIDA, P.F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J.G.; SEIDL, H.; FRANCO, C.M.; FUSARO, E.R.; ALMEIDA, S.Z.F. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697–2708, set. 2016.

GOK, M. S.; SEZEN, B. Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: The case of public hospitals in Turkey. **Health Policy**, v. 111, n. 3, p. 290–300, ago. 2013.

HASNAIN-WYNIA, R.; JEAN-JACQUES, M. Filling the gaps between performance incentive programs and health care quality improvement. **Health Services Research**, v. 44, n. 3, p. 777–783, 2009.

HIGGINS, A.; ZEDDIES, T.; PEARSON, S. D. Measuring The Performance Of Individual Physicians By Collecting Data From Multiple Health Plans: The Results Of A Two-State Test. **Health Affairs**, v. 30, n. 4, p. 673–681, 1 abr. 2011.

IESS: INSTITUTO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação de Custos Médico-Hospitalares**. São Paulo:, 2019. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE, Committee on Quality Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: a new health system for 21st century**. Washington, D.C.: National Academies Press, 2001.

JANAMIAN, T.; UPHAM, S.J.; CROSSLAND, L.; JACKSON, C.L. Quality tools and resources to support organisational improvement integral to high-quality primary care: a systematic review of published and grey literature. **Medical Journal of Australia**, v. 204, n. S7, 18 abr. 2016.

JU KIM, S.; HAN, K.T.; KIM, S.J.; PARK, E.C. Pay-for-performance reduces healthcare spending and improves quality of care: Analysis of target and non-target obstetrics and gynecology surgeries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 2, p. 222–227, abr. 2017.

JURAN, J. M. **Juran on leadership for quality: An executive handbook**. Wilson, CT: McGraw-Hill, 1989.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F.M. **Controle da Qualidade-Handbook**. São Paulo: Makron Books do Brasil Editora Ltda, v.4, 1993.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F. M. **Controle da qualidade – Conceitos, políticas e filosofia da qualidade**. Vol. 1. São Paulo: McGraw-Hill Ltda e Makron Books do Brasil editora Ltda, 1991.

KAPLAN, G. S.; PETTERSON, S.H.; CHING, J.M.; BLACKMORE, C. Why Lean doesn't work for everyone. **BMJ Quality and Safety**, v. 23, n. 12, p. 970–973, 2014.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KONDO, K. K.; DAMBERG, C.L.; MENDELSON, A.; MOTU'APUAKA, M.; FREEMAN, M.; O'NEIL, M.; RELEVO, R.; LOW, A.; KANSAGARA, D. Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, n. S1, p. 61–69, 7 abr. 2016.

LESTER, H.; MATHARU, T.; MOHAMMED, M.A.; LESTER, D.; FOSKETT-THARBY, R. Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. **British Journal of General Practice**, v. 63, n. 611, p. e408–e415, jun. 2013.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, p. S4–S11, 2017.

MENDELSON, A.; KONDO, K.; DAMBERG, C.; LOW, A.; MOTUAPUAKA, M.; FREEMAN, M.; O'NEIL, M.; RELEVO, R.; KANSAGARA, D. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MILLER, B. F.; ROSS, K.M.; DAVIS, M.M.; MELEK, S.P.; KATHOL, R.; GORDON, P. Payment reform in the patient-centered medical home: Enabling and sustaining integrated behavioral health care. **American Psychologist**, v. 72, n. 1, p. 55–68, 2017.

MOTA, R. R. DE A.; LEAL DAVID, H. M. S. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122–127, 2015.

NICHOLSON, S.; PAULY, M.V.; WU, A.Y.J.; MURRAY, J.F.; TEUTSCH, S.M.; BERGER, M.L. Getting Real Performance Out of Pay-for-Performance. **Milbank Quarterly**, v. 86, n. 3, p. 435–457, set. 2008.

Observatório ANAHP 2019. São Paulo: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2019. Anual. Disponível em: <<https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2019-anahp>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

OECD. **Health at a Glance 2019: OECD Indicators**, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Acesso em: 09 fev. 2020.

PETERSEN, L. A. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? **Annals of Internal Medicine**, v. 145, n. 4, p. 265, 15 ago. 2006.

POLI NETO, P.; FAORO, N.T.; PRADO JUNIOR, J.C.; PISCO, L.A.C. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1377–1388, maio 2016.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L.B.; MACHADO, L.S.; VALENÇA, A.M.G. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1–15, 2017.

RAPOSO, M. L.; ALVES, H. M.; DUARTE, P. A. Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index. **Service Business**, v. 3, n. 1, p. 85–100, mar. 2009.

REIS, A.; LARA, N.; CECHIN, J. **Nota sobre a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH)**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/cms/rep/notaVCMHv2.pdf>>.

ROSENTHAL, M. B.; LANDRUM, M.B.; ROBBINS, J.A.; SCHNEIDER, E.C. Pay for Performance in Medicaid: Evidence from Three Natural Experiments. **Health Services Research**, v. 51, n. 4, p. 1444–1466, ago. 2016.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3a Edição ed. [s.l.] Mc Graw Hill, Bookman, 2006.

SANTOS, C. M. DOS, BARBIERI, A.R.; GONÇALVES, C.C.M.; TSUHA, D.H. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**. [s.l.] McGraw-Hill do Brasil Ltda, 1978.

SILVA, A.; CARNEIRO, L. Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, 2018.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**, v. 45, n. 12, p. 1829–1843, 1997.

SOFAER, S.; FIRMINER, K. Patient Perceptions of the Quality of Health Services. **Annual Review of Public Health**, v. 26, n. 1, p. 513–559, 2005.

SOUZA, M. F. DE; SANTOS, A. DE F. DOS; REIS, I.A.; SANTOS, M.A.C.; JORGE, A.O.; MACHADO, A.T.G.M.; ANDRADE, E.I.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 1 jan. 2017.

SURA, A.; SHAH, N. R. Pay-for-performance initiatives: Modest benefits for improving healthcare quality. **American Health and Drug Benefits**, v. 3, n. 2, p. 135–142, 2010.

TABRIZI, J. S.; FARAHBAKHS, M.; IEZADI, S.; AHARI, A.M. Design and implementation of pay-for-quality in primary healthcare. **Australasian Medical Journal**, v. 10, n. 6, 2017.

THE HEALTH FOUNDATION. **Staffing matters; funding counts- Pressure point: Physician associates**. London, 2016. Disponível em:

<<http://www.health.org.uk/sites/health/files/SMFCPhysicianAssociates.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

TOMASI, E.; OLIVEIRA, T.F.; FERNANDES, P.A.A.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S. DA; SIQUEIRA, F.V.; DURO, S.M.S.; SAES, M.O.; NUNES, B.P.; FASSA, A.G.; FACCHINI, L.A. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171–180, jun. 2015.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561–1569, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. DE. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599–613, 2005.

VAN HERCK, P.; DE SMEDT, D.; ANNEMANS, L.; REMMEN, R.; ROSENTHAL, M.B.; SERMEUS, W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 247, 2010.

WHO. **Patient safety**. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>>. Acesso em: 1 set. 2018.

ANEXOS

Anexo A – Dimensões e subdimensões da matriz de pontuação do PMAQ

Dimensão	Descrição	Subdimensão	Descrição
I	Desenvolvimento da Atenção Básica	I.I	Ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe
		I.II	Apoio institucional e apoio matricial para as Equipes de Atenção Básica
II	Estrutura e condições de funcionamento da UBS	II.I	Funcionamento da Unidade de Saúde
		II.II	Características estruturais, ambiência e sinalização da UBS
		II.III	Equipamentos, materiais, insumos e impressos na UBS
		II.IV	Informatização, conectividade e Telessaúde
		II.V	Imunobiológicos na UBS
		II.VI	Testes rápidos na UBS
		II.VII	Medicamentos
III	Valorização do trabalhador	III.I	Gestão do trabalho: garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo
		III.II	Plano de carreira e remuneração variável
		III.III	Educação permanente
IV	Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho	IV.I	Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica e apoio institucional
		IV.II	Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica
		IV.III	Acolhimento à demanda espontânea
		IV.IV	Oferta de serviços
		IV.V	Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e resolutividade
		IV.VI	Saúde da mulher e da criança
		IV.VII	Condições crônicas (hipertensão, diabetes, obesidade, tuberculose e hanseníase)
		IV.VIII	Ações de combate e de atenção às doenças transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i>
		IV.IX	Atenção à pessoa em sofrimento psíquico
		IV.X	Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio
		IV.XI	Promoção à saúde
		IV.XII	População rural, assentados, quilombolas e indígenas
			Participação do usuário e controle social

Anexo B – Microdados Ciclo 1 – Módulo 3 – Dimensão V – Satisfação do usuário, Subdimensão V.VIII – Satisfação com o cuidado

Cnes	Area	Ibge	Uf	III_18_1	III_18_2	III_18_3_1	III_18_3_2	III_18_3_3	III_18_4	III_18_6	III_18_8	III_18_9
124	7	260290	PE	1	2	1	1	1	2	2	1	10
124	7	260290	PE	2	2	2	2	2	2	1	2	9
124	7	260290	PE	1	2	2	2	2	2	1	2	8
167	32	260290	PE	3	4	1	1	1	1	2	1	10
167	32	260290	PE	2	2	1	1	1	1	2	1	9
167	32	260290	PE	3	4	1	1	1	1	2	1	10
167	32	260290	PE	3	4	1	1	1	2	2	2	10
175	13	260290	PE	2	999	1	1	1	2	2	1	6
175	13	260290	PE	1	2	1	1	1	3	2	1	7
175	13	260290	PE	2	2	2	1	1	2	2	2	5
175	13	260290	PE	1	2	2	1	1	3	1	1	8
248	21	260290	PE	2	2	1	1	1	2	2	1	10
248	21	260290	PE	3	4	1	1	1	2	2	1	8
248	21	260290	PE	2	2	2	1	2	2	2	1	10
272	19	260290	PE	3	1	1	1	1	1	2	1	10
272	19	260290	PE	2	2	1	1	2	1	2	1	10
272	19	260290	PE	2	1	1	1	1	2	2	1	10
272	19	260290	PE	3	1	1	1	1	2	2	1	10

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

Código de variável	Respostas Múltiplas	Descrição	Categorias		
			Cód	Descrição	
Satisfação do usuário					
III.18.1	-	Quando o(a) senhor(a) procura atendimento nesta unidade, a falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento?	1	Sim, sempre	
			2	Sim, algumas vezes	
			3	Nunca	
			999	Não sabe/não respondeu	
III.18.2	-	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?	1	Sim, sempre	
			2	Sim, algumas vezes	
			3	Esta unidade não entrega medicamento	
			4	Nunca	
III.18.3	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações da unidade de saúde:	III.18.3.1	Estão em boas condições de uso	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
		III.18.3.2	Estão em boas condições de limpeza	1	Sim
2				Não	
999				Não sabe/não respondeu	
III.18.3.3		Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não sabe/não respondeu	
III.18.4		-	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:	1	Muito bom
				2	Bom
				3	Regular
	4			Ruim	
	5			Muito ruim	
	999			Não sabe/não respondeu	
III.18.5	-	Em sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é:	1	Muito bom	
			2	Bom	
			3	Regular	
			4	Ruim	
			5	Muito ruim	
			999	A família não é atendida pela equipe	
III.18.6	-	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde? Se NÃO ou NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU, passar para a questão III.18.8.	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não sabe/não respondeu	
III.18.7	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?	III.18.7.1	Distante de casa	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
				998	Não se aplica
		III.18.7.2	Horário de atendimento não atende às necessidades	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
				998	Não se aplica
		III.18.7.3	Porque não consegue atendimento	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
				998	Não se aplica
		III.18.7.4	É mal atendido	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
				998	Não se aplica
		III.18.7.5	Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
				998	Não se aplica
		III.18.7.6	Outros	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/não respondeu
				998	Não se aplica
III.18.8	-	O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não sabe/não respondeu	
III.18.9	-	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade?	-	Nota	
			999	Não sabe/não respondeu	

Anexo C – Microdados Ciclo 2 – Módulo 3 – Dimensão V – Satisfação do usuário, Subdimensão V.VIII – Satisfação com o cuidado

UF	COD_MUNIC	NOME_MUNIC	CNES	AREA	NOME_UBS	AREA_contrat	Nova_AREA	CNES_contrat	Novo_CNES	Coordenadas	Endereço
SC	420230	Biguaçu	3E+06	13	REGIAO 02	1	998	1	998	-27.531920671462213;-48.637976646421926	RUA DR HOMERO DE MIRANDA GOMES
SC	420230	Biguaçu	3E+06	13	REGIAO 02	1	998	1	998	-27.531920671462213;-48.637976646421926	RUA DR HOMERO DE MIRANDA GOMES
SC	420230	Biguaçu	3E+06	13	REGIAO 02	1	998	1	998	-27.531920671462213;-48.637976646421926	RUA DR HOMERO DE MIRANDA GOMES
SC	420230	Biguaçu	3E+06	13	REGIAO 02	1	998	1	998	-27.531920671462213;-48.637976646421926	RUA DR HOMERO DE MIRANDA GOMES
PE	261110	Petrolina	3E+06	10	UPS SANTA LUZIA	1	998	1	998	-9.361510276794162;-40.501463413237346	RUA 8
PE	260640	Gravatá	2E+06	3	PSF DO BAIRRO NOVO PS II	1	998	1	998	-8.211936950683356;-35.56566238403217	RUA JOR LUIS DO NASCIMENTO
MG	311190	Cana Verde	7E+06	1	PSF JOAO BATISTA DE MIRANDA	1	998	1	998	-21.020450592040405;-45.18595218658316	RUA JOSE CARLOS DE ALMEIDA,83
PE	261110	Petrolina	3E+06	10	UPS SANTA LUZIA	1	998	1	998	-9.361510276794162;-40.501463413237346	RUA 8
RJ	330455	Rio de Janeiro	2E+06	3257	SMS CMS MILTON FONTES MAGAR	1	998	1	998	22534154;4317262	AV AMARO CAVALCANTI
SC	420540	Florianópolis	19801	44	CS MONTE CRISTO	1	998	1	998	-27.591390609740408;-48.59894514083721	RUA JOAQUIM NABUCO
MG	311190	Cana Verde	7E+06	2	PSF ALCEU CARDOSO	1	998	1	998	-21.020643711089477;-45.185801982878324	RUA JOSE CARLOS DE ALMEIDA,83
MG	312770	Governador Valadare:	2E+06	11	PSF SANTA RITA	1	998	1	998	-18.9071917533869;-41.99137687682983	RUA DIVINOPOLIS
SC	420820	Itajaí	3E+06	15	POLICLINICA ITAIPAVA	1	998	1	998	-26.9411480426780;-48.7230992317185	AVENIDA ITAIPAVA
SC	420820	Itajaí	3E+06	15	POLICLINICA ITAIPAVA	1	998	1	998	-26.9411480426780;-48.7230992317185	AVENIDA ITAIPAVA
PE	261110	Petrolina	2E+06	12	UPS MARIA DE LOURDES DA SILVA	1	998	1	998	-9.37333454131808;-40.50953149795414	RUA 5
PE	260640	Gravatá	2E+06	3	PSF DO BAIRRO NOVO PS II	1	998	1	998	-8.211936950683356;-35.56566238403217	RUA JOR LUIS DO NASCIMENTO
PE	260640	Gravatá	2E+06	3	PSF DO BAIRRO NOVO PS II	1	998	1	998	-8.211936950683356;-35.56566238403217	RUA JOR LUIS DO NASCIMENTO
PE	261110	Petrolina	3E+06	10	UPS SANTA LUZIA	1	998	1	998	-9.361510276794162;-40.501463413237346	RUA 8
PE	261360	São José do Egito	3E+06	3	PSF BAIRRO SAO JOAO	1	998	1	998	997	RUA SANTOS DUMONT
PR	410550	Cianorte	3E+06	10	POSTO DE SAUDE DR AFONSO CELS	1	998	1	998	997	RUA PELICANO
MG	311190	Cana Verde	7E+06	2	PSF ALCEU CARDOSO	1	998	1	998	-21.020643711089477;-45.185801982878324	RUA JOSE CARLOS DE ALMEIDA,83
MG	316180	São Gonçalo do Pará	2E+06	3	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA D	1	998	1	998	-19.975526332854646;-44.84917402267326	RUA TOPAZIO

III_22_1_1	III_22_1_2	III_22_1_3	III_23_2	III_23_4	III_23_5	III_23_6	III_23_7	III_23_8	III_23_9
1	1	2	2	1	2	2	10	10	10
1	2	1	2	1	1	1	10	10	10
1	1	1	2	1	2	2	8	8	10
1	1	2	2	1	2	2	10	10	10
1	1	2	1	1	3	999	5	8	5
1	1	2	2	1	1	1	9	997	9
1	1	1	2	1	1	1	10	10	10
1	1	1	2	1	1	1	10	10	10
1	1	1	2	1	1	1	10	10	10
1	1	2	2	1	2	2	10	10	10
1	1	2	2	1	2	2	9	9	9
1	1	1	2	1	2	2	8	8	8
1	1	2	2	2	3	999	5	6	5
2	1	1	2	1	2	2	10	10	8
1	1	1	2	1	2	2	8	8	8
1	1	1	1	2	2	2	8	10	10

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário						
Código de variável	Respostas múltiplas	Descrição	Código	Categorias Descrição		
III.22 - Satisfação do Usuário						
<i>Sobre as condições de higiene e limpeza desta Unidade de Saúde</i>						
ES - III.22.1	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações da unidade de saúde?	III.22.1.1	Estão em boas condições de uso	1	Sim	
				2	Não	
		III.22.1.2	Estão em boas condições de limpeza	1	Sim	
				2	Não	
		III.22.1.3	Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera	1	Sim	
				2	Não	
G - III.22.2	-		Como o senhor avalia as instalações da unidade?	1	Muito bom	
				2	Bom	
				3	Regular	
				4	Ruim	
				5	Muito ruim	
				999	Não sabe/não respondeu	
III.23 - Satisfação com o cuidado						
G - III.23.1	-		Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?	1	Sempre	
				2	Na maioria das vezes	
				3	Quase nunca	
				4	Nunca	
				5	Esta unidade não entrega medicamento	
				999	Não sabe/não respondeu/não lembra	
ES - III.23.2	-		Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde? Se Não, passar para questão III.23.4.	1	Sim	
				2	Não	
III.23.3	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?	III.23.3.1	A Unidade é distante da casa do senhor	1	Sim	
				2	Não	
				998	Não se aplica	
		III.23.3.2	Horário de atendimento não atende às necessidades	1	Sim	
				2	Não	
				998	Não se aplica	
III.23.3.3	Porque não consegue atendimento	1	Sim			
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.23.3.4	É mal atendido	1	Sim			
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.23.3.5	Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores	1	Sim			
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.23.3.6	Outro(s)	1	Sim			
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.23.3.7	Nenhuma das Anteriores	1	Sim			
		2	Não			
		998	Não se aplica			
ES - III.23.4	-		O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	1	Sim	
				2	Não	
ET - III.23.5	-		Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:	1	Muito bom	
				2	Bom	
				3	Regular	
				4	Ruim	
				5	Muito ruim	
				999	Não sabe/não respondeu/não lembra	
ET - III.23.6	-		Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é:	1	Muito bom	
				2	Bom	
				3	Regular	
				4	Ruim	
				5	Muito ruim	
				999	Não sabe/não respondeu/não lembra	
III.23.7	-		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) médico(a)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
III.23.8	-		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) enfermeiro(a)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
III.23.9	-		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) técnico/auxiliar(es) de enfermagem?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
III.23.10	-		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) agentes comunitários de saúde (ACS)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
III.23.11	-		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pela equipe de recepção da Unidade de Saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
III.23.12	-		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) gerente da unidade de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Anexo D – Microdados Ciclo 3 – Módulo 3 – Dimensão V – Satisfação do usuário, Subdimensão V.VIII – Satisfação com o cuidado

ESTAD	IBGE	MUNICIPIO	CNES_A	CNES CONTRAT	NOVO CNES	CNES_FINAL	INE	LATITUDE	LONGITUDE	III.2.1
AC	1E+05	Acrelândia	3382745		1 998	3382745	0000004316	-981.171.369.553	-670.942.139.626	LOGRADOURO: RAMAL GRANADA KM 16, N°: 16, BAIRRO: ZC
AC	1E+05	Acrelândia	3382745		1 998	3382745	0000004316	-981.175.661.087	-670.943.427.086	LOGRADOURO: RAMAL GRANADA KM 16, N°: 16, BAIRRO: ZC
AC	1E+05	Acrelândia	3382745		1 998	3382745	0000004316	-981.169.223.785	-670.941.281.319	LOGRADOURO: RAMAL GRANADA KM 16, N°: 16, BAIRRO: ZC
AC	1E+05	Acrelândia	3382745		1 998	3382745	0000004316	-981.181.025.505	-670.942.354.202	LOGRADOURO: RAMAL GRANADA KM 16, N°: 16, BAIRRO: ZC
AC	1E+05	Acrelândia	3393984		1 998	3393984	0000004324	-100.764.369.965	-670.459.342.003	LOGRADOURO: RUA 07 QUEDAS, N°: 284, BAIRRO: CENTRO,
AC	1E+05	Acrelândia	3393984		1 998	3393984	0000004324	-100.764.369.965	-670.457.196.236	LOGRADOURO: RUA 07 QUEDAS, N°: 284, BAIRRO: CENTRO,
AC	1E+05	Acrelândia	3393984		1 998	3393984	0000004324	-100.763.940.811	-670.462.989.807	LOGRADOURO: RUA 07 QUEDAS, N°: 284, BAIRRO: CENTRO,
AC	1E+05	Acrelândia	3393984		1 998	3393984	0000004324	-100.764.584.541	-670.457.625.389	LOGRADOURO: RUA 07 QUEDAS, N°: 284, BAIRRO: CENTRO,
AC	1E+05	Acrelândia	3638685		1 998	3638685	0000004332	-982.788.205.147	-66.880.903.244	LOGRADOURO: BR 364 KM 114, N°: 114, BAIRRO: ZONA RUR
AC	1E+05	Acrelândia	3638685		1 998	3638685	0000004332	-982.728.123.665	-668.803.668.022	LOGRADOURO: BR 364 KM 114, N°: 114, BAIRRO: ZONA RUR
AC	1E+05	Acrelândia	3638685		1 998	3638685	0000004332	-982.732.415.199	-668.803.238.869	LOGRADOURO: BR 364 KM 114, N°: 114, BAIRRO: ZONA RUR
AC	1E+05	Acrelândia	3638685		1 998	3638685	0000004332	-982.738.852.501	-668.803.882.599	LOGRADOURO: BR 364 KM 114, N°: 114, BAIRRO: ZONA RUR
AC	1E+05	Acrelândia	5403669		1 998	5403669	0000004340	-10.007.686.615	-670.386.815.071	LOGRADOURO: AC 475 VILA REDENCAOI, N°: S/N, BAIRRO: Z
AC	1E+05	Acrelândia	5403669		1 998	5403669	0000004340	-100.077.188.015	-670.387.673.378	LOGRADOURO: AC 475 VILA REDENCAOI, N°: S/N, BAIRRO: Z
AC	1E+05	Acrelândia	5403669		1 998	5403669	0000004340	-100.078.368.187	-670.387.029.648	LOGRADOURO: AC 475 VILA REDENCAOI, N°: S/N, BAIRRO: Z
AC	1E+05	Acrelândia	5403669		1 998	5403669	0000004340	-100.077.724.457	-670.387.673.378	LOGRADOURO: AC 475 VILA REDENCAOI, N°: S/N, BAIRRO: Z
AC	1E+05	Assis Brasil	2003066		2 3797554	3797554	0000004359	-109.406.340.122	-695.616.960.525	LOGRADOURO: RUA RAFAEL MARTINS LEAO, N°: 622, BAIRRO
AC	1E+05	Assis Brasil	2003066		2 3797554	3797554	0000004359	-109.408.056.736	-695.618.033.409	LOGRADOURO: RUA RAFAEL MARTINS LEAO, N°: 622, BAIRRO
AC	1E+05	Assis Brasil	2003066		2 3797554	3797554	0000004359	-109.408.056.736	-695.617.389.679	LOGRADOURO: RUA RAFAEL MARTINS LEAO, N°: 622, BAIRRO
AC	1E+05	Assis Brasil	2003066		2 3797554	3797554	0000004359	-109.408.164.024	-695.616.531.372	LOGRADOURO: RUA RAFAEL MARTINS LEAO, N°: 622, BAIRRO
AC	1E+05	Assis Brasil	3797554		1 998	3797554	0000004367	-109.368.467.331	-695.534.777.641	LOGRADOURO: RUA JOAO JOSE DO BOMFIM, N°: S/N, BAIRRO

III.21.1	III.2	III.21.4	III.21.6
2	2	1	9
2	2	1	9
2	2	1	8
2	2	1	9
2	2	1	7
2	2	1	7
2	2	1	9
2	2	1	8
2	2	1	7
1	4	2	5
1	2	1	9
1	4	2	4
1	3	2	5
1	4	2	6
1	3	2	7
1	4	2	5
2	2	1	9
2	2	1	8
2	2	1	9
2	2	1	10
2	1	1	10

Módulo III - Entrevista com o usuário

Código de variável	Múltipla Resposta	Descrição	Categorias		PULO (código do banco de dados)	CORTE	Programação no Tablet	
			Código	Descrição				
III.21 Satisfação com o cuidado								
III.21.1	-	Se o(a) senhor(a) pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	1	Sim			Se a resposta for NÃO ou Não sabe/Não respondeu pular para a questão III.21.3.	
			2	Não				
			999	Não sabe/não respondeu				
III.21.2.1	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?	A Unidade é distante	1	Sim	998		Se a resposta da questão III.21.1 for NÃO, esta questão recebe NÃO SE APLICA.	
				2				Não
				998				Não se aplica
III.21.2.2		Horário de atendimento não atende às necessidades	1	Sim	998			
				2				Não
				998				Não se aplica
III.21.2.3		Porque não consegue atendimento	1	Sim	998			
				2				Não
				998				Não se aplica
III.21.2.4		É mal atendido	1	Sim	998			
				2				Não
				998				Não se aplica
III.21.2.5	Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores	1	Sim	998				
			2			Não		
			998			Não se aplica		
III.21.2.6	Outro(s)	1	Sim	998				
			2			Não		
			998			Não se aplica		
III.21.3	-	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:	1	Muito bom				
			2	Bom				
			3	Regular				
			4	Ruim				
			5	Muito ruim				
			999	Não sabe/não respondeu				
III.21.4	-	O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	1	Sim				
			2	Não				
			999	Não sabe/não respondeu				
III.21.5	-	Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento ofertado pelos profissionais desta unidade básica de saúde/posto de saúde?	1	Muito bom				
			2	Bom				
			3	Regular				
			4	Ruim				
			5	Muito ruim				
			999	Não sabe/não respondeu				
III.21.6	-	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pela equipe?	-	Nota de 0 a 10, somente inteiros.				

III.20 Percepção das Políticas/Programas para Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB						
III.20.1		O(A) senhor(a) percebeu melhorias na estrutura física, nos móveis ou nos equipamentos desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde nos últimos anos?	1	Sim		Se marcou SIM, passar para a questão III.20.2. Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão III.20.3.
			2	Não		
			999	Não sabe/não respondeu		
III.20.2.1	Quais melhorias percebeu?	A unidade foi reformada, está de cara nova	1	Sim	998	Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.1, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.20.2.2		A unidade aumentou, tem ambientes novos	1	Sim	998	Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.1, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.20.2.3		A unidade ganhou novos móveis	1	Sim	998	Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.1, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.20.2.4		A unidade tem novos equipamentos	1	Sim	998	Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.1, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.20.2.5		A unidade foi pintada	1	Sim	998	Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.1, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.20.2.6		O ambiente da unidade está mais agradável	1	Sim	998	Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.1, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.20.2.7		Os consultórios odontológicos	1	Sim	998	Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.1, esta questão recebe NÃO SE APLICA. Se "Esta unidade não possui equipe de saúde bucal" na questão III.18, esta questão da
		2	Não			
		998	Não se aplica			
III.20.2.8		Nenhuma das anteriores	1	Sim	998	Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.1, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
		2	Não			
		998	Não se aplica			

III.20.3	-	O(A) senhor(a) percebeu melhorias no atendimento desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde nos últimos anos?	1	Sim			Se marcou SIM, passar para a questão III.20.4. Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão III.20.5.
			2	Não			
			999	Não sabe/não respondeu			
III.20.4.1	Quais melhorias percebeu?	O horário de funcionamento está melhor	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
2			Não				
998			Não se aplica				
III.20.4.2		Não faltam médicos	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
2			Não				
998			Não se aplica				
III.20.4.3		Não faltam dentistas	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA. Se marcou a opção 3 ou 4 na questão III.20.4, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
2			Não				
998			Não se aplica				
III.20.4.4		O atendimento do médico está melhor	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA.
2			Não				
998			Não se aplica				
III.20.4.5	O atendimento da enfermeira está melhor	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA.	
2		Não					
998		Não se aplica					
III.20.4.6	O atendimento do dentista está melhor	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA. Se marcou a opção 3 ou 4 na questão III.20.4, esta questão recebe NÃO SE APLICA.	
2		Não					
998		Não se aplica					
III.20.4.7	Não faltam materiais e insumos	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA.	
2		Não					
998		Não se aplica					
III.20.4.8	Não faltam medicamentos	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA.	
2		Não					
998		Não se aplica					
III.20.4.9	A unidade está ofertando mais serviços	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA.	
2		Não					
998		Não se aplica					
III.20.4.10	Nenhuma das anteriores	1	Sim	998		Se marcou NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU na questão III.20.3, esta questão recebe NÃO SE APLICA.	
2		Não					
998		Não se aplica					
III.20.5	-	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?	1	Sim, sempre			
			2	Sim, algumas vezes			
			3	Esta unidade não entrega medicamento			
			4	Nunca			
			999	Não sabe/não respondeu			