

Satisfação dos usuários com a qualidade da Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba: estudo transversal

Debora Lana Alves Monteiro¹ (ORCID: 0000-0002-4731-6737) (a.deboralana@gmail.com)

Wilton Wilney Nascimento Padilha² (ORCID: 0000-0003-3056-9145) (wiltonpadilha@yahoo.com.br)

¹ Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-PB, Brasil.

² Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil.

Resumo: **Objetivo:** Visa analisar a satisfação dos usuários em relação aos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, no Estado da Paraíba, a partir de dados secundários do PMAQ- AB. **Método:** Estudo transversal realizado entre 2020 e 2021, com dados de 5.347 usuários vinculados a 1.363 equipes de saúde na APS do Estado. Foram selecionadas questões do material utilizado na Avaliação Externa no 3º ciclo do PMAQ-AB referentes ao perfil demográfico, condição socioeconômica e instrumento elaborado pelos pesquisadores com 42 variáveis. As respostas dos usuários foram categorizadas por equipe de saúde: “Muito Bom” (valor 4), “Bom” (valor 3), “Regular” (valor 2), “Ruim” (valor 1) e “Muito Ruim” (valor 0). Os dados foram tabulados por meio de frequência, porcentagens simples e analisados sob forma de tabelas no Excel 2010. **Resultado:** A classificação “Muito Bom” foi de 10.751 (52,5%) em Acesso de Primeiro Contato, 9757 (55,1%) em Longitudinalidade, 1.315 (48,2%) em Coordenação da Atenção; com menor, proporção 4.146 (25,3%) em Integralidade no Estado da Paraíba. **Conclusão:** O estudo demonstrou classificação geral positiva com a satisfação dos usuários e a presença dos atributos, nas Macrorregiões e Estado. Todavia, verificou-se baixo desempenho no atributo Integralidade e piores avaliações atribuídas à Macrorregião I.

► **Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Satisfação do Usuário.

Recebido em: 02/12/2021

Revisado em: 01/07/2022

Aprovado em: 08/10/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333018>

Editora responsável: Tatiana Vargas Pareceristas: Marcia Fausto e Ana Claudia Figueiró

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) também é denominada como Atenção Básica (AB) no Brasil e, no presente estudo, será nomeada como APS; configura-se como importante estratégia para efetivação dos sistemas de saúde e para garantia de melhorias nas condições de saúde da população (CUNHA, GIOVANELLA; 2011). Redução nas taxas de mortalidade prematura e internações por causas sensíveis à atenção primária, menor incidência de doenças e maior equidade na oferta dos serviços são efeitos positivos em países que adotaram a APS como base dos sistemas de saúde (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2005; GIOVANELLA, 2006).

Starfield (2002) define atenção primária como base e ordenadora para todos os outros níveis assistenciais dos Serviços de Saúde (SS). Avaliar os serviços da APS encontra dificuldades relacionadas com a falta de consenso sobre sua definição, a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparação entre os resultados encontrados (CUNHA, GIOVANELLA; 2011; FACCHINI, TOMASI, DILÉLIO, 2018). Desse modo, Starfield (2002) qualificou a APS por meio de quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e três derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural).

A partir desta definição, os quatro atributos essenciais (STARFIELD, 2002) dos serviços de APS podem ser conceituados:

- **Acesso de primeiro contato** corresponde à acessibilidade, ponto preferencial do sistema pelo usuário em caso de adoecimento ou acompanhamento rotineiro de saúde e, filtro para os demais níveis assistenciais.
- **Longitudinalidade** pode ser entendido através do forte vínculo interpessoal cooperativo entre usuários e profissionais de saúde, independentemente da ausência ou da presença de doença.
- **Integralidade** implica que a APS possa reconhecer as necessidades da população considerando-se os âmbitos biopsicossocial da saúde, resolvendo a grande maioria das demandas quando necessário, através de encaminhamento.
- **Coordenação da Atenção** corresponde a integração de todos os serviços relacionados à saúde, estabelecido através da continuidade do cuidado, por parte dos profissionais (que examinam ou que geraram encaminhamentos a outros profissionais/serviços, que devem ser investigados nas consultas subsequentes)

e/ou através de prontuários (que contemplem informações sobre a atual situação de saúde do usuário).

Esses atributos, apesar de intimamente relacionados entre si, podem ser avaliados separadamente. A identificação da presença e extensão desses atributos é importante para determinar se um serviço é realmente orientado para APS, fortalecendo sua capacidade em prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita (BRASIL, 2010).

No Brasil, especialmente com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a institucionalização da avaliação da APS ganhou destaque com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) no país (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) possui em seus instrumentos de avaliação questões que buscam verificar a satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2017).

Os dados produzidos pelo PMAQ - AB propiciam contextualizar e construir um saber mais integral entre a dimensão institucional e a dimensão usuário. Avaliar adequadamente a relação entre os usuários e os serviços de saúde ofertados é uma poderosa ferramenta para auxiliar as práticas profissionais e a programação dos serviços de saúde, visando influenciar no modo da oferta dos cuidados e possibilitar uma maior qualidade e resolutividade a partir das necessidades reais dos usuários (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

A literatura de saúde pública apresenta carência de estudos que se utilizem de abordagens quantitativas para avaliar o contexto da ESF na região Nordeste (SILVA *et al.*, 2021). Uma busca nas bases de dados bibliográficos (Web of Science, Pubmed, SciELO e Lilacs), no ano de 2021, resultou em alguns trabalhos sobre a presença e extensão dos atributos essenciais em serviços da APS, centrados na avaliação de município e/ou extrato populacional específico (GONTIJO *et al.*, 2017; SILVA; ALVES, 2019; CARDOZO *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2021). No Estado da Paraíba, as pesquisas concentram-se nas metrópoles João Pessoa (ANDRADE *et al.*, 2019; DINIZ *et al.*, 2016) e Campina Grande (ALVES *et al.*, 2020), porém nenhum envolvendo aspectos contextuais do Estado e/ou suas Macrorregiões de Saúde.

Este artigo visa analisar a satisfação dos usuários em relação aos atributos da APS, no Estado da Paraíba, a partir dos resultados da Avaliação Externa no 3º ciclo do PMAQ-AB (2018).

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, realizado entre 2020 e 2021, a partir dos dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, em <<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>, provenientes da Avaliação Externa no 3º Ciclo do PMAQ-AB, realizado entre 2017 e 2018. Seguindo a Resolução N° 510 (BRASIL, 2016), a presente pesquisa utiliza informações de acesso público e dispensa avaliação pelo sistema CEP/CONEP.

O PMAQ-AB preconizou a entrevista de quatro usuários por equipe, seguindo como critérios de inclusão: a presença na unidade de saúde no dia da avaliação externa, ser maior de 18 anos e não ter passado por consulta com médico, enfermeiro ou cirurgião- dentista no dia da entrevista. Os critérios de exclusão foram: usuários em sua primeira visita à UBS e que não tenham frequentado a unidade no último ano.

Foram analisadas respostas de 5.347 usuários, referentes às 1363 equipes da APS no Estado. A atual configuração da regionalização da saúde na Paraíba, organiza o estado em três macrorregiões, que abrigam 16 regiões de saúde, contemplando o total de os 223 municípios. Para o presente estudo, foram escolhidas variáveis relacionadas ao perfil demográfico, socioeconômico e que envolviam opinião ou experiência do usuário, relacionadas com a efetivação dos atributos essenciais de qualidade da APS descritos por Starfield (2002), utilizando como referência o instrumento desenvolvido por de Lima (2016).

Foram utilizados componentes para cada atributo da APS com base nas definições da literatura utilizada, agrupando variáveis encontradas no material do 3º Ciclo do PMAQ-AB numa matriz elaborada pelos pesquisadores com 42 variáveis apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1. Atributos da APS, componentes e variáveis definidos para análise dos dados da satisfação do 3º ciclo do PMAQ-AB

Atributos	Componentes / Variáveis
	Horário de funcionamento
Primeiro contato	1.1.1 Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde? 1.1.2 O horário de funcionamento da unidade é informado? 1.1.3 A unidade de saúde funciona cinco dias na semana? 1.1.1.1 Entre as opções que vou ler, responda em quais períodos esta unidade de saúde funciona: Manhã 1.1.1.2 Entre as opções que vou ler, responda em quais períodos esta unidade de saúde funciona: Tarde 1.1.1.3 Entre as opções que vou ler, responda em quais períodos esta unidade de saúde funciona: Noite 1.1.1.4 Entre as opções que vou ler, responda em quais períodos esta unidade de saúde funciona: Sábados III.4.5 O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?
	Acolhimento
	III.5.1 Na maioria das vezes, qual o primeiro serviço o(a) senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde? III.6.9 Na maioria das vezes em que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)? III.8.20 O que o(a) senhor(a) acha sobre a forma como é acolhido(a)/ recebido(a) ao procurar o serviço?
	Agendamento da consulta na AB
	1.1.1 Na maioria das vezes, como é marcada consulta nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde? 1.1.2 A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS? III.6.5 Na maioria das vezes, suas consultas nesta unidade são:
	Atendimento de urgência e emergência
	III.7.1 Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?

continua...

Atributos	Componentes / Variáveis
Longitudinalidade	<p>Continuidade da relação profissional-paciente</p> <p>III.8.8 Quando o(a)senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?</p> <p>1.1.12 Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) médico(a)?</p> <p>1.1.13 Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo(a) mesmo(a) enfermeiro(a)?</p>
	<p>Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)</p> <p>1.1.1.1 Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe examinam seu corpo (ex: perna, barriga, garganta, etc)?</p> <p>1.1.1.2 Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe são claros em suas orientações e explicações?</p> <p>1.1.1.3 Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe saúde/posto de saúde demonstram atenção enquanto o(a) senhor(a) fala?</p> <p>1.1.1.4 Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe respeitam o(a) senhor(a)</p> <p>III.8.3 Além da sua queixa, os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (por exemplo: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?</p>
	<p>1.1.6 Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou tirar dúvidas com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu?</p> <p>1.1.7 Quando o(a) senhor(a) não tinha consulta marcada e precisou buscar ou mostrar resultados de exames com os profissionais, o(a) senhor(a) conseguiu?</p> <p>1.1.9 Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) médico(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?</p> <p>1.1.10 Durante o atendimento nesta unidade de saúde, o(a) enfermeiro(a) deixa tempo suficiente para o(a) senhor(a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?</p> <p>III.8.15 Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?</p>

continua...

Atributos	Componentes / Variáveis
Integralidade	Serviços realizados/escopo de ações
	<p>1.1.1.1 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: Consultas agendadas</p> <p>1.1.1.2 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: Consultas não agendadas (ex. solicitação de atestado, exames e encaminhamentos, renovação de receita)</p> <p>1.1.1.3 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: Atendimento de urgência</p> <p>1.1.1.4 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: Busca de medicamentos</p> <p>1.1.1.5 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: Vacinação</p> <p>1.1.1.6 Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: Atendimento odontológico</p> <p>III.7.9 Quando o(a) senhor(a) precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, o(a) senhor(a) tem acesso em qualquer horário do funcionamento da UBS?</p> <p>III.8.18 O(A) senhor(a) participa de atividades de promoção da saúde ofertadas pela equipe desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde, como, por exemplo, atividades físicas, atividades em grupos, atividades na comunidade, eventos?</p>
	Resolutividade da AB
	<p>1.1.4 Onde o(a) senhor(a) costuma conseguir a maior parte dos remédios que precisa usar?</p> <p>1.1.5 Na maioria das vezes, onde o(a) senhor(a) costuma realizar exames de sangue, urina e fezes?</p> <p>III.8.16 As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?</p> <p>III.20.5 Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?</p>

continua...

Atributos	Componentes / Variáveis
Coordenação da Atenção	Acesso a consultas/exames especializados
	III.9.2 Quando o(a) senhor(a) precisou ser encaminhado(a) para outros serviços, como a consulta foi marcada?
	Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada
	III.9.3 Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o(a) senhor(a)?

Fonte: Adaptado de Lima, 2016 e do Instrumento do Módulo III de Avaliação Externa do 3º Ciclo do PMAQ-AB, 2018. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>

Questões do instrumento do 3º Ciclo PMAQ-AB foram selecionadas conforme foram identificadas como componentes qualificadores de atributo, segundo Lima (2016).

Na sequência, dentre as respostas possíveis para cada componente, buscaram-se, na perspectiva dos usuários, respostas que indicariam uma percepção de maior qualidade e efetivação do atributo na prática das equipes da APS, estabelecendo um “padrão de referência” dentro de cada conjunto de respostas possíveis, por questão. Definido o padrão de referência, o conjunto de respostas dos usuários foi categorizado por equipe de saúde: “Muito Bom” (valor 4) para todas as respostas positivas; “Bom” (valor 3) para a maioria das respostas positivas; “Regular” (valor 2) para empate entre respostas positivas e negativas, “Ruim” (valor 1) para a maioria de respostas negativas e “Muito Ruim” (valor 0) para todas as respostas negativas. Nos casos com resposta “Não sabe/Não respondeu”, foram consideradas as respostas existentes ou escore negativo em caso de sua totalidade. A opção por usar a maior frequência na categorização visou incluir no estudo unidades de saúde que não possuíam os quatro usuários por equipe de saúde conforme preconizado pelo PMAQ-AB.

Foi realizada a distribuição das frequências absolutas e relativas para a categorização por equipe de saúde com os códigos estabelecido (0, 1, 2, 3 ou 4) por meio da análise sobre o conjunto das respostas dos usuários. Por exemplo, na pergunta “O horário de funcionamento da unidade é informado?”, os quatro usuários entrevistados de uma mesma equipe de saúde responderam que “Sim” (resposta positiva indicada pelo padrão de referência), configurando-se que essa equipe possui código 4, ou classificação “Muito Bom”, para essa variável.

O processo de análise das variáveis foi realizado de forma independente e sequencial nas equipes de saúde. Em seguida, os dados obtidos com a classificação das variáveis foram agrupados com abrangência progressiva da unidade para o município, regiões de saúde, macrorregiões e estado da Paraíba.

Para compor os quadros de análise, os valores dos componentes que integram cada atributo foram obtidos pela soma das frequências absolutas dos códigos das variáveis pertencentes àquela classificação. As tabulações dos resultados envolveram frequência simples e percentual com tabelas organizadas para cada componente dos atributos.

A soma dos valores absolutos dos componentes para cada atributo definiu a classificação geral para o Estado e Macrorregiões. Ao todo, a seleção final abrangeu 42 variáveis do instrumento do 3º Ciclo, cuja distribuição por atributo resultou em 15 variáveis selecionadas para o acesso de primeiro contato, 13 para o atributo longitudinalidade, 12 variáveis para a integralidade e 2 para o atributo coordenação da atenção. Os valores dos componentes que integram cada atributo foram obtidos a partir da soma da distribuição das frequências absolutas nas variáveis pertencentes àquela classificação.

Uma variável recebeu tratamento diferenciado. A resposta para variável “Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde?” é a quantidade em minutos relatada pelo usuário; foi realizada a média de tempo ao somar os valores e dividir pelo número de usuários entrevistados para aquela equipe, codificado da seguinte maneira: até 20 minutos (código 4 – muito bom), entre 20 – 30 minutos (código 3 – bom), entre 30 – 40 minutos (código 2 – regular), entre 40 – 60 minutos (código 1 – ruim) e, maior que 60 minutos (código 0 – muito ruim).

Resultados e Discussão

O perfil sociodemográfico dos usuários de APS do Estado da Paraíba e nas Macrorregiões encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da frequência e percentual de dados sociodemográficos das respostas dos usuários por Macrorregião e Estado da Paraíba, 2018

Variáveis	Distribuição Espacial							
	Macro I		Macro II		Macro III		Estado da Paraíba	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	450	18,9	202	13,2	254	17,7	906	16,9
Feminino	1928	81,1	1328	86,8	1185	82,3	4441	83,1
Total	2378	100	1530	100	1439	100	5347	100
Faixa Etária								
18 – 25 anos	368	15,5	264	17,3	235	16,3	867	16,2
26 – 35 anos	570	24,0	411	26,9	371	25,8	1352	25,3
36 – 45 anos	483	20,3	330	21,6	341	23,7	1154	21,6
46 – 60 anos	549	23,1	332	21,7	326	22,7	1207	22,6
> 60 anos	408	17,1	193	12,5	166	11,5	767	14,3
Total	2378	100	1530	100	1439	100	5347	100
Estado Civil								
Solteiro(a)	662	27,8	376	24,6	317	22,0	1355	25,3
Casado(a) ou União Estável	1406	59,2	978	63,9	955	66,4	3339	62,5
Divorciado(a), desquitado(a) ou separado(a) judicialmente	151	6,3	89	5,8	92	6,4	332	6,2
Viúvo	159	6,7	87	5,7	75	5,2	321	6,0
Total	2378	100	1530	100	1439	100	5347	100
Raça								
Branco	575	24,2	411	26,9	422	29,3	1408	26,3
Preto	271	11,4	174	11,4	146	10,1	591	11,1
Amarelo	55	2,3	47	3,0	54	3,8	156	2,9
Pardo/Mestiço	1385	58,2	851	55,6	785	54,6	3021	56,5
Indígena	28	1,2	17	1,1	7	0,5	52	1,0
Ignorados	64	2,7	30	2,0	25	1,7	119	2,2
Total	2378	100	1530	100	1439	100	5347	100

continua...

Variáveis	Distribuição Espacial							
	Macro I		Macro II		Macro III		Estado da Paraíba	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alfabetização								
Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)	223	9,4	90	5,9	110	7,6	423	7,9
É alfabetizado (sabe ler e escrever)	136	5,7	94	6,1	51	3,5	281	5,3
Ensino fundamental incompleto	774	32,5	554	36,2	505	35,2	1833	34,3
Ensino fundamental completo	190	8,0	142	9,3	122	8,5	454	8,5
Ensino médio incompleto	251	10,6	148	9,7	120	8,3	519	9,7
Ensino médio completo	623	26,2	379	24,8	390	27,1	1392	26,0
Ensino superior incompleto	72	3,0	51	3,3	46	3,2	169	3,2
Ensino superior completo	83	3,5	58	3,8	74	5,2	215	4,0
Pós-graduação	24	1,0	6	0,4	19	1,3	49	0,9
Não sabe/ Não respondeu	2	0,1	8	0,5	2	0,1	12	0,2
Total	2378	100	1530	100	1439	100	5347	100
Renda Familiar								
< 1 salário mínimo	971	40,8	637	41,6	643	44,7	2251	42,1
Um salário mínimo	263	11,1	175	11,5	148	10,3	586	11,0
> 1 salário mínimo até 4 saláriosmínimos	773	32,5	386	25,2	419	29,1	1578	29,5
> 4 salários mínimo até 10 saláriosmínimos	50	2,1	10	0,7	25	1,7	85	1,6
> 10 salários mínimos	27	1,1	8	0,5	10	0,7	45	0,8
Não sabe/ não respondeu	294	12,4	314	20,5	194	13,5	802	15,0
Total	2378	100	1530	100	1439	100	5347	100
Moradores da residência								
Um residente	92	3,9	55	3,6	54	3,8	201	3,7
2 – 4 residentes	1688	71,0	1099	71,8	1067	74,1	3854	72,1
> 4 residentes	598	25,1	376	24,6	318	22,1	1292	24,2
Total	2378	100	1530	100	1439	100	5347	100

Fonte: Banco de Dados do 3º Ciclo do PMAQ-AB.

No perfil dos usuários, observou-se que, no Estado da Paraíba e em suas Macrorregiões, predominou o sexo feminino, com faixa etária de 26 a 35 anos, e autodeclarados pardos/mestiços. Esse perfil observado é similar àqueles de outros estudos de usuários da APS (IBANEZ *et al.*, 2006; BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; FREITAS *et al.*, 2021). Segundo Barros *et al.* (2006), a maior utilização dos serviços da APS por mulheres pode estar relacionada à sua maior percepção de autocuidado em saúde, pelas diferentes demandas específicas do sexo (menarca, gestação, menopausa).

Prevaleceram entre as características socioeconômicas dos usuários aqueles que possuem ensino fundamental incompleto, convivem com companheiro(a), residem com mais de duas pessoas em seu domicílio e com renda familiar menor que um salário-mínimo. Esses resultados se assemelham à pesquisa realizada por (PERILLO *et al.*, 2020), na qual a população frequentadora da APS se apresenta mais vulnerável pela baixa escolaridade e condições de renda insuficientes para atender às necessidades básicas do cotidiano, não possui acesso a serviços suplementares e depende do SUS para garantir o direito à saúde.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da frequência e percentual da categorização das respostas dos usuários para os atributos essenciais por Macrorregião e Estado da Paraíba, 2018.

Tabela 2. Distribuição da frequência e percentual da categorização das respostas dos usuários para os atributos essenciais por Macrorregião e Estado da Paraíba, 2018

Atributo	Distribuição Espacial							
	Macro I		Macro II		Macro III		Estado da Paraíba	
Categoria / Região	N	%	n	%	n	%	n	%
Muito Bom	4334	49,2	3256	53,2	3161	57,3	10751	52,5
Bom	1396	15,9	811	13,3	667	12,1	2874	14,1
Regular	698	7,9	420	6,9	304	5,5	1422	7,0
Ruim	586	6,7	315	5,1	212	3,8	1113	5,4
Muito Ruim	1791	20,3	1318	21,5	1176	21,3	4285	21,0
Total	8805	100	6120	100	5520	100	20445	100

continua...

Longitudinalidade

Ranking/ Região	Macro I		Macro II		Macro III		Estado da Paraíba	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Muito Bom	3637	47,7	3081	58,1	3039	63,5	9757	55,1
Bom	1863	24,4	1111	20,9	949	19,8	3923	22,1
Regular	1042	13,7	553	10,4	423	8,8	2018	11,4
Ruim	674	8,8	263	5,0	186	3,9	1123	6,3
Muito Ruim	415	5,4	296	5,6	187	4,0	898	5,1
Total	7631	100	5304	100	4784	100	17719	100

Integralidade

Ranking/ Região	Macro I		Macro II		Macro III		Estado da Paraíba	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Muito Bom	1670	23,7	1424	29,1	1052	23,9	4146	25,3
Bom	1641	23,3	991	20,2	884	20,0	3516	21,5
Regular	1203	17,0	738	15,1	672	15,2	2613	16,0
Ruim	1117	15,9	681	13,9	677	15,3	2475	15,2
Muito Ruim	1413	20,1	1062	21,7	1131	25,6	3606	22,0
Total	7044	100	4896	100	4416	100	16356	100

Coordenação da Atenção

Ranking/ Região	Macro I		Macro II		Macro III		Estado da Paraíba	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Muito Bom	551	46,9	448	54,9	316	42,9	1315	48,2
Bom	166	14,1	64	7,8	56	7,6	286	10,5
Regular	137	11,7	74	9,1	56	7,6	267	9,8
Ruim	59	5,0	43	5,3	29	3,9	131	4,8
Muito Ruim	261	22,3	187	22,9	279	37,9	727	26,7
Total	1174	100	816	100	736	100	2726	100

Fonte: Banco de Dados do 3º Ciclo do PMAQ-AB.

Os resultados mostraram que houve Classificação Geral “Muito Bom” em três dos atributos essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade e Coordenação da Atenção) e com menor proporção dessa classificação em um deles (Integralidade), no Estado da Paraíba. Entre as Macrorregiões de saúde, apresentaram percepção “Muito Bom” a III (Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade) e II (Integralidade e Coordenação da Atenção), e pior percepção na I entre as Macros. No entanto, a percepção dos usuários em três dos atributos teve frequência expressiva como “Muito Ruim” (Acesso de Primeiro Contato, Integralidade e Coordenação da Atenção) nas Macrorregiões e Estado da Paraíba.

O estado da Paraíba apresenta heterogeneidades demográfica e socioeconômica entre suas macrorregiões de saúde, a primeira Macrorregião de Saúde, com sede em João Pessoa (capital do estado); a segunda, com sede em Campina Grande (segunda maior cidade do polo industrial e populosa do Estado); e a terceira com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão) (PARAÍBA, 2020). Tendo em vista as diferentes configurações apresentadas, torna-se relevante investigar diferenças regionais e contribuir para o planejamento de ações de forma mais personalizada conforme as necessidades locais.

O atributo “Acesso de Primeiro Contato” está relacionado com o uso da APS como porta de entrada preferencial dos SS, acolhimento dos usuários, corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde e a capacidade da atenção primária em lidar e resolver diferentes problemas influenciados pelo contexto social (BRASIL, 2010; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Se a população não obtém, de forma satisfatória, acesso à porta de entrada da APS, pode não se beneficiar de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção (STARFIELD, 2002; DOURADO *et al.*, 2011).

Os achados deste estudo apontam para a satisfação dos usuários no atributo Acesso de Primeiro Contato nas Macrorregiões e Estado, corroborando com o achado de Perillo *et al.* (2020), no Município de Belo Horizonte, no qual esse atributo foi bem avaliado entre os usuários.

Observou-se também melhor avaliação desse atributo na Macrorregião III em comparação às demais. Mazutti Penso *et al.* (2017) e Freitas *et al.* (2021) descrevem a presença de barreiras geográficas e organizacionais nos serviços em APS como reduzido horário de funcionamento das unidades, dificuldades encontradas para marcação de consultas e tempo de espera na unidade para ser atendido, o que reflete avaliações negativas desse atributo.

Refletindo sobre as características urbanas e econômicas nas macrorregiões I e II, uma pesquisa acerca do acesso aos serviços de APS e utilização deles em município de grande porte apontou pior avaliação devido ao não funcionamento das unidades aos finais de semana e após as 18 horas, uma vez que, frequentemente, os usuários perdem o dia de trabalho para realizar uma consulta (REIS *et al.*, 2013).

Dentre os indicadores utilizados na avaliação deste atributo, destaca-se que, mesmo acessível do ponto de vista geográfico e temporal, o mesmo pode ser prejudicado devido a fatores técnico-administrativos, como a falha no acolhimento, seja ela por falta e/ou alcance ou de capacitação profissional adequada (FAGUNDES *et al.*, 2021).

A “Longitudinalidade” se relaciona ao acompanhamento dos usuários pela equipe de APS para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos com a presença de vínculo, relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2002; HARZHEIM *et al.*, 2016). Conforme Cunha e Giovanella (2011), este atributo se desenvolve na medida em que os usuários identificam o local ou o prestador de serviços de APS como sua fonte regular de atenção em saúde, somado de questões relativas à natureza do relacionamento do usuário com a referida fonte de cuidados. Resultados positivos para este atributo também foram encontrados em outros trabalhos (IBAÑEZ, 2006; PEREIRA *et al.*, 2011; SILVA; FRACOLLI, 2014). Mesmo diante de um resultado positivo desse atributo, as Macrorregiões I e II tiveram resultado desfavorável quando comparadas à Macrorregião III.

Kessler *et al.* (2019) ao estratificar o escore da longitudinalidade da APS por porte populacional explicou que os municípios de maior porte e com maior IDH apresentaram os piores resultados, justificando-se que grandes municípios concentram menores coberturas da ESF, e reforça o papel deste modelo como provedor e reorganizador da APS. Na Paraíba, a cobertura de atenção básica é de 97,34%, onde 9 regiões de saúde apresentam 100% de cobertura, estas localizadas predominantemente na III Macrorregião (PARAÍBA, 2020).

Os indicadores avaliados para o atributo Longitudinalidade demonstraram que os usuários consideram uma boa relação, comunicação e intimidade com os profissionais, entretanto, a avaliação demonstra fragilidades que precisam ser consideradas para o alcance de um cuidado longitudinal.

Ainda que a ESF seja ambiente propício para estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais da unidade, esse atributo não é de fácil aplicação, na medida em que envolve questões como a oferta apropriada de serviços de APS, mecanismos

de fixação do profissional na unidade de saúde e a presença de profissionais sensíveis e atentos às necessidades de saúde da população por meio de uma atenção integral (CUNHA, GIOVANELLA, 2011; KESSLER *et al.*, 2019).

Em relação à “Integralidade”, observou-se expressiva frequência da classificação “Muito Ruim”, o que concorda com Silva, Casotti e Chaves (2013). Os autores indicam que a Integralidade da assistência seja um dos atributos mais comprometidos do SUS com base na forte influência dos modelos hegemônicos nas práticas da ESF e principalmente na organização das redes de atenção.

A percepção dos usuários com os indicadores utilizados para avaliar esse atributo quanto à dimensão dos serviços disponíveis e a resolutividade da AP, indicam condições limitadoras para sua efetivação. Além disso, devemos considerar influência dos demais atributos, principalmente os aspectos relativos ao acesso, estrutura física das unidades, as características profissionais e pessoais dos trabalhadores de saúde, processos administrativos e continuidade da atenção (GEORGINA *et al.*, 2011).

Sala *et al.* (2011) sugerem que o modelo de organização da APS nos moldes da ESF apresenta, em tese, melhores características para a efetivação da Integralidade, uma vez que as ações são realizadas em um território estruturado, permitindo o seu planejamento a partir das condições de vida e de saúde da população adscrita, e não a partir da demanda por assistência. Ainda que múltiplos sentidos possam ser conferidos à Integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2009), para a análise desse atributo foram selecionadas condições sobre a capacidade do serviço em reconhecer as necessidades dos usuários e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutiva no âmbito da APS (STARFIELD, 2002).

A percepção negativa identificada sobre o atributo “Integralidade” sugere que nem todas as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, voltadas ao cuidado integral do indivíduo estão sendo executadas de forma efetiva (STARFIELD, 2002), corroborando com pesquisas realizadas por Martins *et al.* (2014), Mesquita Filho; Luz; Araújo (2014), Silva *et al.* (2015) e Carvalho *et al.* (2021).

A “Coordenação da Atenção” implica a garantia da continuidade da atenção através da coordenação entre os serviços, a partir do reconhecimento de problemas que necessitam de seguimento (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014). Esse atributo é considerado pilar da concepção estruturante e complexa da APS. Diante disso, pode-se afirmar que, sem a Coordenação, a Longitudinalidade diminuiria seu

potencial, a Integralidade seria comprometida e o Acesso teria função basicamente administrativa (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Os resultados deste estudo apontam para a satisfação dos usuários relacionados à Coordenação da Atenção nas Macrorregiões e Estado, com destaque para a Macrorregião II quando comparada às demais. Carneiro *et al.* (2014) afirmam que fragilidades nesse atributo evidenciam a necessidade dos serviços em aprimorar a comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde a partir de um sistema de referência e contra referência fortalecidos, além do acesso às informações referente aos usuários.

A percepção negativa observada nas respostas dos usuários evidencia falhas na coordenação especialmente nos pontos de transição entre um serviço e outro, e dificuldades em obtenção de informações dos serviços especializados incorrendo em ineficiências do sistema de saúde.

Entre as limitações, podemos considerar o viés de gratidão (VAITSMAN; ANDRADE, 2005), visto que os entrevistados eram usuários que já vinham recebendo atendimento na Unidade de Saúde e, portanto, tendiam a perceber mais positivamente a qualidade dos serviços, e o material utilizado para a coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB não ser organizado a partir dos atributos da APS, ocasionando dificuldade na busca de variáveis para compor o instrumento elaborado.

Outro possível limite desse estudo corresponde ao desenho inerente ao PMAQ-AB, através do uso de uma amostra não probabilística de usuários, selecionados no próprio serviço, o que pode ter subestimado a medida de satisfação entre aqueles que possuem acesso aos serviços de saúde. Ademais, também devemos considerar que os dados se referem somente às equipes que aderiram ao PMAQ-AB e não ao universo das unidades básicas de saúde do Estado.

Os resultados deste estudo demonstraram a importância de medir os atributos da APS, como forma de qualificar os serviços e, conseqüentemente, o atendimento aos usuários; demonstrando que a interpretação da população acerca da oferta de saúde pela APS é importante, visto que a avaliação dos usuários frente ao atendimento ofertado, é fundamental para repensar as práticas profissionais, a forma de organização dos serviços e identificar quais são os aspectos que demandam maior aperfeiçoamento.

A presente pesquisa limitou-se a estudar as macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, podendo auxiliar outros pesquisadores a entender como está a situação de outros estados brasileiros, ou o próprio estado da Paraíba. Visa também, motivar

outras pessoas a fazer um estudo mais aprofundado dos atributos, analisando mais detalhadamente os indicadores, métodos estatísticos e parâmetros para o cálculo dos scores.

Conclusão

A satisfação dos usuários nas Macrorregiões e Estado obteve classificação geral positiva e identificou-se a presença dos atributos essenciais na APS. Dentre as principais limitações, estão o baixo desempenho no atributo Integralidade e as piores avaliações atribuídas à Macrorregião I.¹

Referências

- ALVES, A. DO N. *et al.* Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. *Revista brasileira de epidemiologia*, v. 23, p. e200072, 2020.
- ANDRADE, L. A. F. DE *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos. *Revista gaucha de enfermagem*, v. 40, p. e20180389, 2019.
- BARROS, M. B. DE A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciencia & saude coletiva*, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.
- BRANDÃO, A. L.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciencia & saude coletiva*, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.
- BRASIL, M. da S. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil*. 2010, Brasília - DF: [s.n.]. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf>.
- BRASIL, M. da S. *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade*. 2010, Brasília - DF: [s.n.]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510*, 07 de abril de 2016.
- CARDOZO, D. D. *et al.* Presence and extension of the attributes of primary health care in public dental services in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cadernos de saude publica*, v. 36, n. 2, 2020.
- CARNEIRO, M. DO S. M. *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, v. 38, n. esp., 2014.

- CARVALHO, J. L. *et al.* Prevalência de integralidade e fatores associados na saúde da criança em municípios da 4ª região de saúde do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira Ciências da Saúde - USCS*, v. 19, n. 67, 2021.
- COSTA, L. B. *et al.* Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. *Ciencia & saude coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2083–2096, 2021.
- CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciencia & saude coletiva*, v. 16, n. supl 1, p. 1029-1042, 2011.
- DINIZ, S. G. DE M. *et al.* Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Revista gaucha de enfermagem*, v. 37, n. 4, 2016.
- DOURADO, I. *et al.* Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: The role of the family health program (project ICSAP-Brazil). *Medical care*, v. 49, n. 6, p. 577–584, 2011.
- FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 1, p. 208–223, 2018.
- FAGUNDES, L. C. *et al.* Avaliação dos atributos essenciais da atenção primária em Montes Claros-MG. *Bionorte*, Montes Claros, v. 10, n. 1, p. 134-142, jan-jun. 2021.
- FREITAS, G. M. DE *et al.* Avaliação da rede de atenção primária do município de Recife – PE sob a ótica de um grupo de usuários. *Revista Brasileira Ciências da Saúde - USCS*, v. 19, n. 67, 2021.
- GEORGINA, F. *et al.* Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. 2011, v. 20, n. 1, p. 263-71. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20s-263.pdf>>.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de saude publica*, v. 22, n. 5, p. 951–963, 2006.
- GONTIJO, T. L. *et al.* Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 114, p. 741–752, 2017.
- HARZHEIM, E. *et al.* Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1399-1408, 2016.
- IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciencia & saude coletiva*, v. 11, n. 3, p. 683–703, 2006.
- KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 2, p. 186-193, 2019.

- LIMA, J. G. *Atributos da atenção primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.
- MARTINS, A. B. *et al.* Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciencia & saude coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014.
- MAZUTTI PENSO, J. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.
- MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciencia & saude coletiva*, v. 19, n. 7, p. 2033–2046, 2014.
- OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 66, n. esp, p. 158-164, 2013.
- PARAÍBA, Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2020/2023*. Paraíba, 2020, 228p. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>>
- PEREIRA, M. J. B. *et al.* Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção Básica à Saúde. *Revista gaucha de enfermagem*, v. 32, n. 1, p. 48–55, 2011.
- PERILLO, R. D. *et al.* Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. *REME*, v. 24, 2020.
- PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.
- REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciencia & saude coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.
- SALA, A. *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 948–960, 2011.
- SILVA, G. T. DA *et al.* Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). *Ciencia & saude coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1749–1755, 2021.
- SILVA, R. M. M. DA *et al.* A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 106, p. 718-729, 2015.
- SILVA, S. A. DA; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, 2014.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cadernos de saúde pública*, v. 35, n. 2, 2019.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & saúde coletiva*, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

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

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

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.

Nota

¹ D. L. A. Monteiro: levantamento bibliográfico, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, construção e redação do texto. W. W. N. Padilha: orientação e auxílio da construção e redação do texto.

Abstract

User's satisfaction with the quality of Primary Health Care in the state of Paraíba: cross-sectional study

Objective: To analyze user satisfaction in relation to the essential attributes of Primary Health Care, in the State of Paraíba, based on secondary data from the PMAQ-AB.

Method: Cross-sectional study carried out between 2020 and 2021, with data from 5,347 users linked to 1,363 health teams in the State's PHC. Questions were selected from the material used in the External Assessment in the 3rd cycle of the PMAQ-AB referring to the demographic profile, socioeconomic status and instrument prepared by the researchers with 42 variables. User responses were categorized by health team: "Very Good" (value 4), "Good" (value 3), "Regular" (value 2), "Bad" (value 1) and "Very Bad" (value 0). Data were tabulated using frequency, simple percentages and analyzed in the form of tables in Excel 2010. Result: The "Very Good" classification was 10,751 (52.5%) in First Contact Access, 9757 (55.1%) in Longitudinality, 1,315 (48.2%) in Care Coordination; with a smaller proportion of 4,146 (25.3%) in Integrality in the State of Paraíba. Conclusion: The study showed a positive general classification with user satisfaction and the presence of attributes, in the Macro-regions and State. However, there was low performance in the Comprehensiveness attribute and worse evaluations attributed to Macroregion I.

► **Keywords:** Public Health. Primary Health Care. Health Evaluation. User's Satisfaction.

