

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Fernanda Cunha de Carvalho

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASSOCIAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMORBIDADES, ESTADO DE SAÚDE, ESTILO DE VIDA E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL, PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019.

Belo Horizonte

2023

Fernanda Cunha de Carvalho

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ASSOCIAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMORBIDADES, ESTADO DE SAÚDE, ESTILO DE VIDA E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL, PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2019.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde Pública.

Orientadora:

Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta

Belo Horizonte

2023

C331a Carvalho, Fernanda Cunha de.
Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde e associação com características sociodemográficas, comorbidades, estado de saúde, estilo de vida e uso dos Serviços de Saúde no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019 [recursos eletrônicos]. / Fernanda Cunha de Carvalho. - - Belo Horizonte: 2023.
153 f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Deborah Carvalho Malta. Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 3. Inquéritos Epidemiológicos. 4. Doenças não Transmissíveis. 5. Serviços de Saúde. 6. Estudos Transversais. 7. Brasil. 8. Dissertação Acadêmica. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.
NLM: W 84.6 DB8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO
FERNANDA CUNHA DE CARVALHO

Às **09:00** horas do dia dezenove de dezembro de 2022, através de transmissão por videoconferência pela Plataforma lifesize (*online*), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **FERNANDA CUNHA DE CARVALHO**, número de registro 2021656092. A presidência da sessão coube a Profa. Deborah Carvalho Malta - Orientadora (UFMG). Inicialmente, o presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: Heider Aurélio Pinto (Universidade Federal da Bahia), Crizian Saar Gomes (UFMG). Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Dissertação de Mestrado**, intitulada: "**Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde e associação com características sociodemográficas, comorbidades, estado de saúde, estilo de vida e uso dos serviços de saúde no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar **aprovada a Dissertação de Mestrado**. O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2022.

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Profa. Deborah Carvalho Malta - Orientadora (UFMG)

Heider Aurélio Pinto (Universidade Federal da Bahia)

Crizian Saar Gomes (UFMG)

https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=2122287&infra_sistema=10000100&infra_unidade_atual=110001072&infra_hash=114d5173... 1/2



Documento assinado eletronicamente por **Deborah Carvalho Malta, Professora do Magistério Superior**, em 19/12/2022, às 12:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Crizian Saar Gomes, Usuário Externo**, em 19/12/2022, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Héider Aurélio Pinto, Usuário Externo**, em 20/12/2022, às 15:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1971990** e o código CRC **060AE9E0**.

AGRADECIMENTOS

Concluir este trabalho significou a realização de mais um sonho que veio acompanhado de evolução pessoal e espiritual. Foram muitas mudanças, adaptações e descobertas. O caminho foi lindo, repleto de desafios, concessões, dedicação, aprendizado, alegrias e angústias... Durante esta jornada não foi possível diminuir a carga horária de trabalho, mas, em compensação, tive muito apoio de pessoas especiais da minha vida. Portanto...

Agradeço aos meus pais, Albecyr e Fátima, e meu irmão Bruno, que estiveram sempre ao meu lado, disponíveis para qualquer necessidade que eu tivesse e que me deram todo o suporte que precisei. Amo vocês!

À minha filha Bruna, que tanto amo, pela compreensão nos meus muitos momentos de ausências, por todo carinho e amor dedicados a mim.

À minha prima Regina por ser presente, por ter me incentivado e ser boa ouvinte.

À Andréia por cuidar de mim, da Bruna e da minha casa, sem toda a sua ajuda, esse sonho não seria possível. Obrigada pelo carinho!

Às minhas amigas que o trabalho me proporcionou e que se tornaram amigas de vida, as quais me apoiaram, ouviram, me conduziram e que fizeram muita diferença durante estes últimos dois anos.

Ao Sistema Único de Saúde e à Atenção Primária a Saúde por terem sido a minha opção de carreira há 16 anos e por tornarem a minha vida profissional desafiadora e deliciosa. São muitas realizações, mas também dificuldades, que me impulsionam e motivam.

Aos professores e demais colegas, pelas trocas e ensinamentos.

À Crizian pela essencial ajuda, ensinamentos e disponibilidade, nenhum agradecimento será bastante.

À minha orientadora Profa. Deborah, por quem tenho enorme admiração, foi uma honra tê-la como professora. Agradeço imensamente por ter aceitado dirigir-me nesse trabalho.

“Se a nossa opção é progressista, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do árbitro, da convivência entre os diferentes e não da sua negação, não temos outro caminho senão viver plenamente a nossa opção.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, por meio dos seus atributos, na ótica dos usuários e sua associação com aspectos sociodemográficos, comorbidades, estado de saúde, estilo de vida e uso dos serviços de saúde e caracterizar os indivíduos que utilizam os serviços da APS pública. **Métodos:** Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, com amostra de 9.562 adultos que responderam ao primary care assessment tool (*PCATool*). Para a avaliação da APS foi calculado o escore geral, padronizado em uma escala de zero a 10. Os valores acima de $\geq 6,6$ foram considerados elevados, ou seja, serviços com características de forte orientação para os atributos da APS. A avaliação da APS foi estratificada segundo informações sociodemográficas. Para associação entre avaliação elevada da APS e variáveis explicativas foram utilizadas as razões de prevalência (RP) bruta e ajustada por sexo e idade, calculadas por meio de regressão de Poisson. **Resultados:** O estudo encontrou que as mulheres, pessoas de 40 a 59 anos, indivíduos com baixa escolaridade e pardos são os usuários que mais frequentam a APS pública e que apenas 38% (intervalo de confiança de 95% - IC 95% 36,2-39,9) dos brasileiros melhor classificaram a APS. No que se refere à associação das variáveis sociodemográficas com a avaliação elevada da APS encontrou-se que a melhor avaliação da APS ocorreu entre mulheres [RP_{aj} 1,10 (IC95% 1,00–1,21)]; idosos [RP_{aj} 1,27 (IC95% 1,09–1,48)]; pessoas com renda per capita de um a três salários mínimos (SM) e ≥ 5 SM quando comparadas com renda até um SM; e moradores das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste em relação à Região Norte. Considerando as variáveis de comorbidades, avaliaram bem a APS indivíduos com hipertensão [RP_{aj} 1,29 (IC95% 1,17–1,43)]; diabetes [RP_{aj} 1,21 (IC95% 1,08–1,36)]; doença cardíaca [RP_{aj} 1,23 (IC95% 1,07–1,41)]; distúrbio osteomuscular; doença do pulmão e obesidade [RP_{aj} 1,15 (IC95% 1,03–1,28)] em comparação com pessoas eutróficas. Em relação a associação dos escores elevados da APS e as variáveis explicativas de procura e uso dos serviços, verificou-se que os indivíduos que utilizam o mesmo serviço de saúde [RP_{aj}= 1,34 (IC95% 1,14-1,56)], os que procuraram atendimento em algum serviço de saúde nas duas últimas semanas [(RP_{aj}= 1,17 (IC95% 1,06-1,28)] e as pessoas que internaram nos últimos 12 meses [(RP_{aj}= 1,19 (IC95% 1,03-1,37)] melhor avaliaram a APS. Considerando a associação das variáveis de estilo de vida com a avaliação elevada da APS, verificou-se que os indivíduos que consomem frutas, legumes e verduras (FLV) e possuem hábito de fumar melhor avaliaram a APS. **Conclusão:** Usuários que avaliaram bem a APS são mulheres, idosos, com prevalências elevadas de doenças crônicas não

transmissíveis, que possuem o hábito de fumar e de consumir FLV e os indivíduos que mais buscaram ou utilizaram os serviços de saúde, ou seja, a avaliação elevada da APS, em geral, resulta da maior utilização dos serviços de saúde. Sob a perspectiva dos usuários, a avaliação elevada da APS para os atributos ocorreu em cerca de 40% dos seus usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de serviços de saúde; Inquéritos Epidemiológicos; Doenças não Transmissíveis; Uso de serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the performance of Primary Health Care (PHC) in Brazil, through its attributes, from the perspective of users and their association with sociodemographic characteristics, comorbidities, health condition, lifestyle, and use of health services, and to characterize individuals who use public PHC services. **Methods:** Cross-sectional study with data from the 2019 National Health Survey, in which 9,562 adults responded to the Primary Care Assessment Tool (*PCATool*). For the evaluation of the PHC, the score values were standardized for a scale from 0 to 10, where values equal to or greater than 6.6 were considered as high score, with strong orientation to the attributes of PHC. The PHC assessment was stratified according to sociodemographic information. The association between high PHC assessment (overall score ≥ 6.6) and individual characteristics was assessed, using crude prevalence ratios (PR) and ratio adjusted for sex and age, calculated by Poisson regression. **Results:** The study found that women, people aged 40 to 59 years, individuals with no education or with incomplete primary education and brown people are the users who most frequent public PHC and that only 38% (CI 95% 36.2- 39.9) of Brazilians rated better scores for PHC. Regarding the association of sociodemographic variables with high PHC assessment, the best PHC assessments were made by women [RPaj 1.10 (95% confidence interval — 95%CI 1.00–1.21)]; elderly users (aged 60 years and over) [RPaj 1.27 (95%CI 1.09–1.48)]; people with a per capita income of 1 to 3 minimum wages (MW) [RPaj 1.14 (95%CI 1.03–1.27)] and ≥ 5 MW [RPaj 1.75 (95%CI 1.39–2.21)] when comparing with income up to 1 SM; residents of the South, Southeast and Midwest regions compared to the North Region. Considering comorbidities, individuals with hypertension [RPaj 1.29 (95%CI 1.17–1.43)]; diabetes [RPaj 1.21 (95%CI 1.08–1.36)]; heart disease [RPaj 1.23 (95%CI 1.07–1.41)]; musculoskeletal disorder [RPaj 1.36 (95%CI 1.10–1.69)]; lung disease [RPaj 1.48 (95%CI 1.13–1.95)] and obesity [RPaj 1.15 (95%CI 1.03–1.28)] compared with eutrophic people, evaluated PHC well. Regarding the association of high PHC scores and the explanatory variables, it was found that individuals who use the same health service [RPaj= 1.34 (95%CI 1.14-1.56)], those who sought care at a health service in the last two weeks before the interview [(RPaj= 1.17 (95%CI 1.06-1.28))] and people who were hospitalized in the last 12 months [(RPaj= 1.19 (95%CI 1.03-1.37))] rated APS better. Considering the association of lifestyle variables with a high APS rating, it was found that individuals who consume fruits and vegetables (FV) [RPaj 1.21 (95%CI 1.09-1.35)] and smokers [RPaj 1.16 (95%CI 1.02-1.32)], better evaluated PHC. **Conclusion:** Users who evaluated the PHC well are women, elderly, with high prevalence of chronic non-communicable diseases, who have the habit of smoking and consuming FV and the individuals who most sought or used health services, that is, better evaluation of PHC, in

general, results from the higher use of health services. From the perspective of the users, the satisfactory evaluation of the PHS occurred in about 40% of its users.

Keywords: Primary health care. Evaluation, health services. Health surveys. Noncommunicable diseases. Use of health services.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AAS	Amostragem aleatória simples
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DORT	Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FLV	Frutas, legumes e verduras
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
<i>PCATool</i>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Razões de Prevalência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UF	Unidades da Federação
UPA	Unidades Primárias de Amostragem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1 Atributos da APS.....	18
3.2 Avaliação da APS.....	20
3.3 Instrumento de avaliação: PCAToll (Primary Care Assessment Tool)	23
3.4 Estudos que utilizaram o PCAToll (Primary Care Assessment Tool).....	27
3.5 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), Fatores de risco e Estado de saúde	30
3.6 Uso dos serviços de saúde.....	34
4 MÉTODOS	57
4.1 Delineamento	57
4.2 Amostra	57
4.3 Coleta de dados	59
4.4 Desfecho - Descrição e cálculo do <i>PCATool</i>	60
4.5 Variáveis explicativas.....	63
4.5.1 Sociodemográficas:	63
4.5.2 Presença de morbidade ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e medidas antropométricas:.....	63
4.5.3 Estado de saúde:	64
4.5.4 Utilização dos serviços de saúde:.....	64
4.5.5 Estilo de vida:	65
4.6 Análise estatística	66
4.7 Aspectos éticos.....	67
5 RESULTADOS.....	68
5.1 Artigo 1	68

5.2 Artigo 2.....	94
5.3 Outras Análises:.....	114
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICE A – Script utilizado no <i>Data Analysis and Statistical Softwares</i> (STATA) para seleção das variáveis estado de saúde e uso dos serviços, análise descritiva, associação entre variáveis selecionadas e desfecho, regressão univariada e multivariada.	129
APÊNDICE B – Artigo 1 publicado	133
ANEXO A – Script utilizado no <i>Data Analysis and Statistical Softwares</i> (STATA) para criação dos escores de avaliação elevada da APS.....	147
ANEXO B – Questionário PNS 2019 – Módulo H: Atendimento Médico (18 anos ou mais) ..	159

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) como política nacional, apoia a organização sistêmica do Sistema Único de Saúde (SUS) em resposta às diversas necessidades de saúde das populações. O trabalho da APS, realizado por equipe multiprofissional, configura-se no espaço das práticas de cuidado da vida cotidiana, responsável por territórios específicos com população definida e atua como o primeiro contato com o sistema de saúde (BRASIL, 2017). Há valorização de relações longitudinais com definição clara da responsabilidade e do vínculo entre profissionais e usuários, valorizando o sujeito, a família e a comunidade, e não a doença (MENDONÇA *et al.*, 2018). Este nível de atenção deveria apresentar um papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS), servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (STARFIELD, 2002).

São atributos imprescindíveis da APS constituir-se como serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial do sistema de saúde garantindo atenção oportuna e resolutive com longitudinalidade, integralidade, coordenação e foco na família e comunidade (STARFIELD, 2002). Todavia, há diversos estudos que apontam que a APS brasileira apresenta, em geral, a implementação desses atributos pouco desenvolvidos na prática cotidiana dos serviços, apontando que a capacidade de organizar o sistema de saúde deve ser acompanhada da capacidade de medir o grau de orientação dos atributos da APS (HARZHEIM *et al.*, 2018). Torna-se importante identificar se os serviços são orientados pelos seus atributos, uma vez que a presença e melhor pontuação destes promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, provocam impacto positivo sobre o estado de saúde das populações e das pessoas (STARFIELD, 2002).

Apesar do consenso sobre o fato de a APS ser uma política pública prioritária e do extenso número de evidências que demonstram que sistemas nacionais baseados na APS são mais efetivos e equânimes (GIOVANELLA *et al.*, 2019), a pesquisa na área ainda se caracteriza pela baixa produção científica em comparação com áreas correlatas (MEDINA *et al.*, 2018). Dos estudos existentes, percebe-se aumento no número de pesquisas em APS no Brasil a partir de 2005, o que pode estar associado à expansão da cobertura populacional nesse período em diante. Contudo, ao analisar os objetos da investigação da APS brasileira, identifica-se a forte presença de pesquisas com abrangência limitada a investigações locais, de baixo custo, ao lado do pequeno número de sujeitos (MEDINA *et al.*, 2018).

Instrumentos como o *Primary Care Assessment Tool (PCATool- Brasil)*, desenvolvido por Starfield, Shi e Macinko (2005), podem contribuir para medir a implantação dos atributos da APS, com um diagnóstico rápido sobre a organização e o desempenho dos serviços, revelando diferenças relevantes entre avaliações realizadas por gestores, profissionais e usuários, ou entre distintos modelos de atenção. Este instrumento permite avaliar a estrutura e o processo dos serviços (HARZHEIM *et al.*, 2018) e foi baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005), calcado na tríade estrutura, processos e resultados.

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde, maior inquérito nacional de saúde, inovou ao inserir o módulo *PCATool*, permitindo explorar em escala nacional, na perspectiva do usuário, a avaliação da APS, bem como características associadas a essa avaliação (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b).

Embora existam estudos locais de avaliação da APS, (HARZHEIM *et al.*, 2018; MEDINA *et al.*, 2018), estudos nacionais utilizando o *PCATool*, na ótica dos usuários, e comparando com características sociodemográficas, comorbidades, estilo de vida e uso de serviços de saúde, ainda não foram publicados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde brasileira, a partir de seus atributos, na perspectiva dos usuários e sua associação com fatores sociodemográficos, uso de serviços e comorbidades.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características dos indivíduos que mais utilizam os serviços da Atenção Primária Saúde (APS);
- Descrever a avaliação positiva da atenção primária à saúde (APS) no Brasil na ótica dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas e comorbidades.
- Avaliar a associação entre avaliação positiva de usuários da APS com o estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil.
- Descrever a avaliação positiva da APS no Brasil na perspectiva dos usuários e sua associação com as características de estilo de vida.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Constituição Federal brasileira de 1988 instituiu um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, há mais de 30 anos, busca cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Esta Constituição reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e estabelece “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Estes conceitos da Constituição Federal alinham-se com a Declaração de Alma-Ata, de 1978, que defende uma APS integral, com enfoque populacional, como o núcleo estruturante da rede de atenção e em coordenação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, materializando o caminho mais efetivo e eficiente para promover a equidade e o direito universal à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Na década de 1990, a Professora Barbara Starfield definiu a APS como o nível de atenção de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada aos serviços para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção centrada na pessoa e não na enfermidade, ao longo do tempo, para todas as condições exceto as muito incomuns ou raras; e coordena ou integra a atenção fornecida em outros níveis de atenção e desde então, esta definição passou a ser utilizada internacionalmente (STARFIELD, 2002).

A APS ainda aborda as questões de saúde mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, tratamento e reabilitação visando maximizar a saúde e o bem-estar da população. Sobre a coordenação dos serviços, a APS organiza e racionaliza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS) como política nacional, apoia a organização sistêmica do Sistema Único de Saúde em resposta às diversas necessidades de saúde das populações. Há valorização de relações longitudinais com definição clara da responsabilidade e do vínculo entre profissionais e usuários, valorizando o sujeito, a família e a comunidade, e não a doença. O trabalho da APS é o espaço das práticas de cuidado da vida cotidiana realizado por equipe multiprofissional, baseado na interdisciplinaridade do trabalho em equipe. Por conseguinte, a APS configura-se como parte de um sistema integrado de saúde, inseparável do desenvolvimento econômico e social, com enfrentamento dos determinantes sociais e promoção da participação social (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Ao se avaliar a contribuição da APS no sistema de saúde, Starfield; Shi e Macinko (2005) elencam seis mecanismos, sozinhos e combinados, que podem explicar o impacto benéfico da atenção primária à saúde da população, os quais são: (1) maior acesso aos serviços necessários; (2) melhor qualidade do cuidado; (3) maior foco na prevenção; (4) gestão precoce dos problemas de saúde; (5) o efeito cumulativo das principais características da atenção básica e, (6) o papel da atenção primária na redução da atenção especializada desnecessária e potencialmente prejudicial.

No Brasil o modelo de Atenção Primária à Saúde adotado na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) desde o ano de 2006 é a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual visa a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Atenção Primária (BRASIL, 2011). Nesta perspectiva é possível apontar ESF como o modelo de atenção de implantação de equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) cuja assistência é prestada por equipes multiprofissionais inseridas no ambiente familiar e comunitário (BRASIL, 2017). Neste contexto, em números absolutos no ano de 2000 o Brasil apresentava 8.503 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2003) e em 2020 chegou ao montante de 43.286 equipes de ESF (BRASIL, 2021b), com 151.802.853 pessoas cadastradas em agosto 2021 (BRASIL, 2021b).

3.1 Atributos da APS

Starfield caracteriza a APS por meio de quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, que é a “acessibilidade e utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema”; a longitudinalidade, que “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo”; a integralidade, que implica “fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde”; e a coordenação, que é a “disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”. Além desses, Starfield também define três atributos derivados: a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais; e a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com “características culturais especiais” (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. A acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A longitudinalidade, trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe da APS. Segundo a revisão da literatura realizada por Cunha e Giovanella (2011) a longitudinalidade deve ser considerada sob três dimensões no contexto do sistema de saúde público brasileiro: identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional. A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A integralidade é um dos pilares na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: preferência das ações de promoção e prevenção, garantia da atenção nos três níveis de complexidade de assistência, articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, e abordagem integral de indivíduos e famílias (GIOVANELLA *et al.*, 2002). O atributo da integralidade está ligado à capacidade da APS reconhecer as necessidades de saúde da população adscrita e disponibilizar um leque de serviços para atender essas necessidades (SILVA; ALVES, 2019). Este atributo configura-se no princípio do SUS mais diretamente conectado com os esforços para definir o padrão de qualidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), alimentando um ciclo virtuoso com a universalização e a equidade dos cuidados ofertados. (FACCHINI *et. al*, 2018).

A coordenação do cuidado entre níveis assistenciais conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde da APS, e pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde as quais devem estar sincronizadas e voltadas ao alcance de um objetivo comum. A coordenação objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (MENDES, 2012).

A centralização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral das

formas singulares de abordagem familiar. Um segundo aspecto da focalização na família requer um conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família, conhecimento a respeito dos padrões de doença nas famílias pode esclarecer possíveis mecanismos de etiologia e de resposta a terapia (STARFIELD, 2002).

A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários (MENDES, 2012). Um entendimento da distribuição das características de saúde na comunidade e dos recursos disponíveis fornece uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias (STARFIELD, 2002).

A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (MENDES, 2012). A competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais (STARFIELD, 2002).

3.2 Avaliação da APS

É notório que o avanço da APS no Brasil, provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população, contudo, tendo em vista os atributos essenciais e derivados, são inúmeros os desafios na consolidação da Atenção Básica no país (FACCHINI *et al.*, 2018). De acordo com a OPAS/OMS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018) há necessidade de se efetivar esses atributos como estratégia de saúde para que a APS seja capaz de ampliar a sua capacidade de resolver problemas e para que esteja preparada para assumir a responsabilidade pela saúde da população.

Entendendo a importância de superar as limitações da APS para a retomada do processo de melhoria das condições de vida e saúde da população, torna-se necessário compreender quais são os aspectos macroestruturais, contextuais e organizacionais que determinam a capacidade de resposta dos serviços de saúde às demandas da sociedade. O desenvolvimento de estudos

avaliativos é uma das ferramentas disponíveis para lidar com esse desafio (SILVA; ALVES, 2019).

De acordo com Medina *et al.* (2018), que realizaram um levantamento na literatura nacional e internacional sobre pesquisa em APS e selecionaram 532 artigos sobre esta temática publicados de 1984 a 2016, há pouca expressão da pesquisa em APS, em comparação com áreas correlatas. Este estudo apontou que as pesquisas em APS tiveram os profissionais da saúde como o segmento com maior destaque, constando como sujeitos da investigação em 40,8% dos artigos, isoladamente ou em combinação com os demais segmentos, seguido pelos usuários (35,7%), população (25,8%) e gestores (15,4%). Em relação ao desenho de estudo, o transversal correspondeu a 42,7% dos artigos e entre esse tipo de desenho apenas 23,4% eram inquéritos populacionais ou foram realizados com dados de base populacional. Estes resultados encontrados destacam a importante relevância em se avaliar a APS e apresentar a população como sujeitos desta avaliação. Outro interessante achado deste estudo foi o elevado percentual de artigos publicados em periódicos com boa qualidade e grande circulação nacional e internacional pois se contrapõe a um certo lugar comum reservado à APS nas revisões internacionais, como um espaço de baixa qualidade em termos de produção de conhecimento. Por fim, ao analisar os objetos de investigação da APS no Brasil identificados nesta revisão, percebe-se uma grande variação na distribuição temática dos estudos, além de forte presença de pesquisas com abrangência limitada a investigações locais, ao lado do pequeno número de sujeitos. Em geral, são estudos de baixo custo, muitos deles financiados com recursos dos próprios pesquisadores. Esses indícios parecem indicar a fragilidade de políticas de incentivo à produção de conhecimento sobre a APS no país.

O baixo financiamento na pesquisa reflete o lugar contraditório da APS na agenda pública. Pode-se dizer que há um aparente paradoxo entre a produção de diversos documentos de posição de organismos internacionais (Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde etc.), na defesa da necessidade de reforma dos sistemas nacionais de saúde para sistemas centrados em APS, sem o desenvolvimento equivalente da capacidade de pesquisa sobre o tema para embasar e subsidiar as reformas propostas (MEDINA *et al.*, 2018).

No Brasil, o processo avaliativo da APS vem ocorrendo por meio dos programas: Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) em 2003, os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) em 2005, a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, seguida pelo PMAQ-AB e a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção

Básica (Amaq-AB) em 2011. Entretanto, ainda permanecem enormes desafios para institucionalizar essas iniciativas no cotidiano da gestão da APS. Dentre os principais dificultadores, destaca-se a produção e o tratamento da informação e sua plena utilização, recursos essenciais para apoiar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, não só por equipes locais, mas também pela gestão da APS nas três esferas administrativas do SUS (REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO, 2018). Um ponto que merece destaque é a estreita vinculação do financiamento de pesquisas da APS com a avaliação de projetos governamentais uma vez que se consolida esse processo avaliativo na mesma medida em que se estabelece sua dependência do Estado (MEDINA *et al.*, 2018).

Ademais, pode-se questionar até que ponto o aumento da produção avaliativa da APS tem se refletido na utilização dos resultados, seja por gestores, seja por profissionais da saúde, revertendo para melhorar a qualidade das ações no âmbito da APS ou para promover mudanças de rumo da própria política nesta área (MEDINA *et al.*, 2018).

O PMAQ-AB, programa que vigorou de 2011 a 2019, pode ser entendido além de um instrumento de avaliação e acompanhamento das ações priorizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, como dispositivo que considera a opinião dos usuários, trabalhadores e gestores para avaliar a APS, como parte importante das mudanças qualitativa e quantitativa do financiamento da APS, como uma estratégia de pactuação, priorização de problemas e incentivo a mudanças nos processos de trabalho das equipes da APS (PINTO *et al.*, 2014). Embora constitua um componente importante e tenha produzido um conjunto expressivo de evidências sobre a APS no Brasil, a parcela destinada à pesquisa é pequena, comparada ao total de investimentos destinados a esse programa (MEDINA *et al.*, 2018).

A Agenda Estratégica realizada pela Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO, 2018) aponta avanços e desafios na institucionalização de mecanismos de monitoramento e avaliação de ações e serviços. Aponta também que a gestão da APS se fortaleceu na última década (2010-2019) ao impulsionar programa de melhoria da qualidade das ações oferecidas à população na rede básica de saúde do País, articuladas a incentivos financeiros progressivos aos municípios e equipes da ESF, conforme o desempenho certificado por avaliação externa.

Nessa perspectiva, há no território nacional, pacotes de atenção básica com incapacidade estrutural de responsabilizar-se por algo mais que a demanda espontânea, incompletos no que se refere à amplitude de serviços oferecidos e sem complementação adequada dos outros níveis

de atenção, fugindo das reais estratégias de atenção primária à saúde (HARZHEIM *et al.*, 2006). Quando se quiser verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa Rede de Atenção à Saúde, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre os sete atributos e suas três funções. É o que procura fazer, em relação aos atributos, o instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool, PCATool* (MENDES, 2012).

Desta forma, a identificação rigorosa dos atributos citados é importante para definir um serviço como realmente embasado em atenção primária à saúde. É fundamental, portanto, o esforço metodológico em diferenciar a atenção primária à saúde da atenção mínima à saúde (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Serapioni e Silva (2011) afirmaram que a qualidade dos serviços de saúde não pode ser definida apenas pela avaliação de um único ator, seja ele gestor, profissional ou usuário, sob o risco de reduzir a abrangência da avaliação. Os resultados do estudo destes autores, no Ceará, mostraram como o ponto de vista dos pacientes pode trazer resultados parciais e incompletos quando não se considerou a visão dos outros atores. Ademais, o estudo de Silva e Alves (2019) encontrou que os profissionais avaliaram melhor os serviços da APS do que os usuários. Desta forma, a abordagem isolada de um grupo é considerada insuficiente para determinar a qualidade dos serviços (SERAPIONI; SILVA, 2011).

3.3 Instrumento de avaliação: PCAToll (Primary Care Assessment Tool)

A revisão de literatura e metassítese desenvolvida por Fracolli *et al.* (2014), mostraram resultados que a aplicação de um instrumento de pesquisa o qual visa avaliar a APS deve dar subsídios para a criação de novas propostas que possam contribuir para a qualificação da Saúde da Família e, de acordo com estes autores, o instrumento que mais se aproxima desta proposta é o *PCATool*, pois permite avaliar a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); orientação comunitária; e a competência cultural, indo ao encontro da proposta da Política Nacional de Atenção Básica Brasileira PNAB (BRASIL, 2017). Ainda, Fracolli *et al.* (2014) apontam o *PCATool* como instrumento mais utilizado no Brasil para avaliar a APS, devido ao seu reconhecimento, aceitação e sua validação em vários países como Estados Unidos, Espanha e outros.

O *PCATool* foi criado com base no modelo de avaliação multidimensional da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005) que desenvolveu um modelo para dar

sustentação à avaliação da qualidade em saúde, calcado na tríade estrutura, processos e resultados. Quanto à estrutura, a avaliação está voltada para organização administrativa, instalações, insumos, equipamentos, financiamento, perfil, experiência e qualificação da equipe. No que diz respeito ao processo, a avaliação baseia-se em atividades realizadas para efetivação do cuidado, contemplando tanto o cuidado ofertado quanto o modo como este é percebido pelo usuário. Por fim, a avaliação dos resultados se compõe da mensuração dos efeitos e impactos do cuidado sobre o estado de saúde da população, inclusive em mudanças no comportamento, medida de capacidade física e mental e satisfação do usuário (DONABEDIAN, 2005). Donabedian desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade.

Por conseguinte, Starfield e colaboradores desenvolveram o *PCATool*, no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, e o validaram; este instrumento permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (HARZHEIM *et al.*, 2006; HARZHEIM *et al.*, 2013). No Brasil, em 2006, foi realizada a primeira validação do *PCATool* versão usuários crianças (HARZHEIM *et al.*, 2006). Em se tratando do quantitativo de itens desse conjunto de ferramentas, a distribuição dos itens em cada atributo (ou componente) da APS para a versão usuários crianças, no instrumento original foram de 81 itens, enquanto no instrumento validado no Brasil foram de 55 itens. À exceção do atributo competência cultural, todos os atributos do instrumento original foram contemplados no instrumento validado no Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2018).

Harzheim *et al.* (2013) desenvolveram um estudo para validação do *PCATool*, versão usuários adultos e concluíram que o *PCATool*-Brasil possui adequada validade e fidedignidade, para a mensuração da qualidade dos serviços de saúde de APS, podendo assim constituir-se em instrumento nacional de avaliação da APS para usuários adultos. Além disso, a comparação do processo de validação brasileiro com o original norte-americano mostra a equivalência entre os dois processos. Vale esclarecer que à exceção do atributo competência cultural, todos os atributos do instrumento original foram contemplados no instrumento validado no Brasil, contudo há a particularidade de dois itens exclusivos para usuários do sexo feminino no componente integralidade de serviços prestados, os quais versam sobre prevenção de osteoporose e problemas na menstruação ou menopausa. Portanto, na seção da integralidade de serviços prestados para a versão usuários adultos, as mulheres respondem a 13 itens do instrumento, e os homens a 11 itens. Em se tratando do quantitativo de itens desse conjunto de

ferramentas, verifica-se que o instrumento original é constituído por 95 itens, enquanto o instrumento validado no Brasil apresenta 87 itens (HARZHEIM *et al.*, 2018).

O *PCATool*, ao avaliar a presença e extensão dos atributos da APS concomitantemente aponta os indicadores de processo, como, por exemplo, as equipes de saúde da família têm desenvolvido sua prática (FRACOLLI *et al.*, 2014) e de estrutura (HARZHEIM *et al.*, 2018). Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática clínica (HARZHEIM *et al.*, 2006). Vale esclarecer que cada atributo essencial é constituído por dois componentes, um relacionado à estrutura e outro, ao processo de cuidado. Isso pode ser exemplificado pelo atributo integralidade, que é constituído pelos componentes serviços disponíveis (estrutura) e serviços prestados (processo). Os três atributos derivados da APS também são contemplados, possibilitando a avaliação da orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (HARZHEIM *et al.*, 2018).

Nacionalmente, a aplicação do *PCATool-Brasil* em outros contextos oportunizará a disseminação de um instrumento de avaliação comparativa do grau de orientação à atenção primária à saúde dos serviços de atenção básica no Brasil. Os escores do *PCATool-Brasil* poderão, a partir de então, ser utilizados como indicadores da qualidade da atenção, contribuindo como um instrumento para a investigação de serviços de saúde brasileiros (HARZHEIM *et al.*, 2006). Assim, o *PCATool-Brasil* poderá constituir-se em uma estratégia de avaliação e acreditação dos serviços em direção à atenção primária à saúde de qualidade (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Com o intuito de otimizar o processo de aplicação e utilização dos resultados do *PCATool* em ações estratégicas, é necessária uma versão reduzida deste instrumento. Desta forma, o estudo de Oliveira, M. e colaboradores (2013), na cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, identificaram 23 itens os quais apresentaram características de discriminação, classificadas de moderada a forte, contemplando os sete atributos da APS. Como medida de consistência, os resultados obtidos com esta versão foram comparados aos resultados da versão completa, revelando escores de APS concordantes. Estes achados indicam que o *PCATool-Brasil*, versão reduzida para usuários adultos, tem adequada validade e confiabilidade, podendo ser adotado como ferramenta de avaliação rápida de orientação para a APS nos serviços brasileiros.

O Manual do *PCATool-Brasil*, foi originalmente publicado pelo Ministério da Saúde em 2010, como o instrumento nacional de avaliação das equipes de Saúde da Família (Brasil, 2010). A publicação do Ministério da Saúde do ano de 2020 contempla as versões atualizadas

dos instrumentos para responsáveis por crianças e para usuários adultos, assim como os instrumentos em versão reduzida em ambos os casos. Também estão neste manual o instrumento para profissionais médicos e enfermeiros em versão extensa validado no Brasil e, ainda, os instrumentos para avaliação de serviços de saúde bucal, tanto na perspectiva de usuários adultos quanto de profissionais cirurgiões-dentistas, validados estatisticamente no Brasil (BRASIL, 2020).

O *PCATool*-Brasil pode ser usado como ferramenta para avaliação externa e autoavaliação das equipes, especialmente quando são implantadas nos municípios, traçando uma linha de base para que o gestor possa comparar os resultados em período posterior. Outro uso desse instrumento é para a comparação entre as perspectivas das avaliações dos usuários e dos profissionais da saúde de nível superior: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas (HARZHEIM *et al.*, 2018). O uso em escala nacional, diante da divulgação dos resultados, o país passará a ter uma linha de base para futuros estudos de base populacional, com amostras estatísticas e validade externa, além da possibilidade de comparação das estimativas dos escores gerais do *PCATool*-Brasil adulto com respectivos coeficientes de variação (BRASIL, 2020).

Uma das limitações do *PCATool*-Brasil é a grande quantidade de itens medidos pelos atributos, à qual se soma na coleta de dados o frequente acréscimo de perguntas complementares, sobre aspectos sociodemográficos, utilização dos serviços, agravos/ situações de saúde e hábitos de vida. Este fato acontece, pois, além da avaliação da APS, usualmente o pesquisador está interessado em investigar outros aspectos, aproveitando a oportunidade da entrevista para coletar informações. Em consequência disso, o tempo médio de aplicação do instrumento, por exemplo, no caso da versão para usuário, pode oscilar entre 25 e 35 minutos (HARZHEIM *et al.*, 2018).

Na versão usuários, outra limitação em relação ao instrumento original proposto se refere à ausência da faixa etária maior de 12 anos e menor de 18 anos, ou seja, uma parte do grupo de adolescentes não é pesquisada pelo *PCATool*-Brasil. Por exemplo, parte das gestantes adolescentes não é captada pelo instrumento. Outro aspecto a considerar é que a avaliação proposta pelo instrumento contempla apenas aqueles que utilizaram um serviço de saúde e tiveram atendimento por consulta médica. Isto é, equipes recém-implantadas provavelmente ainda estarão em período de cadastramento da população adscrita ao seu território. Por isso, um dos critérios de inclusão para participar da avaliação que também limita o uso do *PCATool* é a necessidade de que o serviço esteja implantado há algum tempo (por exemplo, por pelo menos seis meses) (HARZHEIM *et al.*, 2018).

3.4 Estudos que utilizaram o PCAToll (Primary Care Assessment Tool)

De acordo com Harzheim *et al.* (2018), período de 2007 a 2017, os estudos, dissertações e teses brasileiros que utilizaram o *PCATool* como instrumento-base para avaliação dos serviços de APS, o fizeram em modelos com prestação de serviços públicos e privados, combinando outras questões levantadas em objetivos específicos, associando-os aos escores mensurados por atributo ou apenas ao escore essencial. Alguns estudos segmentaram as faixas etárias, nem sempre trabalhando com os pontos de corte definidos inicialmente pelo primeiro modelo do *PCATool* para crianças (menores de 12 anos) e adultos (maiores de 18 anos). No conjunto, o recorte utilizado foi variável, com a inclusão de uma ou mais unidades de saúde, um ou mais bairros, distritos sanitários ou municípios, demonstrando, portanto, a flexibilidade para uso do instrumento em diferentes contextos e territórios. Da mesma maneira, os estudos de Trindade (2007) e Gonçalves *et al.* (2013) mostraram a potencialidade do *PCATool* em avaliar a qualidade da APS, comparar serviços e investigar sua efetividade com relação a condições de saúde de interesse.

O baixo resultado da avaliação da APS no Brasil pode ser verificada em diversos estudos, como o realizado em Porto Alegre em 2007, que atribuiu um escore geral médio de 5,5 para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com saúde da família (OLIVEIRA, 2007), neste mesmo município em 2012, a população idosa atribuiu o escore de 5,7 a estas UBS (OLIVEIRA, E. *et al.*, 2013), Neste mesmo ano, foram realizados outros dois estudos, na região do Sul de Minas o escore geral foi de 5,6 (SILVA; FRACOLLI, 2014) e no município do interior do Rio Grande do Norte (Macaíba) o escore geral atribuído pelos idosos foi de 5,7 (ARAÚJO *et al.* 2014). Em 2013, no município do interior do Espírito Santo (Serra) o escore geral atribuído pelas mulheres foi de 5,1 (LIMA *et al.*, 2015), em 2014, na cidade do Rio de Janeiro a avaliação da APS atingiu o escore de 5,73 (HARZHEIM *et al.*, 2016) e em 2015, no município de Teresina, a população masculina atribuiu um escore médio de 5,5 a APS local (SILVA *et al.*, 2018).

Tendo em vista que o *PCATool* permite a comparação internacional da APS, foi possível identificar um retrato externo em estudos envolvendo usuários adultos a respeito do atributo que tem sido considerado como o de pior desempenho nas avaliações dos serviços, o acesso de primeiro contato/ acessibilidade, e compará-lo ao escore médio essencial (média dos quatro atributos: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade). Nesses

estudos, o escore médio oscila entre valores abaixo de três (China e Paraguai) e acima de sete (Espanha e Coreia do Sul) para acesso/ primeiro contato e abaixo de quatro (China) e acima de sete (Uruguai, Coréia do Sul, Espanha e Tibet) para o escore essencial (HARZHEIM *et al.*, 2018).

Nos estudos brasileiros, como nos estudos internacionais, o atributo acesso de primeiro contato/ acessibilidade é aquele que tem o menor escore geral médio, em particular nos itens sobre aspectos associados ao funcionamento da unidade básica de saúde em horário estendido e finais de semana ou no uso de tecnologias de comunicação e informação contemporaneamente difundidas em todos os aspectos da vida, como o telefone, exceto no sistema público de saúde brasileiro. Outro fato observado nesses estudos é a comparação entre a avaliação dos usuários e dos profissionais da saúde, o primeiro grupo tende a atribuir valores menores que o segundo. Por isso, recomenda-se, sempre que houver possibilidade, a aplicação dos dois instrumentos do *PCATool* (HARZHEIM *et al.*, 2018). Nessa direção, é preciso adotar micropolíticas de gestão inovadoras que ampliem a acessibilidade dos usuários adultos e garantam aos mesmos uma lista de serviços capazes de atender a suas maiores necessidades em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2016).

O estudo de Trindade (2007) de avaliação da qualidade da APS, buscou medir a qualidade da APS a partir da extensão dos atributos do *PCATool*, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o processo de atenção da HAS. Os resultados demonstraram que, para indivíduos que frequentavam serviços de alto escore geral do *PCATool* (isto é, escore geral $\geq 6,6$), as características de qualidade do cuidado de hipertensos reconhecidos foi significativamente maior que aqueles que frequentavam serviços de baixo escore geral, considerando: receber orientações sobre a prática de atividade física (RP: 1,28; IC95%: 1,02-1,62), sobre alimentação saudável (RP: 1,44; IC95%: 1,14-1,83), sobre higiene bucal (RP: 5,30; IC95%: 2,48-11,34); ter sido medida na última consulta a pressão arterial (RP: 1,10; IC95%: 1,04-1,16), o peso (RP: 1,26; IC95%: 1,04-1,54) e a altura alguma vez (RP: 1,58; IC95%: 1,12-2,24); além da realização de eletrocardiograma (RP: 1,73; IC95%: 1,15-2,60). Este estudo também teve como resultado que indivíduos com hipertensão reconhecida avaliaram a APS no escore geral com 5,8 (DP 1,4) e indivíduos sem hipertensão reconhecida avaliaram a APS no escore geral com 5,4 (DP1,4). Entre os indivíduos hipertensos que atribuíram um alto escore de APS evidenciou-se uma maior qualidade do cuidado com uma maior média de consultas nos últimos 12 meses; uma maior participação em grupos de hipertensos, que receberam mais orientações preventivas (alimentação saudável, prática de

atividade física, higiene bucal e vacina contra Influenza) e que tiveram na última consulta uma maior proporção de exames clínicos realizados.

Da mesma maneira, Gonçalves *et al.* (2013), em um estudo sobre avaliação da qualidade da APS e o cuidado assistencial aos portadores de Diabetes Mellitus, observaram que os manejos de aferição da pressão arterial (RP = 1,07; IC95% 1,01-1,14), solicitação de perfil lipídico (RP = 1,23; IC95% 1,09-1,39), exames dos pés (RP = 2,08; IC95% 1,54-2,81), orientação sobre os cuidados com os pés (RP = 2,02; IC95% 1,56-2,61) foram significativamente maiores em serviços com alto escore geral da APS quando comparados a serviços de baixo escore geral da APS.

Os estudos de Oliveira (2007) e de Gonçalves *et al.* (2013) mostraram que serviços classificados com alto escore apresentam populações com maior frequência de uso dos serviços de saúde, com duas ou mais consultas por ano e 8,5 consultas por ano, respectivamente. Por sua vez, a pesquisa realizada na cidade de Teresina- PI, apontou que a frequência da procura por atendimento mostrou-se associada com os escores, pois, quanto maior a regularidade de busca pela UBS, maior o percentual de alto escore atribuído pelos usuários do sexo masculino (SILVA *et al.*, 2018).

Em se tratando do estado de saúde, a presença de comorbidades eleva em 46% a prevalência de avaliação positiva da APS. Encontrou-se também que as doenças crônicas são mais prevalentes na população atendida em serviços classificados com alto escore (OLIVEIRA, 2007).

Vale apontar que o estudo de Harzheim *et al.* (2016) utilizou a maior amostra em uma única cidade já pesquisada no mundo, no Rio de Janeiro, com o uso do *PCATool*, com 6.675 adultos e cuidadores de crianças menores de 12 anos. Este estudo foi realizado por meio de uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul em que realizaram um extenso trabalho de campo de seis meses no primeiro semestre de 2014 e incluíram cinco blocos de perguntas complementares, sobre: dados administrativos, sociodemográficos e condições econômicas, utilização dos serviços de saúde, autoavaliação de saúde e lista de problemas crônicos, hábitos de vida. Este estudo apontou a importância de se cotejar o tempo de implantação das equipes da APS na avaliação dos serviços, uma vez que, para equipes recém implantadas, não é possível promover uma avaliação contundente. Uma das estratificações realizadas na análise dos dados dessa pesquisa contemplou o agrupamento dos respondentes por classes sociais. Como resultados desta pesquisa o escore geral encontrado foi de 5,54 (IC 95: 5,35-5,73) para usuários da classe A e

B. Os dados trouxeram evidências de que não havia diferença na avaliação dos adultos entre as classes sociais A/ B quando comparadas às classes C/ D/ E, isto é, os escores médios essencial e geral estimados encontram-se entre 5,5 e 6 para todas as unidades – tipo A (as unidades que tinham apenas equipes saúde da família em centros municipais de saúde ou clínicas da família) e tipo B (unidades que tinham um modelo misto, com equipe Saúde da Família atuando em conjunto com outros profissionais médicos e de outras categorias profissionais em centros municipais de saúde). Este estudo utilizou a versão extensa do PCAToll para pacientes crianças e adultos, fato que permitiu atribuir escore para cada um dos atributos e compará-los entre os tipos de serviços e classes sociais.

3.5 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), Fatores de risco e Estado de saúde

Em se tratando das doenças crônicas, a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020) apontou que em nível global, sete das 10 principais causas de mortes em 2019 foram doenças não transmissíveis. Estas sete causas foram responsáveis por 44% de todas as mortes ou 80% das 10 principais causas em 2019. No entanto, todas as doenças não transmissíveis juntas representaram 74% das mortes em todo o mundo em 2019.

Corroborando com estes relevantes indicadores de mortalidade pelas DCNT a priorização da Agenda 2030 que aponta como extremamente necessário monitorar o acesso e utilização de serviços entre pessoas com DCNT, dada a elevada carga de doença, que ainda tem sido ampliada em virtude do envelhecimento populacional. Da mesma forma, para enfrentamento dos determinantes sociais como a redução da pobreza e da desigualdade social, há necessidade de implementação de ações e políticas públicas, uma vez que estes temas foram incluídos nos desafios do desenvolvimento sustentável e são essenciais para o controle das DCNT (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015).

Em relação a caracterização das pessoas com DCNT, diferentes estudos apontam que estas doenças acometem todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda (DI CESARE *et al.*, 2003; MALTA *et al.*, 2019).

A APS tem papel fundamental na vigilância das DCNT e monitoramento dos fatores de risco, uma vez que desenvolve atividades de prevenção desses agravos, promoção da saúde, além da redução de danos a um custo relativamente baixo por detecção e tratamento a tempo

(DI CESARE *et al.*, 2003). É sabido que esses usuários necessitam de um monitoramento contínuo e fornecimento de insumos, assim, a APS tem um papel importante na articulação dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo os princípios da integralidade e coordenação do cuidado (MENDES, 2012; PERILLO *et al.*, 2021).

A OMS divulgou um conjunto de evidências que apontam a importância das ações de promoção à saúde, implementando políticas públicas intra e intersetoriais que facilitem práticas saudáveis, como alimentação adequada, redução do sal nos alimentos, espaços públicos para apoiar a atividade física, ambientes livres de fumo, regulamentação da propaganda de álcool e outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Di Cesare *et al.* (2003) complementam que ações efetivas para reduzir as desigualdades da DCNT incluem programas equitativos de desenvolvimento infantil e educação; remoção de barreiras para garantir o emprego em grupos desfavorecidos; estratégias abrangentes para o controle do tabaco e do álcool e para a redução do sal dietético que visam grupos de baixo status socioeconômico; atenção primária universal, financeira e fisicamente acessível e de alta qualidade para a prestação de intervenções preventivas e para detecção e tratamento precoce de DCNT; e serviços de saúde universais e outros mecanismos para remover barreiras financeiras aos cuidados de saúde.

A alimentação adequada e saudável representa importante condição para a manutenção da saúde e bem-estar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). O consumo adequado de alimentos naturais é um importante fator protetor para doenças. Esses alimentos possuem grande quantidade de fibras e outros nutrientes, além da baixa densidade energética que conferem proteção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Como contraponto, há evidências crescentes que têm demonstrado a relação entre as doenças crônicas e o consumo de alimentos não saudáveis como os ultraprocessados (bolos e misturas prontas para bolo, biscoitos, balas e guloseimas, refrescos e refrigerantes, iogurtes, macarrão e temperos instantâneos etc.) (BRASIL, 2014b).

Nesse contexto, o monitoramento das DCNT e a avaliação dos comportamentos saudáveis, fatores de proteção às DCNT, são atividades de relevância que devem ser baseadas na coleta e análise periódica de dados fidedignos e frequentes (SZWARCOWALD; STOPA; MALTA, 2022). Desta forma, a PNS 2019, maior inquérito epidemiológico nacional, fundamentada em três eixos principais, dentre eles o da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a) produziu diversos dados para a investigação e acompanhamento do estilo de vida dos brasileiros.

Em 2019, no Brasil, o percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que tiveram o consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 13,0%. Este percentual variou de 9,0%, na Região Nordeste, a 16,0% na Sudeste. As mulheres (15,4%), em média, consumiam mais estes alimentos que os homens (10,2%). De uma forma geral, o consumo de frutas e hortaliças mostrou aumento com a idade e com o grau de escolaridade. Vale ressaltar que a PNS 2019 considera como consumo recomendado a ingestão de hortaliças ou frutas (inclusive suco) pelo menos 25 vezes por semana. O consumo recomendado de frutas e hortaliças foi investigado através da frequência semanal de consumo de verduras e legumes nas refeições e de frutas ou de sucos de frutas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020c).

Para verificar o consumo de alimentos não ou minimamente processados, foram definidos grupos alimentares, nos quais os alimentos foram agregados de acordo com suas propriedades nutricionais. Para essa análise, considerou-se o consumo, no dia anterior à data da pesquisa, de cinco ou mais grupos dos seguintes alimentos: alface, couve, brócolis ou espinafre; abóbora, cenoura, batata doce ou quiabo/caruru; mamão, manga, melão amarelo ou pequi; tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba; laranja, banana, maçã ou abacaxi; feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico; amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará. No Brasil, em 2019, 23,7% das pessoas de 18 anos ou mais de idade consumiram cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020c).

O consumo de alimentos ultraprocessados é considerado um fator de risco para a saúde das pessoas (BRASIL, 2014b). Na PNS 2019, considerou-se o consumo, no dia anterior à data da pesquisa, de cinco ou mais dos grupos de alimentos ultraprocessados, tais como: bebida achocolatada ou iogurte com sabor; salgadinho de pacote ou biscoito/bolacha salgado; biscoito doce ou recheado ou bolo de pacote; salsicha, linguiça, mortadela ou presunto; entre outros. A proporção de pessoas que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foi de 14,3%, para Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020c).

O estudo de Santin *et al.*, (2022) mostrou que a alimentação de muitos adultos brasileiros é baseada no consumo regular de alimentos considerados saudáveis; no entanto, ainda é elevada a proporção de indivíduos que consomem regularmente alimentos considerados não saudáveis. O consumo alimentar é influenciado por variáveis sociodemográficas, incluindo sexo, idade, renda, raça/cor da pele e local de residência. A prevalência de consumo regular de feijão, bebidas adoçadas, peixe e consumo de sal percebido como excessivo diminuiu entre

2013 e 2019. Por outro lado, a prevalência de consumo regular de frutas e o consumo recomendado de carne vermelha aumentaram.

Da mesma forma que as DCNT, estudos apontam que as taxas de tabagismo e vários outros fatores de risco são frequentemente mais elevados em grupos com baixo nível socioeconômico do que naqueles com alto nível socioeconômico. Aponta-se que o tabagismo é mais prevalente em pessoas com menor escolaridade quando se avalia os países em todos os níveis de desenvolvimento econômico (DI CESARE *et al.*, 2003).

O uso prejudicial do álcool é um dos maiores fatores de risco para a população, esse uso é considerado uma das principais causas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como dos acidentes e violências. A PNS 2019 investigou o consumo abusivo de álcool (ingestão de cinco ou mais doses, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias) e obteve como resultados uma prevalência de consumo abusivo de álcool, nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, de 17,1%, sendo 26,0% para os homens e 9,2% para as mulheres. A proporção foi maior entre as pessoas de 25 a 39 anos de idade (23,7%) e de 18 a 24 anos de idade (22,9%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020c).

A prática de atividade física em níveis suficientes ajuda a prevenir e tratar doenças crônicas não transmissíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Para avaliar o nível de atividade física da população adulta brasileira a PNS utiliza a frequência da prática em seus diferentes domínios: como no lazer (no tempo livre), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas. No domínio das atividades domésticas, estimou-se que 15,8% das pessoas de 18 anos ou mais de idade praticavam atividade física por no mínimo 150 minutos semanais, tais como faxina pesada ou atividades que requerem esforço físico intenso. Este indicador mostrou-se fortemente concentrado no público feminino no qual 21,8% praticavam 150 minutos de atividade física nas tarefas domésticas, enquanto no público masculino foi de 9,1% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020c).

Em relação a autoavaliação da saúde, indicador que engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida, na PNS 2019 94,2% dos entrevistados consideram a sua saúde como muito boa, boa e regular (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020c). A PNS 2019 caracterizou os indivíduos que autoavaliaram a sua saúde muito boa ou boa, encontrando que as melhores avaliações partiram dos homens, indivíduos entre 18 e 29 anos, brancos e pessoas com ensino superior completo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020c).

Na PNS 2019, 8,1% das pessoas residentes em domicílios particulares permanentes deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). A PNS 2019 caracterizou o motivo desse impedimento de realização das atividades habituais em que foi expressivo o alto percentual de problemas nos ossos e articulações (25,1%) e de problemas respiratórios (21,0%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). Outro estudo, utilizando o inquérito da PNS 2019, encontrou que deixar de realizar atividades habituais por motivo de saúde foi mais frequente em quem tem piores condições socioeconômicas (sem plano de saúde, menor escolaridade, e renda menor do que um salário-mínimo), apontando as desigualdades sociais. (MALTA; BERNAL et al, 2021).

3.6 Uso dos serviços de saúde

O entendimento de uso dos serviços de saúde compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) do indivíduo com o sistema de saúde. Desta forma, esse processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Este uso dos serviços de saúde é caracterizado e modelado pelos aspectos sociodemográficos, situação socioeconômica, recursos disponíveis, oferta de serviços de saúde, tipos de sistemas de saúde, formação dos profissionais, entre outros fatores. Destaca-se, entretanto, que a presença de doenças, a morbidade, constitui um forte indutor da busca de serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Detalhando melhor, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição

dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Há diversos estudos que caracterizam o uso dos serviços de saúde pela população considerando fatores sociodemográficos, comorbidades, procura por atendimento de saúde nas duas últimas semanas, tipo de serviços de saúde como primeira escolha (DI CESARE *et al.*, 2013; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a; MALTA *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2019; MALTA; BERNAL *et al.*, 2021; MALTA; GOMES *et al.*, 2021; MEDINA *et al.*, 2018; MELO; LIMA, 2020). Desta maneira, encontrou-se que populações de baixa renda possuem maior vulnerabilidade, acessam mais os serviços públicos de saúde, e tendem a ter mais comorbidades e piores indicadores de agravos e doenças como por exemplo, o acometimento de forma mais intensa das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco (DI CESARE *et al.*, 2013; MALTA *et al.*, 2019).

Em relação a faixa etária de utilização dos serviços, encontrou-se que os idosos usam mais os serviços de saúde, esse fato deve estar associado a multimorbidade, a uma maior percepção da gravidade da doença e aos riscos à saúde desse segmento etário (MALTA, GOMES *et al.*, 2021; MELO; LIMA, 2020). Melo e Lima (2020), que avaliaram os resultados da PNS 2013, com amostra representativa para a população idosa do Brasil, caracterizaram a multimorbidade dos idosos ao sexo feminino, aos mais envelhecidos e ao nível educacional mais baixo. Ainda se verificou que os idosos com DCNT realizaram mais consultas médicas e internaram mais. Em geral, o uso e acesso desse segmento etário aos serviços e cuidados de saúde são relativamente altos (MALTA; GOMES *et al.*, 2021).

Considerando as comorbidades, verificou-se que pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços comparado com os adultos sem DCNT (MALTA *et al.*, 2017) e na PNS 2019 ainda se verificou que em todos os estratos socioeconômicos e demográficos a presença de DCNT aumenta a prevalência de consultas (MALTA; BERNAL *et al.*, 2021). O fato de o usuário se sentir susceptível, com medo da doença, sentir-se doente e acreditar nos benefícios advindos com o tratamento são um importante motivador para a utilização de serviços (MALTA *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2019). Por conseguinte, verificou-se que a presença de DCNT se associou à maior frequência de uso de serviços de saúde (consulta médica, uso de serviços de saúde e internação) em duas vezes mais que em adultos sem DCNT (MALTA *et al.*, 2017). Em todos os estratos socioeconômicos e demográficos, observou-se que a presença de DCNT aumenta a prevalência de consultas e da restrição das atividades habituais (MALTA; BERNAL *et al.*, 2021).

Em se tratando da procura por atendimento nas duas últimas semanas anteriores a entrevista, de acordo com os dados da PNS 2019, 18,6% das pessoas procuraram atendimento de saúde, no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). Em relação a internação em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores à data da entrevista, foram 6,6% dos respondentes da PNS 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). A PNS 2013 confirmou que a maior motivação para o uso de serviços está associada à presença de doenças (MALTA *et al.*, 2017) e que o principal motivo de procura por atendimento nas duas últimas semanas, na PNS 2019, foi por doença ou tratamento de doença (48,3% IC95% 47,2-49,3). Verificou-se que a procura de atendimento foi maior entre mulheres, idosos, pessoas com elevada escolaridade, com plano de saúde, que autoavaliaram a saúde como ruim e que eram portadores de doenças crônicas e foi menor em pardos (MALTA; GOMES *et al.* 2021; MALTA, BERNAL *et al.*, 2021). Por outro lado, em relação ao indicador de internação, verifica-se que a maior prevalência de internação nos últimos doze meses foi em usuários que estudaram menos e possuem DCNT, esses indivíduos também apresentam maior prevalência de deixar de realizar atividades por motivo de saúde (MALTA *et al.*, 2017). Assim, torna-se importante monitorar o uso de serviços, visando estabelecer estratégias para adequar a demanda e o consumo de serviços (MALTA; GOMES *et al.* 2021).

Do inquérito epidemiológico, PNS 2019, observou-se que 76,5% dos indivíduos utilizam o mesmo serviço de saúde quando apresentam alguma necessidade de saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). Em relação a escolha da UBS como ponto assistencial, na PNS 2019 eram 46,8% dos entrevistados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). Este valor corresponde a maior parcela dos indivíduos entrevistados, seguidos de 22,9% que procuram consultório particular ou clínica privada e 14,1% que buscam Unidades de Pronto Atendimento Público (UPA), pronto socorro ou emergência de hospital público (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). A utilização das UBS como local de escolha pela maior parcela dos respondentes da PNS 2019, pode ser atribuída a grande expansão da APS no país, com aumento do acesso geográfico e organizacional, os quais favoreceram o estabelecimento de vínculo, essencial para o acompanhamento longitudinal dos indivíduos e famílias, e para o reconhecimento, por estes, de que o serviço de Atenção Primária se constitui em fonte regular de cuidado. Esse é um aspecto muito importante e é resultado de uma longa trajetória de implementação da APS no país (MEDINA *et al.*, 2018).

Como contraponto, o inquérito telefônico de base populacional desenvolvido no Distrito Federal, em 2015, encontrou que a primeira escolha de serviços de saúde são os consultórios particulares ou clínicas privadas [(37,8% (IC95% 34,1-41,6)], seguidas das UBS [(24,6% (IC95% 20,3-28,8)] que são mais utilizadas pela população de baixa escolaridade e sem plano de saúde (POÇAS *et al.*, 2019). Vale problematizar que o Distrito Federal à época do inquérito possuía baixa cobertura da APS, desta maneira, a demanda pelo serviço está configurada pelas características de sua oferta.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019, inquérito de saúde de base populacional, representativo do Brasil e da população residente em domicílios particulares de seu território. Nela foi possível estimar os dados para as áreas urbana e rural, por grandes regiões nacionais, Unidades da Federação (UF), capitais, e regiões metropolitanas. A PNS 2019 foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020, em convênio com o Ministério da Saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b; STOPA *et al.*, 2020).

Com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada tanto para estimar variados indicadores com a precisão desejada como para assegurar a continuidade do monitoramento da grande maioria daqueles anteriormente investigados por meio do Suplemento de Saúde da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Portanto, em sua segunda edição, a pesquisa voltou a incluir os temas que foram abordados nos Suplementos de Saúde da PNAD, investigados em 1998, 2003 e 2008, e na PNS 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b), informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde).

Desta maneira, a elaboração da PNS foi fundamentada em três eixos principais: o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde da população brasileira; e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b).

4.2 Amostra

O plano amostral da PNS foi desenhado por conglomerados em três estágios de seleção. Desta forma, a amostra foi selecionada com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem/ UPA, por amostragem aleatória simples (AAS), constituídas por setores censitários ou conjuntos de setores censitários (quando esses setores contam poucos domicílios) (MALTA; GOMES *et al.*, 2021; PRATES *et al.* 2021). No segundo estágio, em cada setor

censitário, foi selecionado aleatoriamente (AAS) um número fixo de domicílios, a partir do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) totalizando 108.525 domicílios. No terceiro estágio, em cada domicílio, o morador foi selecionado aleatoriamente (AAS) dentre aqueles com 15 anos ou mais de idade, com base na lista de moradores obtida no momento da entrevista (MALTA; GOMES *et al.*, 2021; PRATES *et al.* 2021). Para a definição do tamanho da amostra de UPA, foi estabelecido o número de domicílios selecionados em cada UPA e, então, dividido o tamanho da amostra de domicílios por esse número: 12, 15 ou 18, a depender do domínio – subgrupos populacionais, para os quais são planejadas estimativas separadas.

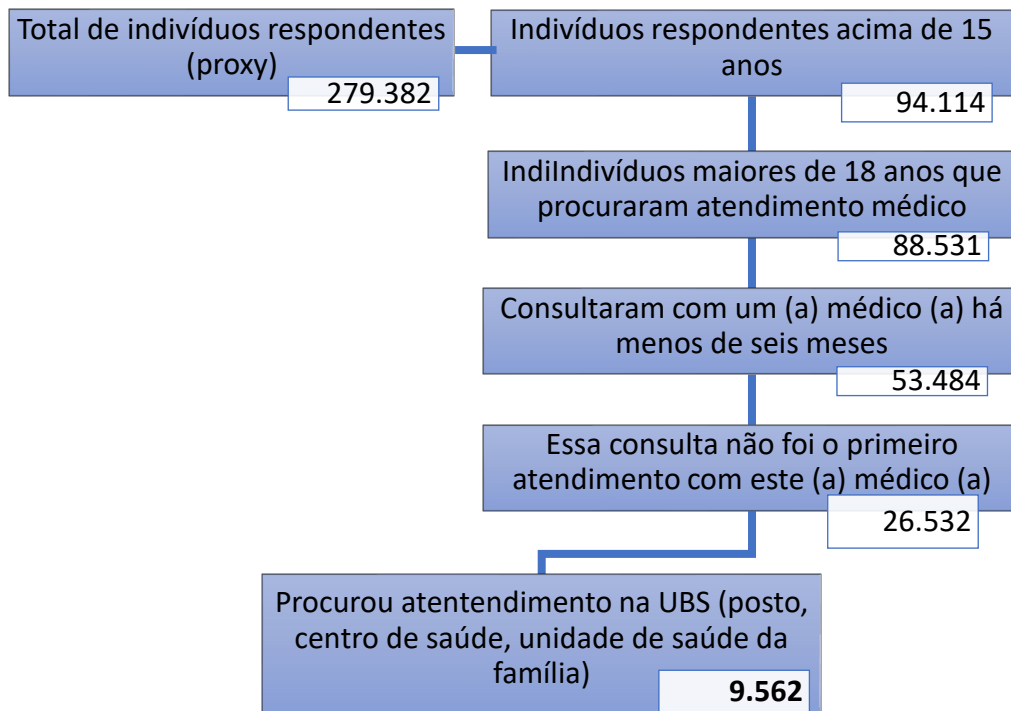
Em função do desenho amostral complexo e com probabilidades distintas de seleção, para analisar os dados da PNS, faz-se necessária a definição de fatores de expansão ou pesos amostrais, tanto para domicílios quanto para os moradores selecionados. O peso final aplicado é um produto do inverso das expressões de probabilidade de seleção de cada estágio do plano amostral, o que inclui correção de não respostas e ajustes dos totais populacionais (STOPA *et al.*, 2020).

A amostra da pesquisa excluiu os domicílios localizados em setores censitários especiais ou de escassa população, como agrupamentos indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, instituições de longa permanência para idosos, redes de atendimento integrado à criança e ao adolescente, conventos, hospitais, agrovilas de projetos de assentamento e agrupamentos quilombolas (STOPA *et al.*, 2020).

A amostra final foi de 94.114 domicílios com entrevista realizada, com uma taxa de resposta de 93,6%. No cálculo do tamanho da amostra foram levados em consideração os valores médios, as variâncias e o efeito de delineamento. As bases de dados foram ponderadas, incluindo fator de correção para as perdas (MALTA; BERNAL *et al.*, 2021).

O presente estudo analisou as informações obtidas no módulo H, de indivíduos com 18 anos ou mais que realizaram consulta médica nos seis últimos meses na Unidade Básica de Saúde ou APS. Como requisito adicional, essa mesma pessoa adulta precisava ter se consultado pelo menos duas vezes com o mesmo médico. Assim, a amostra final foi de 9.562 indivíduos, conforme Figura 1 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b). A PNS ao fazer este filtro pressupõe que os indivíduos estavam aptos a responder sobre os atributos da APS com certa razoabilidade, uma vez que tinham familiaridade com o serviço de saúde prestado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b).

Figura 1 Fluxograma da seleção dos respondentes para o módulo H, Atenção Primária a Saúde, da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.



4.3 Coleta de dados

O trabalho de campo para a coleta de dados foi organizado e coordenado pelo IBGE. As entrevistas foram realizadas com a utilização de Dispositivos Móveis de Coleta (DMC), *smartphones*, programados com o questionário da pesquisa e os processos de crítica das variáveis. Num primeiro momento, realizou-se contato com a pessoa responsável ou com algum dos moradores do domicílio selecionado. O agente de coleta descreveu a pesquisa ao morador, seus objetivos e procedimentos, além da importância de sua participação no estudo. Neste momento, foi elaborada uma lista de todos os moradores do domicílio e foram identificados o informante, respondente do questionário domiciliar, e todos os moradores do domicílio. Os moradores de 15 anos ou mais de idade estavam aptos a responderem à entrevista individual, desta forma, um indivíduo por domicílio, foi selecionado por meio de programa de seleção aleatória no DMC para responder a esta terceira parte do questionário. As entrevistas foram agendadas nas datas e horários mais oportunos para os informantes, prevendo-se duas ou mais

visitas a cada domicílio. Esta etapa da pesquisa se desenvolveu de 26 de agosto de 2019 a 13 de março de 2020 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b).

O questionário da PNS foi dividido em três partes, sendo a primeira referente a informações do domicílio e visitas domiciliares realizadas por agentes de endemias e equipe de Saúde da Família. Esta parte do questionário foi respondida pelo morador(a) identificado(a) como responsável pelo domicílio. A segunda parte correspondeu a informações de todos os moradores, que foram referidas por um morador de idade igual ou superior a 18 anos, que respondeu pelos demais (proxy). Foram investigados: nível de escolaridade; informações sobre ocupação; rendimentos domiciliares; deficiência física e/ou intelectual; cobertura de planos de saúde; acesso e utilização dos serviços de saúde; saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais; e saúde de crianças com menos de 2 anos de idade. A terceira parte do questionário foi respondida por um indivíduo selecionado aleatoriamente com 15 ou mais anos de idade. Foram investigadas informações sobre características de trabalho e apoio social, percepção do estado de saúde, acidentes, estilos de vida, doenças crônicas não transmissíveis, saúde da mulher, atendimento pré-natal, saúde bucal, paternidade e pré-natal do parceiro, para pessoas com 15 anos ou mais; as questões sobre violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, relações e condições de trabalho, e atendimento médico, foram respondidas apenas por aqueles com 18 anos ou mais. (MALTA; BERNAL *et al.*, 2021; STOPA *et al.*, 2020).

Este estudo analisou os dados da terceira parte do questionário, entrevista individual, seção “Atendimento médico”, com enfoque no acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS). O questionário da pesquisa utilizou a versão adaptada e reduzida do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool*, *PCATool-Brasil* (BRASIL, 2020; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b; OLIVEIRA, M. *et al.*, 2013).

4.4 Desfecho - Descrição e cálculo do *PCATool*

O *PCATool* foi composto por 26 perguntas distribuídas em dez componentes para avaliar os atributos da APS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019), conforme ANEXO B. Alguns atributos foram avaliados por dois componentes, que aferiram as dimensões de estrutura e processo dos serviços de APS. Desta forma, foram avaliados os seguintes atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade,

orientação familiar e orientação comunitária; e os seguintes componentes: afiliação, utilização, acessibilidade, longitudinalidade, integração dos cuidados, sistema de informações, serviços disponíveis, serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária, conforme Quadro 1. O grau de afiliação neste estudo, verifica se o serviço é a principal referência do cuidado em saúde, se estabelece uma relação mais pessoal entre médico e paciente e se é o mais responsável pelo atendimento de saúde do indivíduo, ou seja, visa identificar o serviço ou médico que é referência para o entrevistado. Vale destacar que foram alteradas as perguntas do instrumento *PCATool original*, substituindo os termos profissional ou médico (a)/enfermeiro (a) por médico (a) (BRASIL, 2020; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b).

QUADRO 1 Atributos, componentes e itens (perguntas do questionário da APS) avaliados no módulo H da PNS 2019.

Atributo da APS	Componente da APS	Itens	Quantidade de Itens
Afiliação	Afiliação	H5, H6, H7	3
Acesso primeiro contato	Utilização	H8	1
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	H9, H10	2
Longitudinalidade	Longitudinalidade	H11, H12, H13, H14	4
Coordenação	Integração de cuidados	H15, H16, H17, H18, H19	5
Coordenação	Sistemas de Informações	H20	1
Integralidade	Serviços disponíveis	H21, H22, H23	3
Integralidade	Serviços prestados	H24, H25, H26, H27	4
Orientação Familiar	Orientação Familiar	H28, H29	2
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	H30	1

Para o cálculo do escore geral de avaliação da APS foi realizada a soma das respostas de todos os itens dividido pela quantidade total de itens do instrumento, ou seja, foi obtida a média entre os componentes dos atributos e do grau de afiliação do usuário com o serviço. Para atribuir pontuação ao grau de afiliação foi elaborado um algoritmo, conforme Quadro 2.

QUADRO 2 Algoritmo para atribuição de pontuação do Grau de Afiliação

Pontuação grau de afiliação	Condição das respostas aos três itens do grau de afiliação
1	Se todas as respostas são iguais a NÃO
2	Se uma, duas ou três respostas são iguais a SIM e relativas a diferentes serviços de saúde/médicos.
3	Se duas respostas são iguais a SIM e relativas ao mesmo serviço de saúde/médico.
4	Se todas as respostas são iguais a SIM e todas relativas ao mesmo serviço de saúde/médico

Os valores dos escores foram padronizados para uma escala variando de 0 a 10, conforme Quadro 3. Definiu-se avaliação elevada da APS o escore geral $\geq 6,6$ e baixo escore de APS, o escore geral $< 6,6$ (BRASIL, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.* 2013). Desta forma, os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore, apresentam minimamente as características de serviços reconhecidos como orientados aos atributos da APS, uma vez que correspondem a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento (BRASIL, 2020; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019; HARZHEIM *et al.*, 2006; HARZHEIM *et al.*, 2013).

QUADRO 3 Transformação do escore geral para escala com valores de 0 a 10

$$\frac{\text{escore obtido} - 1}{4 - 1} \times 10$$

Onde, “escore obtido” corresponde ao escore originalmente em escala de 1 a 4 que se deseja transformar para valores de 0 a 10.

É condição para o cálculo do escore de cada pessoa entrevistada o mínimo de 50% de respostas válidas (4, para “com certeza sim”; 3 para “provavelmente sim”; 2 para “provavelmente não”; ou 1 para “com certeza não”). Se a condição é satisfeita, as respostas de código 9 (“não sei/ não lembro”) devem ser transformadas para o código 2 (“provavelmente não”), conforme orientações no manual do instrumento (BRASIL, 2020). O escore geral médio do *PCATool*, o escore elevado $\geq 6,6$ e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados para cada uma das 27 unidades da Federação (UF).

4.5 Variáveis explicativas

As covariáveis estudadas foram extraídas dos módulos C (características gerais dos moradores), Q (doenças crônicas), J (utilização dos serviços de saúde e autopercepção do estado de saúde) e P (estilos de vida) conforme descrito a seguir (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021):

4.5.1 Sociodemográficas:

Sexo (masculino; feminino), faixa etária (anos: 18-29; 30-39; 40-59; 60 ou mais), escolaridade (anos de estudo: 0 a 8; 9 a 11; 12 ou mais), raça/cor (branca; preta; parda), região de moradia (Brasil, grandes regiões e UF), renda *per capita* [(até um salário-mínimo (SM), um a três SM, três a cinco SM, cinco ou mais SM)].

Para uma segunda análise da variável desfecho (avaliação da APS) a faixa etária e a escolaridade foram avaliadas com diferentes cortes: faixa etária (anos: 18-24, 25-39, 40-59, 60 ou mais) e escolaridade (grau: sem instrução e fundamental incompleto, fundamental completo e médio incompleto, médio completo e superior incompleto e superior completo).

Vale esclarecer que a opção de não incluir na análise amarelos e indígenas, deve-se a orientação do IBGE pelo pequeno número de respostas nestas populações e elevado coeficiente de variação, o que também tem sido adotado em outras análises da PNS (STOPA *et al.*, 2020).

4.5.2 Presença de morbidade ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e medidas antropométricas:

Índice de Massa Corporal (IMC) [eutrófico (IMC $\geq 18,5$ e $< 25\text{kg/m}^2$), sobrepeso (IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$) e obesidade (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$)]; hipertensão arterial; diabetes; doença cardíaca; distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT); doença do pulmão e câncer;

A presença de morbidade e DCNT nos entrevistados foi considerada a partir de dados autorreferidos, entretanto considerou-se apenas quem referiu ter recebido, em algum momento, diagnóstico de DCNT por um médico. Para o cálculo do IMC, a informação captada foi o peso e altura referidos da pessoa.

4.5.3 Estado de saúde:

c1) *Autoavaliação da saúde:* (J1a) “Considerando saúde como estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como é o estado de saúde de ___?” (muito bom, bom e regular e, muito ruim e ruim);

c2) *Limitação das atividades por motivo de saúde:* (J2) “Nas duas últimas semanas, ___ deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?” (não e sim).

4.5.4 Utilização dos serviços de saúde:

a) *Utilização do mesmo serviço de saúde* (J9) “costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? (não e sim);

b) *Tipo de serviço utilizado* (J10a) Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde _____ costuma procurar: [(Unidade Básica de Saúde e outros serviços (que inclui farmácia, policlínica, centro de especialidades, Unidade de Pronto Atendimento, ambulatório de hospitais público e privado, consultório ou clínica privada, atendimento domiciliar e outros)];

c) *Procura por atendimento* (J14) Nas duas últimas semanas, ___ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? (não e sim);

d) *Internação nos últimos doze meses* (J37) Nos últimos doze meses, ___ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais? (não e sim).

4.5.5 Estilo de vida:

a) *uso do tabaco (independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar):* (P50) Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco? E (P52) E no passado, o(a) Sr(a) fumou algum produto do tabaco? (fumante, não fumante ou ex-fumante).

b) *consumo de cinco ou mais grupos de alimentos saudáveis (alimentos in natura ou minimamente processados) no dia anterior à entrevista:* (P6) Ontem, o(a) Sr(a) comeu: _____ Arroz, macarrão; batata comum, mandioca; Feijão, ervilha, carnes; ovo; verduras; abóbora, cenoura; Tomate, pepino; mamão, manga; Laranja, banana; leite; amendoim, castanhas. (não e sim);

c) *consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista:* (P6b) Ontem, o(a) Sr(a) tomou ou comeu: _____ refrigerante; suco de fruta em caixinha; bebida achocolatada; salgadinho de pacote ou biscoito salgado; biscoito doce ou recheado; sorvete, chocolate, gelatina; salsinha, linguiça; pão de forma, de cachorro-quente; margarina, maionese; macarrão instantâneo, sopa de pacote. (não e sim);

d) *consumo regular de frutas, legumes e verduras (FLV) [(ingestão de hortaliças ou frutas, inclusive suco, pelo menos 25 vezes por semana – (5 ou mais porções de FLV em 5 ou mais dias na semana)]:* (P9a) Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (sem contar batata, mandioca, cará ou inhame) como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? E (P10a) Em geral, o(a) Sr(a) costuma comer esse tipo de verdura ou legume: (Uma vez por dia, Duas vezes por dia ou Três vezes ou mais por dia) E (P16a) Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de fruta natural. E (P18) Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas? E (P19) Em geral, quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come frutas? (sim e não).

e) *consumo regular de doces (bolos, chocolates, gelatinas, balas entre outros) em cinco dias ou mais da semana* (P25a). Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer alimentos doces como biscoito/bolacha recheado, chocolate, gelatina, balas e outros? [sim (5 ou mais) e não (menor que 5)].

f) *uso abusivo de álcool (sendo considerado aquele entrevistado que relatou consumir cinco ou mais doses em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias)* (P32a) Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) chegou a consumir cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em

uma única ocasião? (uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (não e sim);

g) *consumo de sal elevado (de acordo com a percepção do entrevistado quanto a ingestão do próprio consumo de sal, se alto ou muito alto (P26a)* Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é: muito alto, alto? (não, sim)

h) *atividade física no domicílio (no âmbito das atividades domésticas como faxina pesada ou atividades que requerem esforço físico intenso por no mínimo 150 minutos semanais): (P44)* Nas suas atividades domésticas, o(a) Sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso? (não considerar atividade doméstica remunerada) (não, sim)

4.6 Análise estatística

Inicialmente, foram descritos os escores de avaliação da APS e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor), sendo as diferenças avaliadas pela não sobreposição dos IC 95%. Para verificar a associação avaliação elevada da APS (score geral APS $\geq 6,6$) e as variáveis explicativas foram calculados modelos por meio de regressão de Poisson com variância robusta, para estimar as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por sexo e idade e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Por se tratar de dados coletados com plano complexo de amostragem, todas as análises foram realizadas utilizando o módulo *Survey* disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares (STATA)* versão 14, mediante os pesos de ponderação da PNS.

Justifica-se a utilização desse programa de análise estatística pois ele possui um algoritmo capaz de considerar os efeitos da estratificação e da conglomeração na estimação dos indicadores e suas medidas de precisão. Dessa forma, no momento da análise, considerou-se as três variáveis para que os dados pudessem ser representativos da população da qual se pretendeu obter estimativas. São elas: UPA, estrato e peso (STOPA *et al.*, 2020).

4.7 Aspectos éticos

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 3.529.376. A participação do adulto na pesquisa foi voluntária e a confidencialidade das informações garantida.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em dois artigos científicos e em outras análises:

O Artigo 1 foi publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia (RBE), em 02 de setembro de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>

O Artigo 2 foi submetido para a Revista Saúde em Debate, em 04 de junho de 2023.

5.1 Artigo 1

Associação entre avaliação positiva da Atenção Primária à Saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil

Association between positive assessment of Primary Health Care, sociodemographic characteristics and comorbidities in Brazil

Fernanda Cunha de Carvalho¹

fernandacarvalho0312@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5284-0373>

Regina Tomie Ivata Bernal²

reginabernal@terra.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>

Rosangela Durso Perillo³

rosangeladurso.perillo@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4791-2317>

Deborah Carvalho Malta^{1,4}

dcmalta@uol.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever a avaliação positiva da atenção primária à saúde (APS) no Brasil na ótica dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas e comorbidades.

Métodos: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, com amostra de 9.562 adultos que responderam ao primary care assessment tool (PCATool). Foi testada a associação entre avaliação positiva da APS (score geral $\geq 6,6$) e características individuais, sendo utilizadas as razões de prevalência (RP) calculadas por meio de regressão de Poisson. Resultados: Menos de 40% dos brasileiros avaliaram a APS com score alto. No que se refere à associação das variáveis sociodemográficas com a avaliação elevada da APS, ajustada por sexo e idade, encontrou-se que a melhor avaliação da APS ocorreu entre mulheres [RPaj 1,10 (intervalo de confiança de 95% — IC95% 1,00–1,21)]; idosos (60 anos ou mais) [RPaj 1,27 (IC95% 1,09–1,48)]; pessoas com renda per capita de um a três salários mínimos (SM) [RPaj 1,14 (IC95% 1,03–1,27)] e ≥ 5 SM [RPaj 1,75 (IC95% 1,39–2,21)] quando comparadas com renda até um SM; e moradores das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste em relação à Região Norte. Considerando as variáveis de comorbidades, avaliaram bem a APS indivíduos com hipertensão [RPaj 1,29 (IC95% 1,17–1,43)]; diabetes [RPaj 1,21 (IC95% 1,08–1,36)]; doença cardíaca

[RPaj 1,23 (IC95% 1,07–1,41)]; distúrbio osteomuscular [RPaj 1,36 (IC95% 1,10–1,69)]; doença do pulmão [RPaj 1,48 (IC95% 1,13–1,95)] e obesidade [RPaj 1,15 (IC95% 1,03–1,28)] em comparação com pessoas eutróficas. Conclusão: Usuários que avaliaram bem a APS são mulheres, idosos, com prevalências elevadas de doenças crônicas não transmissíveis. A avaliação positiva da APS, em geral, resulta da maior utilização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Inquéritos epidemiológicos. Doenças não transmissíveis

ABSTRACT:

Objective: To describe positive evaluations of Primary Health Care (PHC) in Brazil from the perspective of users and their association with sociodemographic characteristics and comorbidities. Methods: Analysis of the 2019 National Health Survey, in which 9,562 adults responded to the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The association between positive PHC assessment (overall score ≥ 6.6) and individual characteristics was tested using Prevalence Ratios (PR) calculated by Poisson Regression. Results: Less than 40% of Brazilians rated PHC with a high score. Regarding the association of sociodemographic variables with high PHC assessment, adjusted for sex and age, the best PHC assessments were made by women [PRaj 1.10 (95%CI 1.00–1.21)]; elderly (60 years and over) [PRaj 1.27 (95%CI 1.09–1.48)]; people with a per capita income of 1 to 3 minimum wages (MW) PRaj 1.14 (95%CI 1.03–1.27) and ≥ 5 MW PRaj 1.75 (95%CI 1.39–2.21) when comparing with income up to 1 MW; residents of the South, Southeast and Midwest regions, compared to the North Region. Considering comorbidities, individuals with hypertension PRaj 1.29 (95%CI 1.17–1.43); diabetes PRaj 1.21 (95%CI 1.08–1.36); heart disease PRaj 1.23 (95%CI 1.07–1.41); musculoskeletal disorders

PRaj 1.36 (95%CI 1.10–1.69); lung disease PRaj 1.48 (95%CI 1.13–1.95) and obesity PRaj 1.15 (95%CI 1.03–1.28) rated PHC better when compared to normal weight people.

Conclusion: Users who evaluate PHC well are usually women, elderly, with high prevalence of chronic non-communicable diseases. A positive evaluation of PHC, in general, results from greater use of health services.

Keywords: Primary health care. Evaluation, health services. Health surveys. Noncommunicable diseases

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), composta de equipes multiprofissionais, é responsável por territórios específicos com populações definidas e atua como o primeiro contato com o sistema de saúde^{1,2}. Essas equipes deveriam estar vocacionadas para resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população^{1,2} e estabelecer um papel estratégico na rede de atenção à saúde (RAS), funcionando como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade¹. Apesar do consenso sobre o fato de a APS ser uma política pública prioritária e do extenso número de evidências que demonstram que sistemas nacionais baseados na APS são mais efetivos e equânimes, a pesquisa na área ainda se caracteriza pela baixa produção científica em comparação com áreas correlatas. Dos estudos existentes, percebe-se aumento no número de pesquisas em APS no Brasil a partir de 2005, o que pode estar associado à expansão da cobertura populacional nesse período em diante. Contudo, ao analisar os objetos da investigação da APS brasileira, identifica-se a forte presença de pesquisas com abrangência limitada a investigações locais, de baixo custo, ao lado do pequeno número de sujeitos³. No Brasil, a APS

teve importante expansão na cobertura populacional entre os anos 2000 e 2020, passando de 42% em 2007 para 76% em 2020⁴. A expansão da APS, entretanto, nem sempre foi acompanhada pela melhoria da sua qualidade. Qualidade é alcançar mais, com melhores resultados de saúde⁵. Há evidências de uma APS forte e efetiva quando associada à maior satisfação dos usuários com o sistema². Por conseguinte, torna-se imprescindível avaliar a qualidade e a amplitude dos serviços ofertados, a fim de subsidiar informações para a sociedade e gestores para a tomada de decisão na busca de melhoria da saúde da população com equidade^{6,7}.

O instrumento primary care assessment tool (PCATool), criado por Starfield et al.⁸, foi baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁹ calcado na tríade estrutura, processos e resultados. Ele permite mensurar a qualidade da APS, na visão dos usuários, avaliando estrutura e processo dos serviços⁸ por meio dos atributos essenciais (acesso ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção) e derivados (competência cultural, orientação familiar e comunitária) da APS^{8,10,11}. Há o entendimento de que, quando o serviço de saúde está orientado para o alcance desses atributos, ele é capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita¹². O PCATool tem sido um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade da APS¹³, entretanto, nunca havia sido aplicado em escala nacional. Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde, maior inquérito nacional de saúde, inovou ao inserir o módulo PCATool, permitindo explorar em escala nacional, na perspectiva do usuário, a avaliação da APS, bem como características associadas a essa avaliação¹⁴. O estudo atual, pela primeira vez, busca descrever a avaliação positiva da APS no Brasil na ótica dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas e comorbidades.

MÉTODOS

DELINEAMENTO

O presente estudo transversal analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, inquérito de saúde de base domiciliar. A PNS 2019 foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020 e incluiu no módulo APS (módulo H)^{14,15} a versão adaptada e reduzida do instrumento de avaliação da APS PCATool-Brasil^{14,16,17}.

AMOSTRA

O módulo PCATool foi aplicado em 9.562 indivíduos com 18 anos ou mais, e responderam apenas os indivíduos que nos últimos seis meses antes da data da entrevista domiciliar se consultaram pelo menos duas vezes com o mesmo médico ao utilizar os serviços da APS¹⁴. A PNS ao fazer esse filtro pressupõe que os indivíduos tinham familiaridade com o serviço de saúde prestado¹⁴.

DESFECHO: DESCRIÇÃO E CÁLCULO DO PCATOOL

O questionário aplicado na entrevista foi composto de 26 perguntas, distribuídas em dez componentes, para avaliar os atributos da APS¹⁴. Foram alteradas as perguntas do instrumento PCATool original, substituindo os termos profissional ou médico/enfermeiro por médico.

O instrumento usou respostas tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1-4 para cada atributo (1=com certeza, não; a 4=com certeza, sim). Com base na média das respostas dos itens que constituem o atributo, é possível obter-se o escore geral da APS^{10,11,14,16}. Como desfecho, foi calculado inicialmente o escore geral obtido pela média entre os componentes dos atributos

essenciais e derivados e o grau de afiliação do usuário com o serviço. Os valores dos escores foram padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore, com forte orientação para os atributos da APS, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento^{10,11,14,16}. O escore geral médio do PCATool, o escore elevado $\geq 6,6$ e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados para cada uma das 27 unidades da Federação (UF).

VARIÁVEIS EXPLICATIVAS

Este estudo seguiu o modelo teórico de Perillo et al.¹⁸, que considera que os usuários com escore geral $\geq 6,6$ usam mais os serviços, por terem mais comorbidades e, conseqüentemente, avaliação positiva da qualidade da assistência prestada. Levando-se em conta a vocação da APS em assistir e acompanhar indivíduos com doenças crônicas, buscou-se verificar as associações entre a avaliação positiva da APS e as variáveis sociodemográficas e morbididades¹⁸.

Covariáveis estudadas

- Sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), faixa etária (anos: 18–29, 30–39, 40–59, 60 ou mais), escolaridade (anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11, 12 ou mais), raça/cor (branca, preta, parda), região de moradia (Brasil, grandes regiões e UF), renda per capita [até um salário mínimo (SM), de um a três SM, três a cinco SM, cinco ou mais SM];
- Presença de morbidade ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e medidas antropométricas: índice de massa corporal (IMC) [eutrófico (IMC $\geq 18,5$ e < 25 kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)]; hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), doença do pulmão e câncer.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram calculados modelos por meio de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por sexo e idade e os respectivos IC95%. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o módulo Survey disponível no Data Analysis and Statistical Softwares (STATA), versão 14, mediante os pesos de ponderação da PNS.

ASPECTOS ÉTICOS

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 3.529.376. A participação do adulto na pesquisa foi voluntária e a confidencialidade das informações garantida.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que o escore geral médio da APS no Brasil em adultos foi de 5,9 (IC95% 5,8–5,9), variando, em Roraima, de 5,2 (IC95% 4,5–5,8) a 6,6 (IC95% 6,2–6,9), no Mato Grosso. Estimou-se que 38,1% dos brasileiros que utilizaram a APS a avaliaram com escore alto, variando de 22,6% (IC95% 14,8–32,9), em Rondônia, a 53,3% (IC95% 43,5–62,8) no Mato Grosso.

Em relação às variáveis sociodemográficas (Tabela 2), verificou-se que 38,95% (IC95% 36,79–41,17) das mulheres classificaram a APS como orientada aos seus atributos, bem como 41,67% (IC95% 38,73–44,66) dos usuários idosos (60 anos ou mais). Observou-se que o aumento da faixa etária melhora a avaliação atribuída à APS.

Tratando-se do nível de escolaridade, pessoas com 0–8 anos de estudo melhor avaliaram os serviços [40,22% (IC95% 37,89–42,60)] do que as com os demais níveis educacionais (9–11 anos e 12 anos ou mais). Ao se estratificar a população por raça/cor, não se encontraram diferenças relevantes entre as populações preta, parda e branca. Viu-se que a população da Região Sul do país [45,35% (IC95% 41,47–49,28)] atribuiu melhor classificação para o serviço de APS local que as demais regiões brasileiras. Destaca-se o fato de apenas 30% (IC95% 26,16–34,26) dos entrevistados da Região Norte considerarem a APS orientada para os seus atributos. Quanto à renda dos entrevistados, 66,65% (IC95% 49,43–80,33) dos usuários com maior renda, cinco ou mais SM, classificaram bem a APS, seguidos de 42,2% (IC95% 38,58–45,90) dos usuários com renda de um a três SM.

A Tabela 3 apresenta a classificação por morbidade e por medidas antropométricas dos usuários que utilizaram os serviços de saúde e avaliaram bem a APS. Nesses resultados, encontrou-se que 42,04% (IC95% 38,72–45,43) dos usuários obesos ($IMC \geq 30$ kg/m²), 44,75% (IC95% 41,97–47,56) dos hipertensos, 46,25% (IC95% 41,50–51,07) dos diabéticos e 47,79% (IC95% 41,76–53,89) dos usuários com doenças cardíacas classificaram positivamente os serviços. Verificou-se que 52,14% (IC95% 41,10–62,98) das pessoas com DORT e 57,63% (IC95% 41,76–72,07) das com doenças no pulmão classificaram bem a APS. Esse resultado positivo para a orientação da APS aos seus atributos também foi atribuído pelos usuários com câncer [45,33% (IC95% 34,07–57,09)].

No tocante à associação das variáveis exploratórias com a avaliação elevada da APS (desfecho), ajustada por sexo e idade, encontrou-se que o sexo feminino apresentou $RPaj=1,10$ (IC95% 1,00–1,21), e os idosos $RPaj=1,27$ (IC95% 1,09–1,48), comparando-os com os adultos de 18 a 29 anos. Considerando a região de residência, os moradores da Região Sul apresentaram $RPaj=1,46$ (IC95% 1,24–1,72), os do Sudeste $RPaj=1,23$ (IC95% 1,05–1,45) e os do Centro-Oeste $RPaj=1,24$ (IC95% 1,02–1,51), todos em comparação com os moradores da Região

Norte. Quando se avalia a renda per capita, nota-se que usuários que ganham cinco ou mais SM apresentaram $RPaj=1,75$ (IC95% 1,39–2,21), e os usuários que ganham de um a três SM apresentaram $RPaj=1,14$ (IC95% 1,03–1,27) em relação aos usuários com renda até um SM. Ressalta-se que todos esses resultados foram estatisticamente significantes, contudo, não houve diferença na avaliação segundo raça/cor e escolaridade (Tabela 2).

Considerando a análise de associação estatisticamente significativa das variáveis de morbidade, ajustada por sexo e idade, com a avaliação elevada da APS, percebeu-se que pessoas obesas apresentaram $RPaj=1,15$ (IC95% 1,03–1,28) em relação aos usuários eutróficos. Tratando-se dos indivíduos que se autodeclararam com DCNT, verificaram-se $RPaj=1,29$ (IC95% 1,17–1,43) para os hipertensos, $RPaj=1,21$ (IC95% 1,08–1,36) para os diabéticos e $RPaj=1,21$ (IC95% 1,07–1,41) para as pessoas com doenças cardíacas. Os usuários com doenças de pulmão apresentaram $RPaj=1,48$ (IC95% 1,13–1,95) e os com DORT $RPaj=1,36$ (IC95% 1,10–1,69). Não foi encontrada para os usuários com câncer associação estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 1. Escore geral médio da atenção primária à saúde (0 a 10) avaliada por adultos de 18 anos ou mais e prevalência do escore elevado ($\geq 6,6$), com indicação do intervalo de confiança de 95%, Brasil, regiões e as Unidades da Federação, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

	Escore geral médio		Escore $\geq 6,6$	
	Escore geral	IC (95%)	%	IC (95%)
Brasil	5,9	{5,8-5,9}	38,1	36,3-39,9
Urbana	5,8	5,8-5,9	37,6	35,5-39,7
Rural	6,0	5,9-6,1	40,4	37,0-43,8
Norte	5,5	5,3-5,7	30,1	26,3-34,2
Rondônia	5,6	5,2-5,9	22,6	14,8-32,9
Acre	5,3	4,9-5,7	27,5	19,9-36,8
Amazonas	5,8	5,4-6,2	39,1	30,7-48,1
Roraima	5,2	4,5-5,8	27,9	20,4-36,8
Pará	5,2	4,9-5,5	24,9	19,0-31,9
Amapá	5,4	5,0-5,7	24,9	15,9-36,8
Tocantins	5,9	5,5-6,2	36,8	27,7-46,9
Nordeste	5,8	5,6-5,9	35,2	32,5-37,9
Maranhão	5,2	5,0-5,5	27,9	22,6-34,0
Piauí	6,0	5,7-6,3	40,6	33,8-47,7
Ceará	5,7	5,5-5,9	34,1	29,2-39,3
Rio Grande do Norte	6,0	5,7-6,2	38,3	31,0-46,2
Paraíba	6,0	5,7-6,3	45,4	38,1-52,9
Pernambuco	5,7	5,5-6,0	37,9	31,9-44,3
Alagoas	6,0	5,7-6,2	40,5	34,9-46,3
Sergipe	5,6	5,2-5,9	27,9	21,0-36,0
Bahia	5,7	5,5-6,0	31,5	24,8-39,1
Sudeste	5,8	5,7-6,0	38,3	34,9-41,8
Minas Gerais	6,2	5,9-6,4	41,3	35,3-47,6
Espírito Santo	5,6	5,4-5,9	31,6	26,0-37,7
Rio de Janeiro	5,6	5,3-5,9	38,3	31,6-45,6
São Paulo	5,7	5,5-6,0	37,3	32,3-42,5
Sul	6,3	6,2-6,4	45,3	41,6-49,2
Paraná	6,1	5,8-6,3	39,8	34,5-45,4

Santa Catarina	6,4	6,2-6,6	45,3	39,0-51,8
Rio Grande do Sul	6,5	6,2-6,8	50,9	43,7-58,1
Centro-Oeste	5,8	5,6-6,0	37,9	33,0-43,1
Mato Grosso do Sul	5,9	5,6-6,2	37,1	30,0-44,8
Mato Grosso	6,6	6,2-6,9	53,3	43,5-62,8
Goiás	5,3	4,9-5,7	27,4	18,9-37,9
Distrito Federal	5,7	5,2-6,1	38,1	29,4-47,8

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Prevalência de adultos com 18 anos ou mais que usaram os serviços de saúde e avaliaram a atenção primária à saúde com escore elevado ($\geq 6,6$), razão de prevalência bruta e ajustada por sexo e idade, segundo variáveis sociodemográficas, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência (IC95%)				p-valor
	%(*)	IC (95%)	Bruta		Ajustada (**)		
Total	38,07	(36,23-39,94)					
Sexo							
Masculino	36,02	(33,15-39,00)	1		1		
Feminino	38,95	(36,79-41,17)	1,08	(0,98-1,19)	1,10	(1,00-1,21)	0,0460
Idade							
18-29	33,20	(28,86-37,84)	1		1		
30-39	34,63	(30,50-39,00)	1,04	(0,87-1,25)	1,04	(0,87-1,25)	0,6700
40-49	38,65	(35,73-41,65)	1,16	(1,00-1,36)	1,17	(1,00-1,36)	0,0520
60+	41,67	(38,73-44,66)	1,26	(1,08-1,46)	1,27	(1,09-1,48)	0,0020
Escolaridade							
0 – 8	40,22	(37,89-42,60)	1		1		
9-11	34,94	(31,94-38,06)	0,87	(0,78-0,96)	0,92	(0,83-1,02)	0,1200
12+	34,53	(29,08-40,41)	0,86	(0,72-1,02)	0,91	(0,76-1,08)	0,2810
Raça/Cor							
Branca	36,87	(34,00-39,83)	1		1		
Preta	39,40	(34,16-44,90)	1,07	(0,91-1,25)	1,09	(0,93-1,27)	0,2930
Parda	38,55	(36,02-41,15)	1,05	(0,94-1,16)	1,07	(0,96-1,18)	0,2040
Região							
Norte	30,05	(26,16-34,26)	1		1		
Nordeste	35,17	(32,32-38,12)	1,17	(1,00-1,37)	1,15	(0,98-1,35)	0,0860
Sudeste	38,29	(34,86-41,83)	1,27	(1,08-1,50)	1,23	(1,05-1,45)	0,0130
Sul	45,35	(41,47-49,28)	1,51	(1,29-1,77)	1,46	(1,24-1,72)	0,0000
Centro-Oeste	37,94	(32,85-43,32)	1,26	(1,04-1,53)	1,24	(1,02-1,51)	0,0300
Renda (***)							
até 1 SM	36,01	(33,92-38,16)	1		1		
1 a 3 SM	42,20	(38,58-45,90)	1,17	(1,06-1,30)	1,14	(1,03-1,27)	0,0150
3 a 5 SM	32,08	(23,38-42,24)	0,89	(0,66-1,20)	0,88	(0,65-1,19)	0,3960
5 ou mais SM	66,65	(49,43-80,33)	1,85	(1,45-2,37)	1,75	(1,39-2,21)	0,0000

*Frequência ponderada para a população; **RP ajustada por sexo e idade; *** missing; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo.

Tabela 3. Prevalência de adultos com 18 anos ou mais que usaram os serviços de saúde e avaliaram a atenção primária à saúde com escore elevado ($\geq 6,6$), razão de prevalência bruta e ajustada por sexo e idade, segundo presença de morbidade, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência (IC95%)		p-valor
	%(*)	IC (95%)	Bruta	Ajustada (**)	
Total	38,07	(36,23-39,94)			
IMC					
Eutrófico	35,66	(32,91-38,50)	1	1	
Sobrepeso	37,47	(34,48-40,57)	1,05 (0,94-1,17)	1,03 (0,92-1,15)	0,612
Obesidade	42,04	(38,72-45,43)	1,18 (1,06-1,31)	1,15 (1,03-1,28)	0,010
Hipertensão					
Não	33,73	(31,52-36,01)	1	1	
Sim	44,75	(41,97-47,56)	1,33 (1,22-1,45)	1,29 (1,17-1,43)	0,000
Diabetes					
Não	36,51	(34,58-38,47)	1	1	
Sim	46,25	(41,50-51,07)	1,27 (1,13-1,42)	1,21 (1,08-1,36)	0,001
Doença cardíaca					
Não	37,23	(35,34-39,16)	1	1	
Sim	47,79	(41,76-53,89)	1,28 (1,12-1,47)	1,23 (1,07-1,41)	0,004
DORT					
Não	37,56	(35,73-39,43)	1	1	
Sim	52,14	(41,10-62,98)	1,39 (1,12-1,73)	1,36 (1,10-1,69)	0,004
Pulmão					
Não	37,65	(35,83-39,51)	1	1	
Sim	57,63	(41,76-72,07)	1,53 (1,16-2,02)	1,48 (1,13-1,95)	0,005
Câncer					
Não	37,87	(36,00-39,79)	1	1	
Sim	45,33	(34,07-57,09)	1,20 (0,92-1,56)	1,12 (0,86-1,47)	0,389

*Frequência ponderada para a população; **RP ajustada por sexo e idade; IC95%: intervalo de confiança de 95%; IMC: índice de massa corporal; DORT: distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, a APS foi mais bem avaliada por mulheres, pelos usuários idosos (com 60 anos ou mais), de renda de um a três SM e >5 SM, moradores das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e usuários com hipertensão, diabetes, doença cardíaca, DORT, doença do pulmão e obesidade. Em relação ao escore geral da APS, 38,1% dos brasileiros que utilizaram o serviço nos últimos seis meses avaliaram a APS com escore elevado e atribuíram escore geral médio de 5,9 (IC95% 5,8–5,9). Esse baixo resultado de avaliação da APS brasileira também foi observado em outras pesquisas que utilizaram o PCATool e obtiveram um escore ainda menor que a média nacional, como aparece no estudo realizado em Porto Alegre (RS) em 2007, que atribuiu escore geral médio de 5,5 para as unidades básicas de saúde (UBS) com saúde da família¹⁹. Nesse mesmo município, em 2012, a população idosa atribuiu o escore de 5,7 a essas UBS²⁰. Em 2014, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), a avaliação da APS atingiu o escore de 5,7²¹, e em 2015, em Teresina (PI), a população masculina atribuiu escore médio de 5,5 à APS local²². Esses resultados apontam que há necessidade de trabalhar a qualificação da APS no Brasil, pois, conforme Donabedian⁹, os melhores resultados em saúde são consequência do investimento em estrutura e melhoria no processo de trabalho em saúde.

Travassos e Martins²³ apontam que acesso e utilização dos serviços de saúde são mediados por aspectos socioeconômicos e demográficos, recursos disponíveis, oferta de serviços de saúde, presença de morbidades, entre outros. Por conseguinte, maior presença de doenças demanda maior procura de serviços, o que resulta em maior avaliação da APS. Estudo de Silva et al.²² afirma que a frequência da procura por atendimento se mostrou associada com os escores da APS, pois, quanto maior a regularidade de busca pela UBS, maior o percentual de alto escore atribuído pelos entrevistados. Esse resultado também foi encontrado em outro estudo²⁴ que confirmou associação entre serviços com maiores escores da APS com maior tempo de doença (10,9 anos) e maior frequência de uso dos serviços de saúde (8,5 consultas/ ano). Destaca-se

que as DCNT aqui investigadas são de longa duração e requerem uso contínuo da APS. Ou seja, o atributo longitudinalidade aqui investigado é essencial no cuidado. Em relação às variáveis demográficas, mulheres e idosos avaliaram mais positivamente a APS e são os que mais consomem os serviços de saúde^{23,25-27}. As mulheres procuraram mais os serviços, pois, em geral, têm maior percepção de sinais e sintomas de doenças e às práticas de promoção/prevenção, além das demandas da menarca, pré-natal e menopausa^{25,26}. Considerando a análise de que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, esse fato deve estar associado à multimorbidade, à maior percepção da gravidade da doença e aos riscos à saúde^{26,27}. Em geral, o uso e o acesso desse segmento etário aos serviços de saúde são relativamente altos²⁶. O estudo realizado na capital mineira em 2015 encontrou que os idosos reportaram alto escore para a qualidade da APS quando comparados com os demais adultos¹⁸, da mesma forma que o estudo²⁰ realizado em Porto Alegre em 2012 revelou que os idosos apontaram maiores escores para a APS que adultos maiores de 18 anos. Esse último estudo ainda demonstrou que os serviços com alto escore de APS estão relacionados com a maior presença de práticas preventivas baseadas em evidências recomendadas à população idosa²⁰.

Tratando-se do nível educacional, neste estudo, não foi encontrada associação, contudo para a renda per capita se constatou que as famílias com renda per capita entre um e três SM avaliaram melhor a APS, resultado discordante do estudo²¹ realizado na cidade do Rio de Janeiro com 3.530 indivíduos, em 2014, em que não foi encontrada diferença na avaliação dos adultos entre as classes sociais para a avaliação da APS, contudo entende-se que populações de baixa renda possuem maior vulnerabilidade, acessam mais os serviços públicos de saúde e tendem a ter mais comorbidades e piores indicadores de saúde como, por exemplo, o acometimento de forma mais intensa das DCNT²⁸⁻³⁰. Paralelamente, o estudo aponta que a renda elevada, ≥ 5 SM, também esteve associada à boa avaliação da APS. Indivíduos com maior renda tendem a ter maior utilização de serviços²⁶ e, portanto, podem apresentar boa avaliação deles. No que se

refere às regiões brasileiras, os indivíduos que mais bem avaliaram a APS foram os residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, as mais ricas do país e em UF situadas em estratos de índice de desenvolvimento humano (IDH) mais elevados³¹. Região geopolítica e IDH sintetizam as marcantes diferenças nas condições de infraestrutura urbana e social e na maior cobertura de serviços educacionais e de saúde, características contextuais que também estiveram associadas à maior satisfação de usuários³². Além disso, o padrão de referência em qualidade ainda é encontrado em número reduzido de UBS e está fortemente concentrado nas regiões Sul e Sudeste³³ e, por isso, elas são mais bem avaliadas. Esse fato, além de manter as desigualdades regionais e sociais, impõe a necessidade de novos investimentos para que se alcance equidade na assistência à saúde. O estudo atual identificou que a avaliação elevada da APS mostrou associação com a obesidade e diversas DCNT. De acordo com Oliveira¹⁹, a presença de comorbidade eleva em 46% a prevalência de forte orientação à APS, ou seja, as doenças crônicas são mais prevalentes na população atendida em serviços classificados com alto escore. Os resultados da associação entre usuários com DCNT e avaliação elevada da APS provavelmente ocorrem pelo fato de a população portadora de DCNT utilizar mais serviços de saúde e terem experiências mais positivas de cuidado com as equipes da APS^{26,34}. Há estudos que apontam que as características de qualidade do cuidado em indivíduos com comorbidades são significativamente maiores em serviços com alto escore geral da APS quando comparados a serviços de baixo escore geral da APS^{24,35}. Pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços se comparadas com os adultos sem DCNT³⁴. Na PNS 2019 ainda se verificou que em todos os estratos socioeconômicos e demográficos a presença de DCNT aumenta a prevalência de consultas²⁶. Em síntese, os adultos que declararam ter alguma morbidade tendiam a atribuir um escore geral mais elevado quando comparados ao conjunto sem a respectiva morbidade. O estudo que avaliou a APS da capital mineira em 2015 também encontrou que os usuários hipertensos, diabéticos e obesos melhor avaliaram a APS¹⁸. A APS tem papel fundamental na

vigilância das DCNT e no monitoramento dos fatores de risco, uma vez que desenvolve atividades de prevenção desses agravos, promoção da saúde, além da redução de danos a um custo relativamente baixo por detecção e tratamento a tempo^{29,36}. É sabido que esses usuários necessitam de um monitoramento contínuo e fornecimento de insumos. Para isso, a APS precisa garantir os princípios da integralidade e coordenação do cuidado^{18,37,38}. Tendo em vista que os usuários com DCNT têm o seu cuidado preconizado pelo Ministério da Saúde como uma das ações programáticas da APS³⁶ e a PNS 2019 realizou a entrevista com usuários que utilizaram os serviços nos últimos seis meses, seria plausível supor que a satisfação dessas pessoas fosse maior do que a de usuários de demanda espontânea.

Este estudo aponta que menos de 40% da população brasileira avalia bem a APS. Nesse contexto, há que se direcionar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde e gestores para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população, por meio da expansão de abordagens e dispositivos de educação a distância, que beneficiarão a qualidade dos cuidados clínicos e das ações coletivas⁵. Outro aspecto a ser considerado é o desafio relacionado com a melhoria da estrutura dos serviços e a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional, a fim de aumentar a efetividade da APS⁵. Entre as limitações deste estudo, observa-se a modificação das perguntas do questionário do PCATool-Brasil adulto versão reduzida¹⁶ substituindo-se o termo profissionais da APS para o termo médico. Dessa maneira, o escore geral apresentado está diretamente conectado à figura do médico na APS, diferentemente do que foi validado no país^{11,13,17}. Essa perspectiva abordada pela PNS 2019 aparece arraigada às antigas práticas biologicistas e médico-centradas, fato que está na direção contrária aos pressupostos da APS, que orienta a formação de uma equipe multiprofissional que distribui tarefas segundo as características de cada categoria profissional com o intuito de construir um cuidado multidisciplinar, ampliado por diversos saberes^{1,5,39,40}. Outro aspecto a considerar-se é que a avaliação proposta pelo

instrumento contempla apenas aqueles que utilizaram um serviço de saúde e tiveram atendimento por consulta médica¹² não entrevistando indivíduos que não conseguiram acesso ao serviço. De acordo com o manual do PCATool-Brasil¹⁶, a versão reduzida desse instrumento permite apenas o cálculo do escore geral; não é possível obter os escores específicos de cada um dos atributos essenciais e derivados^{12,15,16,37}. Outra limitação deste estudo refere-se ao tamanho amostral, que permitiu análises apenas para as UF^{14,15,39}, podendo, no máximo, ser expandidas para as suas capitais¹⁴ por causa do filtro utilizado para os respondentes. Dessa maneira, surge uma lacuna de um sistema nacional de avaliação da APS por município com a extinção do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ao se implantar o programa de financiamento Previne Brasil⁴¹. Essa extinção provocou um grande empobrecimento de informações em âmbito municipal, a respeito da qualidade da APS, para a tomada de decisão. Aponta-se que a PNS 2019 teria caráter complementar ao PMAQ-AB, e não substitutivo.

Desde 2017, em função de políticas de austeridade implantadas⁴², como a Emenda Constitucional no 95, tem-se observado o aumento da desigualdade e da vulnerabilidade da população, tornando-se essencial monitorar a qualidade da assistência à saúde em inquéritos populacionais⁴³. Em conclusão, o estudo ressalta a importância de inserir na PNS um módulo que permite avaliar a qualidade da APS. O estudo identificou que os usuários que melhor avaliam a APS são os que mais utilizam os serviços, como as mulheres e os idosos, as pessoas de baixa renda e que têm mais morbidades, como DCNT, hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doença de pulmão, DORT, obesidade.

AGRADECIMENTOS A Filipe Malta dos Santos e Crizian Saar Gomes, o apoio e as discussões sobre o plano de análise.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p. 2002.
3. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Nunes CA. A Pesquisa em Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, and Giovanella L., (Org.). Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. ISBN: 978-85-7541-629-7. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). e-GESTOR AB – Informação e Gestão da Atenção Básica. [Internet]. 2021. [acessado em 14 out. 2021]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
5. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio, AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde Debate 2018; 42(1): 208-223. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
6. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar OS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento *PCATool*: uma revisão

- sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1881-1893. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
7. Silva, GS; Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>
 8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 2005; 83(3): 457–502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
 9. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* 2005; 83(4): 691-729. Reprinted from Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly* 1966; 166-203. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00397.x>
 10. Harzheim E; Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Steins AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de avaliação da Atenção Primária (*PCATool*-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8):1649-1659. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000800013>
 11. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *PCATool*-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 274-84. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)
 12. Harzheim E, Gonçalves MR, D' avila P, Hauser L, Pinto, LF. Estudos de *PCATool* no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, and Giovanella L., (Org.). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. ISBN: 978-85-7541-629-7. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.

13. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(12): 4851-60. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101758.pdf>
15. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29(5): e2020315. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *PCATool* Brasil/2020: manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/12052020_Pcatool.pdf
17. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. *PCATool-ADULTO-BRASIL*: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 256-63. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)
18. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021; 26(3):961-974. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>
19. Oliveira MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária entre os Serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada, 2007. Dissertação de

- Mestrado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>
20. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8 (29): 264-273, 2013. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140034>
21. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 21: 5, p. 1399-1408, 2016.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/mFDxZL4mPjCFXMhnzRpFsHH/?format=pdf&lang=pt>
22. Silva NA, Silva SA, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 71:2, p.236-243, Apr. 2018.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/LBCyCDC8Xyb8VTRQfQCgpZN/?format=pdf&lang=pt>
23. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Suppl 2): S190-S198.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
24. Gonçalves MR, Harzheim E, Amaral A, Duncan BB. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Rev Bras Med Fam Comunitad*, 8:29, 235-243, 2013.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)814](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)814)
25. Perillo RD, Poças KC, Machado IE, Bernal RTI, Duarte Eca, Malta, DC. Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte,

- Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. REME-Rev Min Enferm 2020; 24:e-1300.
DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200030>
26. Malta DC, Gomes CS, Prates EJS, Santos FP, Almeida WS, Stopa SR, et al. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. Rev. bras. epidemiol. 2021; 24 (suppl 2). <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002.supl.2>
27. Melo LA, Lima KC. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. Ciênc. saúde coletiva 2020; 25 (10). <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>
28. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, Cardoso LSM, Lima MG, Barros MBA. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rev. bras. epidemiol. 2021; 24 (suppl 2). <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>
29. Di Cesare M, Khang Y, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. Lancet 2013; 381(9866):585-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61851-0)
30. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza, MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Rev. bras. epidemiol. 2019; 22: E190030.
31. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Fundação João Pinheiro. Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras. Brasília: PNUD - IPEA - FJP; 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/20160331_livro-idhm.pdf

32. Saez MO, Facchini LA, Tomasi E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. *APS em Revista* 2019; 1(3):206-221. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.49>
33. Giovanella L, Mendonça MHM, Medina MG, Lima JG, Fausto MCR, Seidl HM, et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, and Giovanella L., (Org.). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. ISBN: 978-85-7541-629-7. doi: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
34. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Suppl 1): 4s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
35. Trindade TG. Associação entre a Extensão dos Atributos de Atenção Primária e Qualidade do Manejo da Hipertensão Arterial em Adultos Adscritos à Rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, 2007. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12947>
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*, Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf
37. Malta DC, Reis AAC, Jaime, PC, Neto OLM, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(6):1799-1809. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>

38. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? BRASÍLIA: OPAS/OMS; 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>
39. Pinto LF; Quesada LA, D'avila OP, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021; 26(9):3965-3979. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>
40. Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS; 2010. https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
42. Paes-Sousa R, Rasella D, Carepa-Sousa J. Economic policy and public health: fiscal balance and population wellbeing. *Saúde Debate* 2018; 42(N. Esp. 3): 172-82. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S313>
43. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 15 dez

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>

Recebido em: 16/12/2021

Revisado em: 03/07/2022

Aceito em: 04/07/2022

Contribuições dos autores: Carvalho, F.C.: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Validação, Visualização. Bernal, R.T.I.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Metodologia, Validação. Perillo, R.D.: Conceituação, Metodologia, Validação. Malta, D.C.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Supervisão, Validação.

5.2 Artigo 2

Associação entre a avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde, estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil

Association between high assessment of Primary Health Care and health condition and use of health services in Brazil

Fernanda Cunha de Carvalho¹

fernandacarvalho0312@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5284-0373>

Crizian Saar Gomes¹

criziansaar@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6586-4561>

Regina Tomie Ivata Bernal²

reginabernal@terra.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>

Heider Aurelio Pinto³

heiderpinto.saude@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8346-1480>

Cimar Azeredo Pereira⁴

cimar.azeredo@ibge.gov.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6183-1607>

Deborah Carvalho Malta^{1,5}

dcmalta@uol.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal da Bahia. Salvador (BA) Brasil.

⁴Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

⁵Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG) Brasil.

Autora correspondente: Fernanda Cunha de Carvalho. Rua Java, 279, Nova Suíça, CEP 30421-228, Belo Horizonte, MG, Brasil. fernandacarvalho0312@gmail.com

Conflitos de interesse: Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses.

RESUMO O estudo descreveu as características dos indivíduos que utilizam os serviços da Atenção Primária Saúde (APS) e avaliou a associação entre a avaliação elevada dos atributos da APS, sob a ótica dos usuários, com o estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil. Trata-se de um estudo transversal que analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, com amostra de 9.562 adultos que responderam ao primary care assessment tool (*PCATool*). Foi

testada a associação entre avaliação elevada da APS (escore geral $\geq 6,6$) e estado de saúde e uso dos serviços. Verificou-se que os usuários adultos que mais utilizam a APS pública têm entre 40 e 59 anos, são mulheres, de baixa escolaridade e pardos. Os que melhor avaliaram a APS foram indivíduos que utilizaram o mesmo serviço, procuraram serviços nas últimas duas semanas e se internaram. Maior uso dos serviços aponta para melhor avaliação da APS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Inquéritos epidemiológicos. Uso de serviços de saúde

ABSTRACT The study described the characteristics of individuals who use Primary Health Care (PHC) services and evaluated the association between high assessment of PHC attributes, from the perspective of users, with health condition and use of health services in Brazil. This is a cross-sectional study that analyzed data from the 2019 National Health Survey, in which 9,562 adults responded to the primary care assessment tool (PCATool). The association between high PHC assessment (general score ≥ 6.6) and health condition and use of services was assessed. It was found that the adult users who most use public PHC are between 40 and 59 years old, women, with low education and brown. Those who best evaluated PHC were individuals who used the same service, sought services in the last 2 weeks and were hospitalized. Higher use of services points to better assessment of PHC.

Keywords: Primary health care. Evaluation, health services. Health surveys. Use of health services.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), constituída como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), se configura como um espaço de práticas de cuidado realizado por equipe multiprofissional¹. A APS tem como principais atributos o acesso do primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e foco na família e comunidade, além da competência cultural².

A capacidade de organizar o sistema de saúde baseado em serviços de Atenção Primária deve ser acompanhada da capacidade de medir o grau de orientação dos atributos à APS desse mesmo sistema de saúde³, uma vez que a presença e melhor pontuação dos seus atributos promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade,

e, conseqüentemente, provocam impacto positivo sobre o estado de saúde das populações e das pessoas².

Embora o país tenha ampliado em muito os estudos avaliativos da APS, sobretudo com a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na APS, que possibilitou estudos nacionais e locais sobre a prática^{4,5}, ainda faltam estudos nacionais utilizando instrumentos como o *Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil)*, sob a perspectiva do usuário. O *PCATool* pode contribuir na medição da implantação dos atributos da APS, realizando um diagnóstico rápido sobre a organização e o desempenho dos serviços, revelando diferenças relevantes entre avaliações realizadas por gestores, profissionais e usuários, ou entre distintos modelos de atenção. Este instrumento permite avaliar a estrutura e o processo dos serviços³ e foi baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁶.

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde, maior inquérito nacional de saúde, inovou ao inserir o módulo *PCATool*, permitindo explorar em escala nacional, na perspectiva do usuário, a avaliação da APS, bem como características associadas a essa avaliação^{7,8}.

Embora existam estudos locais de avaliação da APS^{3,9}, estudos nacionais utilizando o *PCATool* e comparando com o uso de serviços de saúde, ainda não foram publicados. Assim, o estudo atual, visa descrever as características dos indivíduos que utilizam os serviços da Atenção Primária Saúde e avaliar a associação entre avaliação elevada dos atributos da APS pelos usuários com o estado de saúde, a procura e uso dos serviços de saúde no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019, um inquérito de saúde de base populacional, representativo do Brasil e da população residente em domicílios particulares. A PNS 2019 foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020, em parceria com o Ministério da Saúde¹⁰.

Amostra

O plano amostral da PNS 2019 foi desenhado por conglomerados em três estágios de seleção. No primeiro estágio a amostra foi selecionada por setores censitários ou conjuntos de setores censitários, no segundo estágio foi selecionado um número fixo de domicílios e no terceiro estágio, em cada domicílio, o morador foi selecionado dentre aqueles com 15 anos ou mais de idade, com base na lista de moradores obtida no momento da entrevista. Em todos os estágios utilizou-se amostragem aleatória simples. A amostra foi calculada em 108.525 domicílios, no entanto, os dados foram coletados em 94.111 domicílios, com taxa de resposta de 93,6%¹¹. Para o presente estudo analisou as informações de indivíduos com 18 anos ou mais que realizaram consulta médica nos seis últimos meses na Unidade Básica de Saúde ou APS e que tinham consultado pelo menos duas vezes com o mesmo médico, conforme Figura 1. Assim, a amostra final foi de 9.562 indivíduos⁸.

Variáveis analisadas

Desfecho

A avaliação dos atributos da APS foi realizada por meio da versão adaptada e reduzida para pacientes adultos de avaliação da atenção primária à saúde: *PCATool*-Brasil (módulo H da PNS)^{8,11-13}.

O *PCATool* foi composto por 26 perguntas distribuídas em dez componentes para avaliar os atributos da APS e o grau de afiliação^{8,10}. Alguns atributos foram avaliados por dois componentes, que agrupados em itens, aferiram a estrutura e o processo dos serviços de APS. Desta forma, foram avaliados os seguintes atributos e componentes: acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistemas de informação), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária e afiliação. O grau de afiliação neste estudo visa identificar o serviço ou médico que é referência para o entrevistado. Vale destacar que foram alteradas as perguntas do instrumento *PCATool original*, substituindo os termos profissional ou médico (a)/enfermeiro (a) por médico (a)^{8,10,12}.

O instrumento usou respostas tipo *Likert*, atribuindo escores no intervalo de 1-4 para cada atributo (1= “com certeza não”, 2= “provavelmente não”, 3= “provavelmente sim” e “4= com certeza sim”) e “não sei/não lembro” (valor = 9). Para o cálculo do escore do grau de afiliação foi utilizado um algoritmo específico, também com valores de um a quatro^{8,12,14}.

Para o cálculo do escore geral de avaliação da APS foi realizada a soma de todas as respostas e obtida a média entre os componentes dos atributos e do grau de afiliação do usuário com o serviço. Os valores dos escores foram padronizados para uma escala variando de zero a 10, sendo classificado como de avaliação elevada da APS o escore geral $\geq 6,6$, ou seja, serviços com características de forte orientação para os atributos da APS^{8,12,14,15}.

A avaliação da APS foi estratificada segundo as seguintes informações sociodemográficas: sexo (masculino, feminino); faixa etária (anos: 18-24, 25-39, 40-59, 60 ou mais), escolaridade (grau: sem instrução e fundamental incompleto, fundamental completo e médio incompleto, médio completo e superior incompleto e superior completo), raça/cor (branca, preta, parda).

Variáveis explicativas

Neste estudo utilizou-se as variáveis relacionadas a utilização dos serviços de saúde e autopercepção do estado de saúde, derivados do Módulo J da PNS, conforme descrito a seguir^{10,16}:

a) estado de saúde:

a1) *Autoavaliação da saúde*: (J1a) “Considerando saúde como estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como é o estado de saúde de ___?” (muito bom, bom e regular e, muito ruim e ruim);

a2) *Limitação das atividades por motivo de saúde*: (J2) “Nas duas últimas semanas, ___ deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?” (não e sim).

b) utilização dos serviços de saúde:

b1) - *Utilização do mesmo serviço de saúde* (J9) “costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? (não e sim);

b2) *Tipo de serviço utilizado* – (J10a) - Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde _____ costuma procurar: [(Unidade Básica de Saúde e outros serviços (farmácia, policlínica, centro de especialidades, Unidade de Pronto Atendimento, ambulatório de hospitais público e privado, consultório ou clínica privada, atendimento domiciliar e outros)];

- b3) *Procura por atendimento* (J14) - Nas duas últimas semanas, ___ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? (não e sim);
- b4) *Internação nos últimos doze meses* (J37) - Nos últimos doze meses, ___ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais? (não e sim).

Análise estatística

Inicialmente, foram descritos os escores de avaliação da APS e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor), sendo as diferenças avaliadas pela não sobreposição dos IC 95%. Para verificar a associação entre a avaliação elevada da APS (score geral APS $\geq 6,6$) e estado de saúde e utilização dos serviços de saúde, foram utilizados modelos de regressão de Poisson com variância robusta, sendo calculados a razão de prevalência (RP) bruta e ajustada por sexo e faixa etária. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o módulo *Survey* disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA), versão 14, utilizando os pesos de ponderação da PNS.

Aspectos éticos

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 3.529.376. A participação do adulto na pesquisa foi voluntária e a confidencialidade das informações garantida.

RESULTADOS

Este estudo analisou a resposta de 9.562 indivíduos com 18 anos ou mais que avaliaram a APS nacional. Dos indivíduos entrevistados, 69,8% (IC95% 68,2 –71,4) eram do sexo feminino e 35,7% (IC 95% 34,0-37,5) tinham entre 40 e 49 anos e outros 31,6% (IC 95% 29,9-33,3) tinham 60 anos ou mais. Em relação ao grau de escolaridade, 51,8% (IC 95% 50,0-53,6) dos participantes da pesquisa eram sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto e 47,7% (IC 95% 45,9-49,5) dos entrevistados eram da raça/cor parda (Tabela1). Verificou-se que 38% (IC 95% 36,2-39,9) dos brasileiros classificaram a APS como orientada aos seus atributos

(escore $\geq 6,6$). A avaliação elevada no sexo feminino foi de 38,9% (IC 95% 36,7-41,1), sem diferenças com sexo masculino; a população acima de 60 anos melhor avaliou a APS [41,6% (IC95% 38,7-44,6)], comparada com 25 a 39 anos. Considerando o grau de escolaridade, pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto atribuíram um melhor escore a APS [40,6% (IC95% 38,1-43,2)] em comparação com médio completo e superior incompleto [34,2% (IC 95% 31,1-37,5)], sem diferenças entre os demais. Não ocorreram diferenças na avaliação segundo raça/cor. (Tabela 1)

Ao analisar a associação entre avaliação elevada da APS ($\geq 6,6$) e as variáveis explicativas verificou-se que os indivíduos que utilizaram o mesmo serviço de saúde ($RP_{aj} = 1,34$ (IC95% 1,14-1,56), os que procuraram atendimento em algum serviço de saúde nas duas últimas semanas antes da entrevista ($RP_{aj} = 1,17$ (IC95% 1,06-1,28) e as pessoas que internaram nos últimos 12 meses ($RP_{aj} = 1,19$ (IC95% 1,03-1,37) avaliaram melhor a APS (Tabela 2). Não ocorreu diferença na avaliação do serviço e a autoavaliação do estado de saúde, uso da Unidade Básica de Saúde (UBS), limitação de atividades habituais por motivo da própria saúde (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou dados do *PCATool* referentes a PNS 2019 de indivíduos que consultaram com um médico da APS nos últimos 6 meses antes da entrevista. Encontrou que 38% dos brasileiros classificaram a APS como orientada pelos seus atributos, sendo que os idosos e indivíduos com baixa escolaridade os que melhor avaliaram a APS. Os indivíduos que utilizam o mesmo serviço de saúde quando há necessidade de atendimento de saúde, que procuraram algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas semanas anteriores a entrevista e os que internaram por mais de 24 horas nos últimos 12 meses antes da pesquisa, foram os que melhor avaliaram a APS.

Encontrou-se neste estudo que as mulheres e indivíduos de 40 a 59 anos são os que mais utilizam os serviços de saúde em consonância com outras pesquisas^{8,17,18}, contudo, há estudos que apontam que são as mulheres e os idosos¹⁹⁻²². Discute-se que a população feminina possui maior percepção de sinais e sintomas de doenças, é mais sensível às práticas de promoção/prevenção, além de possuir demandas da menarca, pré-natal e menopausa, por isso,

procuram mais os serviços^{23,24}. Possivelmente a maior procura na população de 40-59 anos, se deva a população feminina, com demandas referentes a prevenção de saúde e menopausa²⁴.

O estudo identificou que população com escolaridade mais baixa mais utilizam a APS, com o mesmo resultado que os inquéritos telefônicos desenvolvidos em Belo Horizonte e no Distrito Federal utilizando o *PCAToll*^{17,25}. Baseados nesses resultados verifica-se a importância da APS e do SUS na redução das injustiças sociais, visto que a atenção primária amplia o acesso aos cuidados de saúde na população mais vulnerável¹⁸. Destaca-se a importância do SUS na inclusão social e na redução de iniquidades^{21,26}.

O resultado encontrado que menos de 40% dos usuários contínuos da APS a avaliaram com escore elevado, corrobora a literatura brasileira existente, em estudos de base municipal ou de região de saúde, realizados em diferentes locais e na perspectiva de diferentes atores sociais, os quais mostram que a APS, bem avaliada pela menor parte da população, ainda, não dispõe de orientação necessária aos seus atributos²⁷⁻³³. A falta de orientação dos serviços aos atributos da APS é preocupante uma vez que a presença e melhor qualidade dos mesmos promove melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários com o sistema, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, provocam impacto sobre o estado de saúde das populações e das pessoas².

Os resultados apontam a necessidade de qualificar melhor os serviços da APS no SUS^{7,18}, principalmente nos componentes processo e estrutura³⁴. A qualificação da APS no Brasil envolve questões complexas que precisam avançar e que perpassam pela formação dos profissionais, pela melhor fixação das equipes de saúde da família, pelas relações de trabalho frágeis. Há necessidade de trabalhar as diferenças nas expectativas de profissionais e usuários, o processo de trabalho das equipes e o equilíbrio entre ações curativas e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Questões relacionadas ao financiamento e à gestão dos serviços de saúde também precisam avançar³⁵. Diante dessas necessidades apontadas deve-se questionar a extinção do PMAQ-AB, ao se implantar o programa de financiamento Previne Brasil³⁶, uma vez que o PMAQ-AB funcionava como um instrumento de ampliação do acesso e qualificação da APS, por meio de uma robusta metodologia. Este instrumento avaliava e promovia estratégias para identificação de fragilidades na estrutura e no processo de trabalho das equipes, principalmente no que tangia aos atributos de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado e pagava melhores incentivos financeiros por desempenho às equipes que alcançavam avanços da qualidade assistencial prestada a população^{37,38}. Entende-se que a extinção do PMAQ-AB estagnou e até mesmo trouxe retrocessos para a qualificação da APS.

Este estudo encontrou associação entre escore elevado da APS e os indivíduos que utilizam o mesmo serviço de saúde quando há necessidade de atendimento de saúde, da mesma forma que o estudo de Oliveira³⁰, o qual ainda identificou que o tempo de vínculo do usuário com o serviço superior a dois anos, gera uma melhor classificação atribuída a APS. Outro estudo verificou que quanto maior a frequência com que o usuário é atendido na APS, mais bem avaliado é o serviço de saúde, possivelmente pela construção de vínculo com a equipe de saúde³². O aumento da capilaridade da APS no território nacional, constituiu-se como um dos fatores que fomentaram o estabelecimento de vínculo, essencial para o acompanhamento longitudinal dos indivíduos e famílias e contribuiu para o reconhecimento de que o serviço de Atenção Primária é fonte regular de cuidado em saúde⁹.

Este estudo identificou que as pessoas que mais procuram os serviços de saúde, melhor os avaliam. Os estudos de Oliveira³⁰ e de Gonçalves e colaboradores³⁹ mostraram que serviços classificados com alto escore apresentam populações com maior frequência de uso dos serviços de saúde, com o quantitativo de duas ou mais consultas por ano e 8,5 consultas por ano, respectivamente. Por sua vez, a pesquisa realizada na cidade de Teresina- PI, apontou que quanto maior a regularidade de busca pela UBS, maior o percentual de alto escore atribuído pelos usuários do sexo masculino³². Verifica-se que as necessidades em saúde, interferem no grau de avaliação atribuída a APS²⁴. A PNS 2013 confirmou que a maior motivação para o uso de serviços está associada à presença de doenças²⁰ e que o principal motivo de procura por atendimento nas duas últimas semanas, na PNS 2019, foi por doença ou tratamento de doença [48,3% (IC95% 47,2-49,3)], portanto, ter as demandas de saúde resolvidas, resulta em elevada avaliação da APS.

Outra associação encontrada nesse estudo foi entre o elevado escore da APS e os indivíduos que responderam que ficaram internados em hospital nos últimos 12 meses. Estudo destaca que a maior prevalência de internação nos últimos doze meses foi entre usuários que estudaram menos e possuem DCNT²⁰. Estes usuários, que ficaram internados em hospital, podem ser portadores de DCNT não compensada, com doenças psiquiátricas ou gestantes, ou seja, o público de acompanhamento programático da APS^{40,41}. Desta forma, estes usuários da APS que demandam internação, avaliam melhor a APS, possivelmente por terem possibilidade de acesso à rede hospitalar. Portanto, os que mais internam, também procuram e demandam com maior frequência o atendimento na APS e bem avaliam os serviços.

Nesse sentido, torna-se importante avaliar a qualidade da APS, visando estabelecer estratégias para adequar a demanda e o consumo de serviços²². Conhecer essa demanda passa pela

governança e ações e políticas públicas voltadas para a prevenção e redução dos fatores de risco, acesso aos cuidados de saúde, organização da vigilância e monitoramento, além do enfrentamento dos determinantes sociais²⁰.

Dentre os limites do estudo, destaca-se que só eram elegíveis para entrevista de avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde, aqueles que tiveram atendimento pelo menos duas vezes com o mesmo médico em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família⁸. A PNS, ao fazer este filtro, pressupõe que os indivíduos estavam aptos a responder sobre os atributos da APS com maior confiabilidade e assertividade, uma vez que tinham familiaridade com o serviço de saúde prestado⁸. Contudo, com este desenho de estudo, foram excluídas as pessoas que não possuem acesso ao serviço, e usuários menos frequentes, que acessaram o mesmo médico, menos de duas vezes, nos últimos seis meses, fato que pode alterar as avaliações. Além disto, o questionário foi alterado do *PCATool* original, focando exclusivamente na avaliação do atendimento médico. Destaca-se que os cuidados em saúde são prestados de forma multiprofissional na APS e isto não foi avaliado no atual questionário⁷. Além disto, o tamanho da amostra se reduziu de forma substancial, impedindo análise desagregada por municípios, serviços, como era possível utilizando instrumentos como o PMAQ-AB⁴.

O estudo aponta que mulheres, pardos, pessoas de 40 a 59 anos e com baixa escolaridade mais usam a APS, além de que a melhor avaliação ocorre entre os que, com maior recorrência, usam e procuram os mesmos serviços de saúde, sendo considerados clientes frequentes ou que mais internam. Assim, o uso de serviços de saúde contínuos na APS resulta em melhor avaliação da APS.

São grandes os desafios para consolidação da APS no Brasil, em especial no que tange a qualidade dos serviços. No entanto, fica claro que a APS desenvolve um importante papel na redução das iniquidades constituindo-se como a porta de entrada de populações vulneráveis usuárias do SUS. Destaca-se as inúmeras dificuldades entre 2016 e 2022 na condução da APS e do SUS no país, em função das políticas de austeridade, com redução dos recursos do governo federal, em detrimento da consolidação de políticas sociais de caráter universal, atingindo duramente as conquistas alcançadas pela população brasileira há quase trinta anos com a criação do SUS⁴². Assim, recomenda-se, ao contrário, o investimento e fortalecimento da APS, o reconhecimento dos direitos sociais de caráter universal, o incentivo a participação social e a afirmação do papel do Estado, investindo na democracia e na construção de políticas de saúde equânimes.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2018 [acesso em 2022 jun 03]. ISBN: 978-85-7541-629-7. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. / Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2021 mai 16]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>.
3. Harzheim E, Gonçalves MR, D' avila P, et al. Estudos de *PCATool* no Brasil. [acesso em 2022 jun 03] In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, and Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2018. Cap. 17, p.8.455-8.978. ISBN: 978-85-7541-629-7. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Medina, MG, et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. [acesso em 2022 jun 03] In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, and Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. ISBN: 978-85-7541-629-7. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
5. Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. In: Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, organizadores. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018 [livro eletrônico]. São Leopoldo: Oikos; 2021. p. 67-82.
6. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q*, 2005; [acesso em 2021 jun 14]; 83(4):691-729, 2005. Reprinted from Avedis Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*. 1966. 44(3):166-203. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00397.x>.

7. Carvalho FC, Bernal RTI, Perillo RD, et al. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2022 [acesso em 2022 out 18]; 25 (E220023). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2021 jun 15]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101758.pdf>.
9. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. A Pesquisa em Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, and Giovanella L, organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2018 [acesso em 2022 jun 03]; Cap. 16, p. 7.645-8.450. ISBN: 978-85-7541-629-7. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Manual Básico da Entrevista. Pesquisa Nacional de Saúde Contínua. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [acesso em 2021 out 03]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=55591&view=detalhes>
11. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, et al. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020 [acesso em 2021 ago 14]; 29(5), out. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *PCATool Brasil/2020: manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/12052020_PCATool.pdf.
13. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, et al. *PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida*. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro. 2013 [acesso em 2021 jul 05]; 8(29):256-63, out./dez. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823).
14. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *PCATool-Brasil adultos*. *Rev Bras Med Fam*

- Comunidade. 2013 [acesso em 2021 jun 15]; 8(29): 274-84., out./dez. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829).
15. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de avaliação da Atenção Primária (*PCATool-Brasil*) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública, 2006 [acesso em 2021 jun 15]; 22(8):1649-1659, ago. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000800013>.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020 [acesso em 2021 out 03]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>.
 17. Perillo RD, Poças KC, Machado IE, et al. Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. REME-Rev Min Enferm. 2020 [acesso em 2021 jun 14]; 24(e.-1300). Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20200030.
 18. Pinto LF, Quesada LA, D'avila OP, et al. Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ciênc. saúde coletiva. 2021 [acesso em 2022 mai 16]; 26(9):3965-3979, set. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>.
 19. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, et al. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. Ciênc. saúde coletiva. 2021 [acesso em 2021 jun 14]; 26(3): 961-974, mar. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>.
 20. Malta DC, Bernal RTI, Lima, MG, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Publica, São Paulo. 2017 [acesso em 2022 ago 16]; 51(sup11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>.
 21. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, et al. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rev Bras Epidemiol. 2021 [acesso em 2022 mar 19]; 24(supl.2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>.

22. Malta DC, Gomes CS, Prates EJS, et al. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev. bras. Epidemiol.* 2021 [acesso em 2022 mar 19]; 24(suppl.2), dez. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002.supl.2>.
23. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*, 2018 [acesso em 2021 jun 14]; 42(1): 208-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.
24. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004 [acesso em 2021 set 12]; 20(supl. 2):S190-S198. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
25. Poças KC, Perillo RD, Bernal RTI, et al. Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília. 2019 [acesso em 2021 jun 14]; 28(e2018124). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200017>.
26. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica*. 2017 [acesso em 2022 set 09]; 51(supl1).Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>.
27. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Colet*. 2014 [acesso em 2022 mar 19]; 19(8):3521-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>
28. Harzheim E, Pinto LF, Hauser, L, et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde colet*. 2016 [acesso em 2021 out 14]; 21(5):1399-1408, maio. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFDxZL4mPjCFXMhnzRpFsHH/?format=pdf&lang=pt>
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>.
29. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, et al. An assessment of primary care attributes from the perspective of female health care users. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015 [acesso em

- 2022 mar 19]; 23(3):553-9, May-Jun. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.
30. Oliveira, MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária entre os Serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada, 2007. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 118 p. [acesso em 2022 mai 16]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>.
31. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade, Rio de Janeiro. 2013 [acesso em 2021 out 21]; 8(29): 264-273, out./dez. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140034>.
32. Silva AN, Silva SA, Silva ARV, et al.. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. Rev. Bras. Enferm., Brasília. 2018 [acesso em 2022 mar 12]; 71(2):236-243, mar./abr. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>.
33. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. Saúde Debate, Rio de Janeiro. 2014 [acesso em 2022 mar 19]; 38(103):692-705, out./dez. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140064>.
34. Prates ML, Machado JC, Silva LS, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento *PCATool*: uma revisão sistemática. Ciênc. saúde colet. 2017 [acesso em 2021 jun 14]; 22(6):1881-1893, jun. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>.
35. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. Cad. Saúde Pública. 2019 [acesso em 2021 jun 14]; 35(2), fev. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 13 Nov 2019.

- Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de2019-227652180>.
37. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. 2014 [acesso em 2022 abr 10]; 38(especial):358-372, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>
38. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, organizadores. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018 [livro eletrônico]. São Leopoldo: Oikos, 2021.
39. Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AA, et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro. 2013 [acesso em 2022 fev 13]; 8(29):p. 235-243, out/dez. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)814](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)814).
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CASAPS): versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. Dezembro, 2019 [acesso em 2021 out 14] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf.
42. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental *Cad. Saúde Pública*, 2019 [acesso em 2022 mar 28]; 35(3):e00012219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

Figura 1 Fluxograma da seleção dos respondentes para o módulo H, Atenção Primária a Saúde, da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

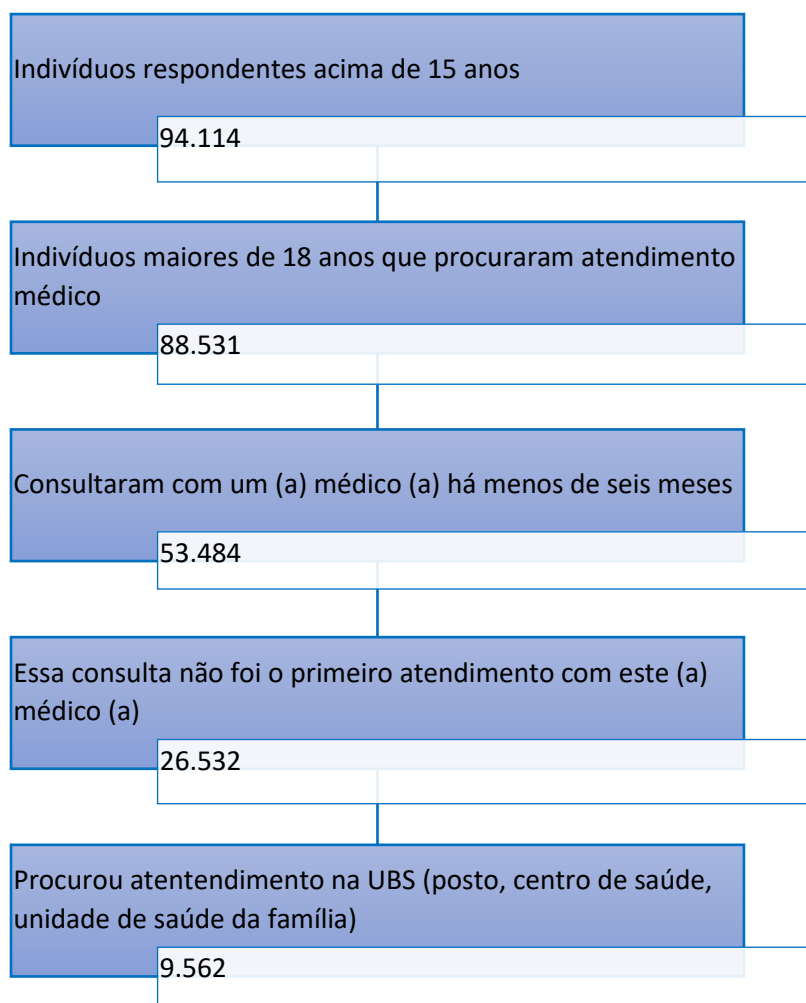


Tabela 1 – Avaliação da APS segundo variáveis sociodemográficas, PNS 2019

Variáveis	N=9.562		Escore ≥ 6,6 N=3.640		Escore < 6,6 N=5.922	
	%(*)	IC(95%)	%(*)	IC(95%)	%(*)	IC(95%)
Total			38	36,2-39,9	62	60,0-63,7
Sexo						
Masculino	30,1	28,6-31,7	36,0	33,1-39,0	63,9	61,0-66,8
Feminino	69,8	68,2-71,4	38,9	36,7-41,1	61,0	58,8-63,2
Faixa Etária						
18a24	10,0	08,9-11,2	34,5	28,8-40,7	65,4	59,2-71,1
25a39	22,5	21,0-24,0	33,6	30,1-37,3	66,3	62,6-69,8
40a59	35,7	34,0-37,5	38,6	35,7-41,6	61,3	58,3-64,2
60+	31,6	29,9-33,3	41,6	38,7-44,6	58,3	55,3-61,2
Escolaridade						
Sem instrução e fundamental incompleto	51,8	50,0-53,6	40,6	38,1-43,2	59,3	56,7-61,8
Fundamental completo e médio incompleto	14,4	13,3-15,6	36,7	32,7-40,9	63,2	59,0-67,2
Médio completo e superior incompleto	27,6	26,0-29,3	34,2	31,1-37,5	65,7	62,4-68,8
Superior completo	6,0	05,1-07,1	36,2	29,3-43,8	63,7	56,2-70,6
Raça/Cor						
Branca	37,9	36,0-39,9	36,8	34,0-39,8	63,1	60,1-66,0
Preta	13,1	11,9-14,5	39,4	34,1-44,9	60,6	55,1-65,8
Parda	47,7	45,9-49,5	38,5	36,0-41,1	61,4	58,8-63,9

Tabela 2. Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde (escore $\geq 6,6$) e estado de saúde e uso de serviços. PNS 2019.

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência (IC95%)		p-valor
	%(*)	IC(95%)	Bruta	Ajustada	
Autoavaliação da saúde					
Muito bom, bom e regular	38,14	(36,24-40,09)	1		1
Muito ruim e ruim	37,07	(31,16-43,39)	0,97	(0,81-1,15)	0,94 (0,79-1,12) 0,509
Limitação das atividades por motivo de saúde					
Não	37,8	(35,89-39,75)	1		1
Sim	39,94	(35,3-44,76)	1,05	(0,93-1,19)	1,02 (0,91-1,16) 0,644
Utilização do mesmo serviço de saúde					
Não	29,22	(25,02-33,81)	1		1
Sim	39,51	(37,55-41,51)	1,35	(1,15-1,58)	1,34 (1,14-1,56) <0,001
Tipo de serviço utilizado					
Outros	35,9	(31,12-40,98)	1		1
Unidade Básica de Saúde	40,36	(38,21-42,53)	1,12	(0,96-1,30)	1,11 (0,96-1,28) 0,154
Procura por atendimento					
Não	35,63	(33,45-37,87)	1		1
Sim	42,42	(39,35-45,56)	1,19	(1,08-1,30)	1,17 (1,06-1,28) 0,001
Internação nos últimos doze meses					
Não	37,33	(35,46-39,23)	1		1
Sim	44,34	(38,23-50,64)	1,18	(1,02-1,37)	1,19 (1,03-1,37) 0,017

5.3 Outras Análises:

Em relação aos estilos de vida (Tabela 7), entre os fumantes 42,2% (IC95% 37,54-46,99) avaliaram bem a APS [RP_{aj} 1,16 (IC95% 1,02-1,32)]; a avaliação daqueles que consomem regularmente FVL foi 45,4% (IC95% 40,79-50,09) [RP_{aj} 1,21(IC95% 1,09-1,35)], nos demais indicadores (consumo de alimentos saudáveis, ultraprocessados, refrigerantes, feijão, sal, doces, atividade física) não houve significância estatística para a associação entre hábitos de vida e avaliação da APS.

Tabela 7. Prevalência de adultos que usaram os serviços de saúde e avaliaram a Atenção Primária à Saúde com escore elevado ($\geq 6,6$), Razão de Prevalência bruta e ajustada por sexo e idade, segundo estilos de vida, PNS 2019.

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência (IC95%)		p-valor
	%(*)	IC(95%)	Bruta	Ajustada(**)	
Tabagismo					
Não fuma	36,03	(33,70-38,43)	1	1	
Ex-fumante	39,87	(36,78-43,05)	1,11	(1,00-1,22)	1,08 (0,98-1,19) 0,135
Fumante	42,2	(37,54-46,99)	1,17	(1,03-1,33)	1,16 (1,02-1,32) 0,020
Alimentos saudáveis					
Não	37,31	(35,30-39,37)	1	1	
Sim	40,53	(36,96-44,20)	1,09	(0,98-1,20)	1,07 (0,97-1,19) 0,171
Ultraprocessados					
Não	37,96	(36,02-39,95)	1	1	
Sim	38,76	(33,63-44,15)	1,02	(0,88-1,18)	1,07 (0,92-1,24) 0,367
Consumo regular de FLV					
Não	36,83	(34,94-38,76)	1	1	
Sim	45,4	(40,79-50,09)	1,23	(1,11-1,37)	1,21 (1,09-1,35) 0,001
Consumo regular de doces					
Não	38,43	(36,50-40,39)	1	1	
Sim	35,9	(31,13-40,96)	0,93	(0,81-1,08)	0,95 (0,83-1,10) 0,530
Consumo abusivo de álcool					
Não	38,32	(36,41-40,27)	1	1	
Sim	35,95	(30,66-41,61)	0,94	(0,8-1,1)	1,01 (0,86-1,19) 0,881
Consumo de sal elevado					
Não	38,51	(36,63-40,43)	1	1	
Sim	34,04	(28,73-39,79)	0,88	(0,75-1,04)	0,90 (0,76-1,05) 0,184
Atividade física no domicílio					
Não	37,77	(35,78-39,81)	1	1	
Sim	39,3	(35,37-43,37)	1,04	(0,93-1,16)	1,05 (0,93-1,18) 0,432

Nesse estudo, os usuários fumantes e que relataram consumo regular de FLV avaliaram bem a APS. Entendendo que o fumo se configura em fator de risco para as DCNT (DI CESARE *et al.*, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020) pode-se inferir que as justificativas apresentadas para uma melhor avaliação da APS por usuários com DCNT (utilização dos serviços, baixa escolaridade e baixa renda) podem ser transpostas para os usuários fumantes. Estudos apontam que as taxas de tabagismo e vários outros fatores de risco de DCNT são frequentemente mais elevados em grupos com baixo nível socioeconômico e com menor escolaridade (DI CESARE *et al.*, 2003).

O maior consumo de FLV entre os que avaliaram bem a APS pode estar associado a maior acesso aos serviços e às orientações dos profissionais de saúde por apresentarem maior presença de DCNT (diabetes, hipertensão), as quais demandam mudança de estilos de vida (BRASIL, 2014a; MALTA *et al.*, 2018). Trindade *et al.* (2007) verificaram que os usuários com comorbidade, que atribuíram um alto escore para a APS, tiveram uma maior participação em grupos e receberam mais orientações preventivas (alimentação saudável, prática de atividade física).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema desta dissertação permitiu abordagens quanto a importância de se avaliar a APS e o uso da ferramenta *PCATool* para a avaliação dos serviços, inclusive traçando suas vantagens e limitações.

A avaliação da APS brasileira, pelos usuários, apresentou resultados insatisfatórios tendo em vista que menos de 40% da população considerou a APS orientada pelos seus atributos (acesso ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação de atenção, orientação familiar e comunitária). Apesar do aumento da cobertura da APS que se configurou em um passo fundamental para a ampliação do acesso à saúde, ainda são necessários outros passos relativos à melhoria da gestão, qualidade da atenção prestada, infraestrutura dos serviços, integração da atenção primária com a rede de serviços de saúde, financiamento, resolutividade, formação e a educação permanente dos profissionais e gestores, dentre outros.

Este estudo caracterizou os indivíduos que avaliaram melhor a APS nacional e encontrou que são as mulheres, idosos, pessoas com baixa renda, moradores das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste e que possuem mais morbidades, como hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doença de pulmão, DORT e obesidade. Em se tratando do estilo de vida, pessoas que fumam e que consomem regularmente FLV melhor avaliaram os serviços.

A caracterização dos indivíduos que melhor avaliam a APS mostrou que os usuários que utilizam mais os serviços, atribuem melhores escores. Esta conclusão foi verificada ao se calcular a associação dos indicadores de uso dos serviços com a avaliação positiva da APS (indivíduos que utilizam o mesmo serviço de saúde, que procuraram atendimento nas duas últimas semanas e que internaram em hospital nos últimos doze meses) os quais comprovaram que as pessoas que mais buscaram ou utilizaram os serviços de saúde, melhor o avaliaram.

Entendemos que há necessidade em se prosseguir com estratégias sustentáveis de avaliação da APS e que há de se voltar o olhar para o desmonte das práticas avaliativas do serviço. Neste contexto, a inserção do módulo Atenção Primária a Saúde na PNS 2019 permitiu a construção de uma linha de base para avaliação dos usuários dos serviços de APS em cada unidade da federação, com rigor e representatividade estatística, contudo, com a metodologia utilizada, surgiu uma lacuna de um sistema nacional de avaliação da APS por município com a extinção do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ-AB), ao se implantar o Programa de Financiamento Previne Brasil. Esta extinção provocou um grande empobrecimento de informações em âmbito municipal, a respeito da qualidade da APS, para a tomada de decisão. Apontamos que a PNS 2019 teria caráter complementar ao PMAQ-AB e não substitutivo.

Desde 2017, em função de políticas de austeridade implantadas, como a Emenda Constitucional n° 95, tem-se observado o aumento da desigualdade e da vulnerabilidade da população, tornando-se essencial monitorar a qualidade da assistência prestada pela APS a esta população ainda mais fragilizada. Neste cenário deve-se sempre atentar-se para importância do SUS na redução de desigualdades em saúde. Assim, recomenda-se, ao contrário, o investimento e fortalecimento da APS, que desenvolve um importante papel na redução das iniquidades constituindo-se como a porta de entrada de populações vulneráveis usuárias do SUS, com o reconhecimento dos direitos sociais de caráter universal e a afirmação do papel do Estado, com forte participação social.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo de; GAMA, Zenewton André da Silva; NASCIMENTO, Flávio Luiz Araújo do; OLIVEIRA, Herison Franklin Viana de; AZEVEDO, Wilker Medeiros de; ALMEIDA JÚNIOR, Helano Jader Batista de. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 19, n.8, p. 3521-32, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>. Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019; 13 nov. 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de2019-227652180>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. Política Nacional da Atenção Básica. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 09 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CASAPS): versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa**. Dezembro, 2019b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores 2000** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SIAB_2000.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf. Acesso em 02 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 156 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 09 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **e-GESTOR AB – Informação e Gestão da Atenção Básica**. [Internet]. 2021a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)** [Internet]. 2021b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **PCATool Brasil/2020: manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. 237 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/12052020_PCATool.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2016; 15 dez <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.htm>. Acesso em: 16 nov. 2021.

CARVALHO, Fernanda Cunha de; BERNAL Regina Tomie Ivata, PERILLO Rosângela Durso; MALTA, Deborah Carvalho. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v.25: e.E220023, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>. Acesso em: 18 out. 2022.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, supl. 1, p.1029-1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 09 out. 2021.

DI CESARE, Mariachiara; KHANG, Young-Ho; ASARIA, Perviz; BLAKELY, Tony; COWAN, Melanie J; FARZADFAR, Farshad *et al.* Inequalities in non-communicable

diseases and effective responses. **Lancet**, v.381, n. 9866, p.585-97, fev. 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61851-0). Acesso em: 16 out. 2021.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Q**, v.83, n.4, p.691-729, 2005. Reprinted from Avedis Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank memorial fund quarterly. v.44, n.3, p. 166-203, 1966. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00397.x>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v.42, n.1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine (org.). **Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018**. São Leopoldo: Oikos, 2021, p. 224. *E-book*.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GOMES, Maria Fernanda Pereira; NABÃO, Fabiana Rodrigues Zequini; SANTOS, Mariana Souza; CAPPELLINI, Verusca Kelly; ALMEIDA, Ana Cláudia Correa de. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.12, p.4851-4860, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>. Acesso em: 16 out. 2021.

GIOVANELLA, Lígia.; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; BUSS, Paulo M.; FLEURY, Sonia; GADELHA, Carlos Augusto G; GALVÃO, Luiz Augusto C. *et al*. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.3, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em 28 mar. 2022.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, Antonio Ivo de; CONILL, Eleonor Minho; CUNHA, Elenice Machado da. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.37-61, jan./abr. 2002. Disponível em: https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.26%2C+N.60+-+jan&pesq=&x=44&y=21. Acesso em: 17 ago. 2021.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; MEDINA, Maria Guadalupe; LIMA, Juliana Gagno; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; SEIDL, Helena Maria *et al*. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. *In*: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; MATTA, Gustavo Corrêa; GONDIM, Roberta; GIOVANELLA, Ligia (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. cap. 19, p. 9.790-10.627. *E-book*.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; HARZHEIM, Erno; ZILS, Aline do Amaral; DUNCAN, Bruce Bartholow. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n.29, p.235-243,

out/dez. 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)814](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)814). Acesso em: 13 fev. 2022.

HARZHEIM, Erno; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de; AGOSTINHO, Milena Rodrigues; HAUSER, Lisiane; STEIN, Airton Tetelbom; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *PCATool*-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n.29, p.274-84, out./dez. 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829). Acesso em: 15 jun. 2021.

HARZHEIM, Erno; PINTO, Luiz Felipe; HAUSER, Lisiane; SORANZ, Daniel. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n.5, p.1399-1408, maio 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFDxZL4mPjCFXMhnzRpFsHH/?format=pdf&lang=pt> <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>. Acesso em: 14 out. 2021.

HARZHEIM, Erno; STARFIELD, Barbara; RAJMIL, Luís; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos; STEINS, Airton T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de avaliação da Atenção Primária (*PCATool*-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.8, p.1649-1659, ago. 2006. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000800013>. Acesso em: 15 jun. 2021.

HARZHEIM, Erno; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; D' AVILA, Pereira; HAUSER, Lisiane; PINTO, Luiz Felipe. Estudos de *PCATool* no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; MATTA, Gustavo Corrêa; GONDIM, Roberta; GIOVANELLA, Lígia (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. cap. 17, p. 8.455-8.978. *E-book*.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Manual Básico da Entrevista**. Pesquisa Nacional de Saúde Contínua. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021. 394 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=55591&view=detalhes> Acesso em: 03 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, p.85, 2020a. 85 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020b. 66 p. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101758.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde

bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020c. 113p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-atálogo?view=detalhes&id=2101764>. Acesso em: 03 out. 2021.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida; SOUSA, Ana Inês; PRIMO, Cândida Caniçali; LEITE, Francielie Marabotti Costa; LIMA, Rita de Cassia Duarte; MACIEL, Ethel Leonor Nóia. An assessment of primary care attributes from the perspective of female health care users. **Rev Latino-Am Enferm.** v.23, n.3, p. 553-9, May-Jun, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo; OLIVEIRA, Taís Porto; MOURA, Lenildo de; PRADO, Rogério Ruscitto do; SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. bras. epidemiol.** v.22, e190030, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>. Acesso em: 26 maio 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; GOMES, Crizian Saar; CARDOSO, Laís Santos de Magalhães; LIMA, Margareth Guimaraes; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Rev Bras Epidemiol**, v.24, supl.2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; LIMA, Margareth Guimarães; ARAÚJO, Silvânia Suely Caribé de; SILVA, Marta Maria Alves da; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.51, supl1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>. Acesso em: 16 ago. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; GOMES, Crizian Saar; PRATES, Elton Junio Sady; SANTOS, Fausto Pereira dos; ALMEIDA, Wanessa da Silva de; STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Rev. bras. Epidemiol.**, v.24, supl. 2, dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002.supl.2>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; JAIME, Patrícia Constante; NETO, Otaliba Libanio de Moraes; SILVA, Marta Maria Alves da; AKERMAN, Marco. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde colet.**, v.23, n.6, p.1799-1809, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>. Acesso em: 26 maio 2022.

MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; NUNES, Cristiane Abdon. A Pesquisa em Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; MATTA, Gustavo Corrêa; GONDIM, Roberta; GIOVANELLA, Ligia (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos,**

práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. cap. 16, p. 7.645-8.450. *E-book*.

MELO, Laércio Almeida de; LIMA, Kenio Costa de. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.10, set./out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 17 set. 2021.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; MATTA, Gustavo Corrêa; GONDIM, Roberta; GIOVANELLA, Ligia (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. E-book.

OLIVEIRA, Elise Botteselle de; BOZZETTI, Mary Clarisse; HAUSER, Lisiane; DUNCAN, Bruce Bartholow; HARZHEIM, Erno. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n.29, p.264-273, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140034>. Acesso em: 21 out. 2021.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v.66, n.esp, p.158-164, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 09 out. 2021.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. **Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária entre os Serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada**, 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>. Acesso em: 16 maio 2022.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de; HARZHEIM, Erno; RIBOLDI, João; DUNCAN, Bruce Bartholow. *PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida*. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n.29, p.256-63, out./dez. 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823). Acesso em: 05 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília (DF); 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 09 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf Acesso em: 02 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?** BRASÍLIA: OPAS/OMS, 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf> Acesso em: 09 out. 2021.

PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Julio. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde Debate**, v.42, n. esp. 3, p.172-82, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S313>. Acesso em: 15 mar. 2022.

PERILLO, Rosângela Durso; POÇAS, Kátia Crestine; BERNAL, Regina Tomie Ivata; DUARTE, Elisabeth Carmen; MALTA, Deborah Carvalho. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciênc. saúde coletiva**, v.26, n.3, p.961-974, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>. Acesso em: 14 jun. 2021.

PERILLO, Rosângela Durso; POÇAS, Kátia Crestine; MACHADO, Isis Eloah; BERNAL, Regina Tomie Ivata; DUARTE, Elisabeth Carmen; MALTA, Deborah Carvalho. Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. **REME-Rev Min Enferm.**, v.24, e.-1300, 2020. Disponível em: [DOI: 10.5935/1415-2762.20200030](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200030). Acesso em: 14 jun. 2021.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>. Acesso em: 10 abr. 2022.

PINTO, Luiz Felipe; QUESADA, Leonardo Arêas; D'AVILA, Otavio Pereira; HAUSER, Lisiane; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; HARZHEIM, Erno. Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n.9, p.3965-3979, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>. Acesso em: 16 maio 2022.

POÇAS, Kátia Crestine; PERILLO, Rosângela Durso; BERNAL, Regina Tomie Ivata; MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.28, n.2, e2018124, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200017>. Acesso em: 14 jun. 2021.

PRATES, Mariana Louzada; MACHADO, Juliana Costa; SILVA, Luciana Saraiva da; AVELAR, Patrícia Silva; PRATES, Luciana Louzada; MENDONÇA, Erica Toledo de *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento *PCATool*: uma

revisão sistemática. **Ciênc. saúde colet**, v.222, n.6, p.1881-1893, jun. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>. Acesso em: 14 jun. 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Fundação João Pinheiro. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**. Brasília: PNUD - IPEA – FJP; 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/20160331_livroidhm.pdf. Acesso em: 17 maio 2022.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO (REDE APS). Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 406-430, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>. Acesso em: 16 mar. 2022.

SAEZ, Mirelle de Oliveira; FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. **APS em Revista**, v.1, n.3, p.206- 221, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.49>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SANTIN, Fernanda; GABE, Kamila Tiemann; LEVY, Renata Bertazzi; JAIME, Patricia Constante. Food consumption markers and associated factors in Brazil: distribution and evolution, Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. **Cad. Saúde Pública**, v.38, n. sup 1, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00118821>. Acesso em: 19 nov. 2022.

SERAPIONI, Mauro; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.11, p. 4315-4326, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200004>. Acesso em: 02 nov. 2021.

SILVA, Abiúde Nadabe; SILVA, Simone Albino da SA; SILVA, Ana Roberta Vilarouca da; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; REBOUÇAS, Cristiana Brasil Almeida; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, n.2, p.236-243, mar./abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SILVA, George Sobrinho; ALVES, Claudia Regina Lindgren. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.2, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>. Acesso em: 14 jun. 2021.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p. 692-705, out./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140064>. Acesso em: 19 mar. 2022.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 16 maio 2021.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Quarterly**, v. 83, n.3, p.457–502, Set. 2005. Disponível em: [doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x). Acesso em: 14 mar. 2022.

STOPA, Sheila Rizzato; MALTA, Deborah Carvalho; MONTEIRO, Camila Nascimento; SZWARCOWALD, Célia Landmann; GOLDBAUM, Moisés; GALVÃO CESAR, Chester Luiz. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saude Publica**, v.51, supl.1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>. Acesso em: 09 set. 2022.

STOPA, Sheila Rizzato; SZWARCOWALD, Célia Landmann; OLIVEIRA, Max Moura de; GOUVEA, Ellen de Cassia Dutra Pozzetti; VIEIRA, Maria Lúcia França Pontes; FREITAS, Marcos Paulo Soares de MPS *et al.* National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. **Epidemiol Serv Saúde**, v.29, n.5, e2020315, out. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>. Acesso em: 14 ago, 2021.

SZWARCOWALD, Celia Landmann; STOPA, Sheila Rizzato; MALTA, Deborah Carvalho. Situação das principais doenças crônicas não transmissíveis e dos estilos de vida da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Cad. Saúde Pública**, v.38, supl. 1, e00276021, 2022. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-38-s1-PT276021.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva da; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes; SOUZA, Allan Nuno Alves de; KLITZKE, Dirceu Ditmar; FACCHINI, Luiz Augusto. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. *In*: FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine (org.). **Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018.** São Leopoldo: Editora Oikos, 2021. cap. II, p. 67-82. *E-book*.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. supl. 2 p.S190-S198. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 12 set. 2021.

TRINDADE, Thiago Gomes da. **Associação entre a Extensão dos Atributos de Atenção Primária e Qualidade do Manejo da Hipertensão Arterial em Adultos Adscritos à Rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre.** 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12947>. Acesso em: 14 maio 2022.

World Health Organization. **WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019.** Geneva: WHO. Dec. 2020. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Accesso em: 09 out. 2021.

**APÊNDICE A – Script utilizado no *Data Analysis and Statistical Softwares*
(STATA) para seleção das variáveis estado de saúde e uso dos serviços, análise
descritiva, associação entre variáveis selecionadas e desfecho, regressão univariada
e multivariada.**

**** Seleção das variáveis ****

tab J00101

tab J002

tab J009

tab J01002

tab J014

tab J037

*** Variáveis estado de saúde e uso dos serviços****

J00101

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

gen avalisaude =.

label variable avalisaude "Considerando saúde como estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como é o estado de saúde de ?"

replace avalisaude = 0 if J00101 == 1 | J00101 == 2 | J00101 == 3

replace avalisaude = 1 if J00101 == 4 | J00101 == 5

label define avalisaude 0 "Muito bom, bom e regular" 1 "Ruim e Muito ruim"

label value avalisaude avalisaude

J002

1. Sim 2. Não

gen limitacaoavd =.

label variable limitacaoavd "Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (exemplos) por motivo da própria saúde?"

replace limitacaoavd = 0 if J002 == 2

replace limitacaoavd = 1 if J002 == 1

label define limitacaoavd 0 "Não" 1 "Sim"

label value limitacaoavd limitacaoavd

J009

1. Sim 2. Não

gen vinculoserv=.

label variable vinculoserv "___ costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?"

replace vinculoserv = 0 if J009 ==2

replace vinculoserv = 1 if J009 == 1

label define vinculoserv 0 "Não" 1 "Sim"

label value vinculoserv vinculoserv

J01002

1 "Farmácia" 2 "Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)" 3 "Policlínica pública, PAM" 4 "UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público" 5 "Ambulatório de hospital público" 6 "Consultório particular, clínica privada ou ambulatório e hospital privado" 7 "Pronto atendimento ou emergência de hospital privado" 8 "Atendimento domiciliar" 9 “. Outro serviço"

gen tiposerv =.

label variable tiposerv "Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde _____ costuma procurar:"

replace tiposerv = 0 if J01002 == 1 | J01002 == 3 | J01002 == 4 | J01002 == 5 | J01002 == 6 | J01002 == 7 | J01002 == 8 | J01002 == 9

replace tiposerv = 1 if J01002 == 2

label define tiposerv 0 "Outros" 1 "Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)"

label value tiposerv tiposerv

J014

1. Sim 2. Não

gen procuraatend=.

label variable procuraatend "Nas duas últimas semanas, ___ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?"

replace procuraatend = 0 if J014 ==2

replace procuraatend = 1 if J014 == 1

label define procuraatend 0 "Não" 1 "Sim"

label value procuraatend procuraatend

J037

1. Sim 2. Não

gen internacao=.

label variable internacao "Nos últimos doze meses, ____ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?"

replace internacao = 0 if J037 == 2

replace internacao = 1 if J037 == 1

label define internacao 0 "Não" 1 "Sim"

label value internacao internacao

gen avaliaps=.

label variable avaliaps "Avaliação da APS"

replace avaliaps = 0 if fxscore == 2

replace avaliaps = 1 if fxscore == 1

label define avaliaps 0 "< 6,6" 1 ">= 6,6"

label value avaliaps avaliaps

**** Análise descritiva dentro do survey das variáveis selecionadas ****

svyset UPA_PNS [pweight=V00291], vce(linearized) singleunit(missing)

svy linearized : tabulate avalisaude, ci

svy linearized : tabulate limitacaoavd, ci

svy linearized : tabulate vinculoserv, ci

svy linearized : tabulate tiposerv, ci

svy linearized : tabulate procuraatend, ci

svy linearized : tabulate internacao, ci

svy linearized : tabulate pic, ci

**** Análise de associação entre variáveis selecionadas e desfecho (avaliação da APS)

svy linearized : tabulate avalisaude avaliaps,ci row pearson

svy linearized : tabulate limitacaoavd avaliaps, ci row pearson

svy linearized : tabulate vinculoserv avaliaps, ci row pearson

svy linearized : tabulate tiposerv avaliaps, ci row pearson
 svy linearized : tabulate procuraatend avaliaps, ci row pearson
 svy linearized : tabulate internacao avaliaps, ci row pearson
 svy linearized : tabulate pic avaliaps, ci row pearson

**** Regressão univariada ****

svy linearized : poisson avaliaps i.avalisaude, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.limitacaoavd, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.vinculoserv, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.tiposerv, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.procuraatend, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.internacao, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.pic, irr

**** Regressão multivariada ****

svy linearized : poisson avaliaps i.avalisaude i.C006 i.faixaetaria, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.limitacaoavd i.C006 i.faixaetaria, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.vinculoserv i.C006 i.faixaetaria, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.tiposerv i.C006 i.faixaetaria, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.procuraatend i.C006 i.faixaetaria, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.internacao i.C006 i.faixaetaria, irr
 svy linearized : poisson avaliaps i.pic i.C006 i.faixaetaria, irr

APÊNDICE B – Artigo 1 publicado

Link: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/bCtDzpn3TQ77jBykhrf4ZKp/?lang=pt>



Associação entre avaliação positiva da APS e características sociodemográficas (Linha de comando)

<https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil

Association between positive assessment of Primary Health Care, sociodemographic characteristics and comorbidities in Brazil

Fernanda Cunha de Carvalho^I, Regina Tomie Ivata Bernal^{II}, Rosângela Durso Perillo^{III}, Deborah Carvalho Malta^{IV}

RESUMO: *Objetivo:* Descrever a avaliação positiva da atenção primária à saúde (APS) no Brasil na ótica dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas e comorbidades. *Métodos:* Análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, com amostra de 9.562 adultos que responderam ao *primary care assessment tool* (PCATool). Foi testada a associação entre avaliação positiva da APS (score geral $\geq 6,6$) e características individuais, sendo utilizadas as razões de prevalência (RP) calculadas por meio de regressão de Poisson. *Resultados:* Menos de 40% dos brasileiros avaliaram a APS com escore alto. No que se refere à associação das variáveis sociodemográficas com a avaliação elevada da APS, ajustada por sexo e idade, encontrou-se que a melhor avaliação da APS ocorreu entre mulheres [RPaj 1,10 (intervalo de confiança de 95% — IC95% 1,00–1,21)]; idosos (60 anos ou mais) [RPaj 1,27 (IC95% 1,09–1,48)]; pessoas com renda *per capita* de um a três salários mínimos (SM) [RPaj 1,14 (IC95% 1,03–1,27)] e ≥ 5 SM [RPaj 1,75 (IC95% 1,39–2,21)] quando comparadas com renda até um SM; e moradores das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste em relação à Região Norte. Considerando as variáveis de comorbidades, avaliaram bem a APS indivíduos com hipertensão [RPaj 1,29 (IC95% 1,17–1,43)]; diabetes [RPaj 1,21 (IC95% 1,08–1,36)]; doença cardíaca [RPaj 1,23 (IC95% 1,07–1,41)]; distúrbio osteomuscular [RPaj 1,36 (IC95% 1,10–1,69)]; doença do pulmão [RPaj 1,48 (IC95% 1,13–1,95)] e obesidade [RPaj 1,15 (IC95% 1,03–1,28)] em comparação com pessoas eutróficas. *Conclusão:* Usuários que avaliaram bem a APS são mulheres, idosos, com prevalências elevadas de doenças crônicas não transmissíveis. A avaliação positiva da APS, em geral, resulta da maior utilização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Inquéritos epidemiológicos. Doenças não transmissíveis.

^IUniversidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{IV}Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autora correspondente: Fernanda Cunha de Carvalho. Rua Java, 279, Nova Sulça, CEP 30421-228, Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: femandacarvalho0312@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, TED 66/2018, CNPq; bolsa de produtividade DCM.

ABSTRACT: *Objective:* To describe positive evaluations of Primary Health Care (PHC) in Brazil from the perspective of users and their association with sociodemographic characteristics and comorbidities. *Methods:* Analysis of the 2019 National Health Survey, in which 9,562 adults responded to the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The association between positive PHC assessment (overall score ≥ 6.6) and individual characteristics was tested using Prevalence Ratios (PR) calculated by Poisson Regression. *Results:* Less than 40% of Brazilians rated PHC with a high score. Regarding the association of sociodemographic variables with high PHC assessment, adjusted for sex and age, the best PHC assessments were made by women [PR_{aj} 1.10 (95%CI 1.00–1.21)]; elderly (60 years and over) [PR_{aj} 1.27 (95%CI 1.09–1.48)]; people with a per capita income of 1 to 3 minimum wages (MW) PRaj 1.14 (95%CI 1.03–1.27) and ≥ 5 MW PRaj 1.75 (95%CI 1.39–2.21) when comparing with income up to 1 MW; residents of the South, Southeast and Midwest regions, compared to the North Region. Considering comorbidities, individuals with hypertension PRaj 1.29 (95%CI 1.17–1.43); diabetes PRaj 1.21 (95%CI 1.08–1.36); heart disease PRaj 1.23 (95%CI 1.07–1.41); musculoskeletal disorders PRaj 1.36 (95%CI 1.10–1.69); lung disease PRaj 1.48 (95%CI 1.13–1.95) and obesity PRaj 1.15 (95%CI 1.03–1.28) rated PHC better when compared to normal weight people. *Conclusion:* Users who evaluate PHC well are usually women, elderly, with high prevalence of chronic non-communicable diseases. A positive evaluation of PHC, in general, results from greater use of health services.

Keywords: Primary health care. Evaluation, health services. Health surveys. Noncommunicable diseases.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), composta de equipes multiprofissionais, é responsável por territórios específicos com populações definidas e atua como o primeiro contato com o sistema de saúde^{1,2}. Essas equipes deveriam estar vocacionadas para resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população^{1,2} e estabelecer um papel estratégico na rede de atenção à saúde (RAS), funcionando como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade¹.

Apesar do consenso sobre o fato de a APS ser uma política pública prioritária e do extenso número de evidências que demonstram que sistemas nacionais baseados na APS são mais efetivos e equânimes, a pesquisa na área ainda se caracteriza pela baixa produção científica em comparação com áreas correlatas. Dos estudos existentes, percebe-se aumento no número de pesquisas em APS no Brasil a partir de 2005, o que pode estar associado à expansão da cobertura populacional nesse período em diante. Contudo, ao analisar os objetos da investigação da APS brasileira, identifica-se a forte presença de pesquisas com abrangência limitada a investigações locais, de baixo custo, ao lado do pequeno número de sujeitos³.

No Brasil, a APS teve importante expansão na cobertura populacional entre os anos 2000 e 2020, passando de 42% em 2007 para 76% em 2020⁴. A expansão da APS, entretanto, nem sempre foi acompanhada pela melhoria da sua qualidade. Qualidade é alcançar mais, com melhores resultados de saúde⁵. Há evidências de uma APS forte e efetiva quando associada à maior satisfação dos usuários com o sistema². Por conseguinte, torna-se imprescindível avaliar a qualidade e a amplitude dos serviços ofertados, a fim de subsidiar informações para a sociedade e gestores para a tomada de decisão na busca de melhoria da saúde da população com equidade^{6,7}.

O instrumento *primary care assessment tool* (PCATool), criado por Starfield et al.⁸, foi baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁹ calçado na tríade estrutura, processos e resultados. Ele permite mensurar a qualidade da APS, na visão dos usuários, avaliando estrutura e processo dos serviços⁸ por meio dos atributos essenciais (acesso ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção) e derivados (competência cultural, orientação familiar e comunitária) da APS^{8,10,11}. Há o entendimento de que, quando o serviço de saúde está orientado para o alcance desses atributos, ele é capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita¹². O PCATool tem sido um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade da APS¹³, entretanto nunca havia sido aplicado em escala nacional.

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde, maior inquérito nacional de saúde, inovou ao inserir o módulo PCATool, permitindo explorar em escala nacional, na perspectiva do usuário, a avaliação da APS, bem como características associadas a essa avaliação¹⁴.

O estudo atual, pela primeira vez, busca descrever a avaliação positiva da APS no Brasil na ótica dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas e comorbidades.

MÉTODOS

DELINEAMENTO

O presente estudo transversal analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, inquérito de saúde de base domiciliar. A PNS 2019 foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020 e incluiu no módulo APS (módulo H)^{14,15} a versão adaptada e reduzida do instrumento de avaliação da APS PCATool-Brasil^{14,16,17}.

AMOSTRA

O módulo PCATool foi aplicado em 9.562 indivíduos com 18 anos ou mais, e responderam apenas os indivíduos que nos últimos seis meses antes da data da entrevista domiciliar se consultaram pelo menos duas vezes com o mesmo médico ao utilizar os serviços da APS¹⁴. A PNS ao fazer esse filtro pressupõe que os indivíduos tinham familiaridade com o serviço de saúde prestado¹⁴.

DESFECHO: DESCRIÇÃO E CÁLCULO DO PCATool

O questionário aplicado na entrevista foi composto de 26 perguntas, distribuídas em dez componentes, para avaliar os atributos da APS¹⁴. Foram alteradas as perguntas do instrumento PCATool original, substituindo os termos profissional ou médico/enfermeiro por médico.

O instrumento usou respostas tipo *Likert*, atribuindo escores no intervalo de 1-4 para cada atributo (1=com certeza, não; a 4=com certeza, sim). Com base na média das respostas dos itens que constituem o atributo, é possível obter-se o escore geral da APS^{10,11,14,16}.

Como desfecho, foi calculado inicialmente o escore geral obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais e derivados e o grau de afiliação do usuário com o serviço. Os valores dos escores foram padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore, com forte orientação para os atributos da APS, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento^{10,11,14,16}. O escore geral médio do PCATool, o escore elevado $\geq 6,6$ e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados para cada uma das 27 unidades da Federação (UF).

VARIÁVEIS EXPLICATIVAS

Este estudo seguiu o modelo teórico de Perillo et al.¹⁸, que considera que os usuários com escore geral $\geq 6,6$ usam mais os serviços, por terem mais comorbidades e, conseqüentemente, avaliação positiva da qualidade da assistência prestada. Levando-se em conta a vocação da APS em assistir e acompanhar indivíduos com doenças crônicas, buscou-se verificar as associações entre a avaliação positiva da APS e as variáveis sociodemográficas e morbidades¹⁸.

Covariáveis estudadas

- Sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), faixa etária (anos: 18–29, 30–39, 40–59, 60 ou mais), escolaridade (anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11, 12 ou mais), raça/cor (branca, preta, parda), região de moradia (Brasil, grandes regiões e UF), renda *per capita* [até um salário mínimo (SM), de um a três SM, três a cinco SM, cinco ou mais SM];
- Presença de morbidade ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e medidas antropométricas: índice de massa corporal (IMC) [eutrófico (IMC $\geq 18,5$ e < 25 kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)]; hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), doença do pulmão e câncer.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram calculados modelos por meio de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por sexo e idade e os respectivos IC95%. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o módulo *Survey* disponível no Data Analysis and Statistical Softwares (STATA), versão 14, mediante os pesos de ponderação da PNS.

ASPECTOS ÉTICOS

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 3.529.376. A participação do adulto na pesquisa foi voluntária e a confidencialidade das informações garantida.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que o escore geral médio da APS no Brasil em adultos foi de 5,9 (IC95% 5,8–5,9), variando, em Roraima, de 5,2 (IC95% 4,5–5,8) a 6,6 (IC95% 6,2–6,9), no Mato Grosso. Estimou-se que 38,1% dos brasileiros que utilizaram a APS a avaliaram com escore alto, variando de 22,6% (IC95% 14,8–32,9), em Rondônia, a 53,3% (IC95% 43,5–62,8) no Mato Grosso.

Em relação às variáveis sociodemográficas (Tabela 2), verificou-se que 38,95% (IC95% 36,79–41,17) das mulheres classificaram a APS como orientada aos seus atributos, bem como 41,67% (IC95% 38,73–44,66) dos usuários idosos (60 anos ou mais). Observou-se que o aumento da faixa etária melhora a avaliação atribuída à APS.

Tratando-se do nível de escolaridade, pessoas com 0–8 anos de estudo melhor avaliaram os serviços [40,22% (IC95% 37,89–42,60)] do que as com os demais níveis educacionais (9–11 anos e 12 anos ou mais). Ao se estratificar a população por raça/cor, não se encontraram diferenças relevantes entre as populações preta, parda e branca. Viu-se que a população da Região Sul do país [45,35% (IC95% 41,47–49,28)] atribuiu melhor classificação para o serviço de APS local que as demais regiões brasileiras. Destaca-se o fato de apenas 30% (IC95% 26,16–34,26) dos entrevistados da Região Norte considerarem a APS orientada para os seus atributos. Quanto à renda dos entrevistados, 66,65% (IC95% 49,43–80,33) dos usuários com maior renda, cinco ou mais SM, classificaram bem a APS, seguidos de 42,2% (IC95% 38,58–45,90) dos usuários com renda de um a três SM.

A Tabela 3 apresenta a classificação por morbidade e por medidas antropométricas dos usuários que utilizaram os serviços de saúde e avaliaram bem a APS. Nesses resultados, encontrou-se que 42,04% (IC95% 38,72–45,43) dos usuários obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), 44,75% (IC95% 41,97–47,56) dos hipertensos, 46,25% (IC95% 41,50–51,07) dos diabéticos e 47,79% (IC95% 41,76–53,89) dos usuários com doenças cardíacas classificaram positivamente os serviços. Verificou-se que 52,14% (IC95% 41,10–62,98) das pessoas com DORT e 57,63% (IC95% 41,76–72,07) das com doenças no pulmão classificaram bem a APS. Esse resultado positivo para a orientação da APS aos seus atributos também foi atribuído pelos usuários com câncer [45,33% (IC95% 34,07–57,09)].

No tocante à associação das variáveis exploratórias com a avaliação elevada da APS (desfecho), ajustada por sexo e idade, encontrou-se que o sexo feminino apresentou $RP_{aj} = 1,10$ (IC95% 1,00–1,21), e os idosos $RP_{aj} = 1,27$ (IC95% 1,09–1,48), comparando-os com os adultos de 18 a 29 anos. Considerando a região de residência, os moradores da Região Sul apresentaram $RP_{aj} = 1,46$ (IC95% 1,24–1,72), os do Sudeste $RP_{aj} = 1,23$ (IC95% 1,05–1,45) e os do Centro-Oeste $RP_{aj} = 1,24$ (IC95% 1,02–1,51), todos em comparação com os moradores da Região Norte. Quando se avalia a renda *per capita*, nota-se que usuários que ganham cinco

Tabela 1. Escore geral médio da atenção primária à saúde (0 a 10) avaliada por adultos de 18 anos ou mais e prevalência do escore elevado ($\geq 6,6$), com indicação do intervalo de confiança de 95%, Brasil, regiões e as Unidades da Federação, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

	Escore geral médio		Escore $\geq 6,6$	
	Escore geral	IC95%	%	IC95%
Brasil	5,9	5,8–5,9	38,1	36,3–39,9
Urbana	5,8	5,8–5,9	37,6	35,5–39,7
Rural	6,0	5,9–6,1	40,4	37,0–43,8
Norte	5,5	5,3–5,7	30,1	26,3–34,2
Rondônia	5,6	5,2–5,9	22,6	14,8–32,9
Acre	5,3	4,9–5,7	27,5	19,9–36,8
Amazonas	5,8	5,4–6,2	39,1	30,7–48,1
Roraima	5,2	4,5–5,8	27,9	20,4–36,8
Pará	5,2	4,9–5,5	24,9	19,0–31,9
Amapá	5,4	5,0–5,7	24,9	15,9–36,8
Tocantins	5,9	5,5–6,2	36,8	27,7–46,9
Nordeste	5,8	5,6–5,9	35,2	32,5–37,9
Maranhão	5,2	5,0–5,5	27,9	22,6–34,0
Piauí	6,0	5,7–6,3	40,6	33,8–47,7
Ceará	5,7	5,5–5,9	34,1	29,2–39,3
Rio Grande do Norte	6,0	5,7–6,2	38,3	31,0–46,2
Paraíba	6,0	5,7–6,3	45,4	38,1–52,9
Pernambuco	5,7	5,5–6,0	37,9	31,9–44,3
Alagoas	6,0	5,7–6,2	40,5	34,9–46,3
Sergipe	5,6	5,2–5,9	27,9	21,0–36,0
Bahia	5,7	5,5–6,0	31,5	24,8–39,1
Sudeste	5,8	5,7–6,0	38,3	34,9–41,8
Minas Gerais	6,2	5,9–6,4	41,3	35,3–47,6
Espírito Santo	5,6	5,4–5,9	31,6	26,0–37,7
Rio de Janeiro	5,6	5,3–5,9	38,3	31,6–45,6
São Paulo	5,7	5,5–6,0	37,3	32,3–42,5
Sul	6,3	6,2–6,4	45,3	41,6–49,2
Paraná	6,1	5,8–6,3	39,8	34,5–45,4
Santa Catarina	6,4	6,2–6,6	45,3	39,0–51,8
Rio Grande do Sul	6,5	6,2–6,8	50,9	43,7–58,1
Centro-Oeste	5,8	5,6–6,0	37,9	33,0–43,1
Mato Grosso do Sul	5,9	5,6–6,2	37,1	30,0–44,8
Mato Grosso	6,6	6,2–6,9	53,3	43,5–62,8
Goiás	5,3	4,9–5,7	27,4	18,9–37,9
Distrito Federal	5,7	5,2–6,1	38,1	29,4–47,8

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Prevalência de adultos com 18 anos ou mais que usaram os serviços de saúde e avaliaram a atenção primária à saúde com escore elevado ($\geq 6,6$), razão de prevalência bruta e ajustada por sexo e idade, segundo variáveis sociodemográficas, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência (IC95%)				p-valor
	%*	IC95%	bruta		ajustada [†]		
Total	38,07	(36,23–39,94)					
Sexo							
Masculino	36,02	(33,15–39,00)	1		1		
Feminino	38,95	(36,79–41,17)	1,08	(0,98–1,19)	1,10	(1,00–1,21)	0,0460
Idade							
18–29	33,20	(28,86–37,84)	1		1		
30–39	34,63	(30,50–39,00)	1,04	(0,87–1,25)	1,04	(0,87–1,25)	0,6700
40–49	38,65	(35,73–41,65)	1,16	(1,00–1,36)	1,17	(1,00–1,36)	0,0520
60+	41,67	(38,73–44,66)	1,26	(1,08–1,46)	1,27	(1,09–1,48)	0,0020
Escolaridade							
0–8	40,22	(37,89–42,60)	1		1		
9–11	34,94	(31,94–38,06)	0,87	(0,78–0,96)	0,92	(0,83–1,02)	0,1200
12+	34,53	(29,08–40,41)	0,86	(0,72–1,02)	0,91	(0,76–1,08)	0,2810
Raça/cor							
Branca	36,87	(34,00–39,83)	1		1		
Preta	39,40	(34,16–44,90)	1,07	(0,91–1,25)	1,09	(0,93–1,27)	0,2930
Parda	38,55	(36,02–41,15)	1,05	(0,94–1,16)	1,07	(0,96–1,18)	0,2040
Região							
Norte	30,05	(26,16–34,26)	1		1		
Nordeste	35,17	(32,32–38,12)	1,17	(1,00–1,37)	1,15	(0,98–1,35)	0,0860
Sudeste	38,29	(34,86–41,83)	1,27	(1,08–1,50)	1,23	(1,05–1,45)	0,0130
Sul	45,35	(41,47–49,28)	1,51	(1,29–1,77)	1,46	(1,24–1,72)	0,0000
Centro-Oeste	37,94	(32,85–43,32)	1,26	(1,04–1,53)	1,24	(1,02–1,51)	0,0300
Renda[‡]							
até 1 SM	36,01	(33,92–38,16)	1		1		
1 a 3 SM	42,20	(38,58–45,90)	1,17	(1,06–1,30)	1,14	(1,03–1,27)	0,0150
3 a 5 SM	32,08	(23,38–42,24)	0,89	(0,66–1,20)	0,88	(0,65–1,19)	0,3960
5 ou mais SM	66,65	(49,43–80,33)	1,85	(1,45–2,37)	1,75	(1,39–2,21)	0,0000

*Frequência ponderada para a população; [†]RP ajustada por sexo e idade; [‡]missing; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo.

Tabela 3. Prevalência de adultos com 18 anos ou mais que usaram os serviços de saúde e avaliaram a atenção primária à saúde com escore elevado ($\geq 6,6$), razão de prevalência bruta e ajustada por sexo e idade, segundo presença de morbididade, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência IC95%				p-valor
	%*	IC95%	bruta		ajustada [†]		
Total	38,07	(36,23–39,94)					
IMC							
Eutrófico	35,66	(32,91–38,50)	1		1		
Sobrepeso	37,47	(34,48–40,57)	1,05	(0,94–1,17)	1,03	(0,92–1,15)	0,612
Obesidade	42,04	(38,72–45,43)	1,18	(1,06–1,31)	1,15	(1,03–1,28)	0,010
Hipertensão							
Não	33,73	(31,52–36,01)	1		1		
Sim	44,75	(41,97–47,56)	1,33	(1,22–1,45)	1,29	(1,17–1,43)	0,000
Diabetes							
Não	36,51	(34,58–38,47)	1		1		
Sim	46,25	(41,50–51,07)	1,27	(1,13–1,42)	1,21	(1,08–1,36)	0,001
Doença cardíaca							
Não	37,23	(35,34–39,16)	1		1		
Sim	47,79	(41,76–53,89)	1,28	(1,12–1,47)	1,23	(1,07–1,41)	0,004
DORT							
Não	37,56	(35,73–39,43)	1		1		
Sim	52,14	(41,10–62,98)	1,39	(1,12–1,73)	1,36	(1,10–1,69)	0,004
Pulmão							
Não	37,65	(35,83–39,51)	1		1		
Sim	57,63	(41,76–72,07)	1,53	(1,16–2,02)	1,48	(1,13–1,95)	0,005
Câncer							
Não	37,87	(36,00–39,79)	1		1		
Sim	45,33	(34,07–57,09)	1,20	(0,92–1,56)	1,12	(0,86–1,47)	0,389

*Frequência ponderada para a população; [†]RP ajustada por sexo e idade; IC95%: intervalo de confiança de 95%; IMC: índice de massa corporal; DORT: distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho.

ou mais SM apresentaram $RP_{aj} = 1,75$ (IC95% 1,39–2,21), e os usuários que ganham de um a três SM apresentaram $RP_{aj} = 1,14$ (IC95% 1,03–1,27) em relação aos usuários com renda até um SM. Ressalta-se que todos esses resultados foram estatisticamente significantes, contudo não houve diferença na avaliação segundo raça/cor e escolaridade (Tabela 2).

Considerando a análise de associação estatisticamente significativa das variáveis de morbidade, ajustada por sexo e idade, com a avaliação elevada da APS, percebeu-se que pessoas obesas apresentaram $RP_{aj} = 1,15$ (IC95% 1,03–1,28) em relação aos usuários eutróficos. Tratando-se dos indivíduos que se autodeclararam com DCNT, verificaram-se $RP_{aj} = 1,29$ (IC95% 1,17–1,43) para os hipertensos, $RP_{aj} = 1,21$ (IC95% 1,08–1,36) para os diabéticos e $RP_{aj} = 1,21$ (IC95% 1,07–1,41) para as pessoas com doenças cardíacas. Os usuários com doenças de pulmão apresentaram $RP_{aj} = 1,48$ (IC95% 1,13–1,95) e os com DORT $RP_{aj} = 1,36$ (IC95% 1,10–1,69). Não foi encontrada para os usuários com câncer associação estatisticamente significativa (Tabela 3).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, a APS foi mais bem avaliada por mulheres, pelos usuários idosos (com 60 anos ou mais), de renda de um a três SM e >5 SM, moradores das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e usuários com hipertensão, diabetes, doença cardíaca, DORT, doença do pulmão e obesidade.

Em relação ao escore geral da APS, 38,1% dos brasileiros que utilizaram o serviço nos últimos seis meses avaliaram a APS com escore elevado e atribuíram escore geral médio de 5,9 (IC95% 5,8–5,9). Esse baixo resultado de avaliação da APS brasileira também foi observado em outras pesquisas que utilizaram o PCATool e obtiveram um escore ainda menor que a média nacional, como aparece no estudo realizado em Porto Alegre (RS) em 2007, que atribuiu escore geral médio de 5,5 para as unidades básicas de saúde (UBS) com saúde da família¹⁹. Nesse mesmo município, em 2012, a população idosa atribuiu o escore de 5,7 a essas UBS²⁰. Em 2014, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), a avaliação da APS atingiu o escore de 5,7²¹, e em 2015, em Teresina (PI), a população masculina atribuiu escore médio de 5,5 à APS local²². Esses resultados apontam que há necessidade de trabalhar a qualificação da APS no Brasil, pois, conforme Donabedian⁹, os melhores resultados em saúde são consequência do investimento em estrutura e melhoria no processo de trabalho em saúde.

Travassos e Martins²³ apontam que acesso e utilização dos serviços de saúde são mediados por aspectos socioeconômicos e demográficos, recursos disponíveis, oferta de serviços de saúde, presença de morbidades, entre outros. Por conseguinte, maior presença de doenças demanda maior procura de serviços, o que resulta em maior avaliação da APS. Estudo de Silva et al.²² afirma que a frequência da procura por atendimento se mostrou associada com os escores da APS, pois, quanto maior a regularidade de busca pela UBS, maior o percentual de alto escore atribuído pelos entrevistados. Esse resultado também foi encontrado em outro estudo²⁴ que confirmou associação entre serviços com maiores escores da APS com maior tempo de doença (10,9 anos) e maior frequência de uso dos serviços de saúde (8,5 consultas/ano). Destaca-se que as DCNT aqui investigadas são de longa duração e requerem uso contínuo da APS. Ou seja, o atributo longitudinalidade aqui investigado é essencial no cuidado.

Em relação às variáveis demográficas, mulheres e idosos avaliaram mais positivamente a APS e são os que mais consomem os serviços de saúde^{23,25-27}. As mulheres procuraram mais

os serviços, pois, em geral, têm maior percepção de sinais e sintomas de doenças e às práticas de promoção/prevenção, além das demandas da menarca, pré-natal e menopausa^{25,26}. Considerando a análise de que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, esse fato deve estar associado à multimorbidade, à maior percepção da gravidade da doença e aos riscos à saúde^{26,27}. Em geral, o uso e o acesso desse segmento etário aos serviços de saúde são relativamente altos²⁶. O estudo realizado na capital mineira em 2015 encontrou que os idosos reportaram alto escore para a qualidade da APS quando comparados com os demais adultos¹⁸, da mesma forma que o estudo²⁰ realizado em Porto Alegre em 2012 revelou que os idosos apontaram maiores escores para a APS que adultos maiores de 18 anos. Esse último estudo ainda demonstrou que os serviços com alto escore de APS estão relacionados com a maior presença de práticas preventivas baseadas em evidências recomendadas à população idosa²⁰.

Tratando-se do nível educacional, neste estudo, não foi encontrada associação, contudo para a renda *per capita* se constatou que as famílias com renda *per capita* entre um e três SM avaliaram melhor a APS, resultado discordante do estudo²¹ realizado na cidade do Rio de Janeiro com 3.530 indivíduos, em 2014, em que não foi encontrada diferença na avaliação dos adultos entre as classes sociais para a avaliação da APS, contudo entende-se que populações de baixa renda possuem maior vulnerabilidade, acessam mais os serviços públicos de saúde e tendem a ter mais comorbidades e piores indicadores de saúde como, por exemplo, o acometimento de forma mais intensa das DCNT²⁸⁻³⁰. Paralelamente, o estudo aponta que a renda elevada, ≥ 5 SM, também esteve associada à boa avaliação da APS. Indivíduos com maior renda tendem a ter maior utilização de serviços²⁶ e, portanto, podem apresentar boa avaliação deles.

No que se refere às regiões brasileiras, os indivíduos que mais bem avaliaram a APS foram os residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, as mais ricas do país e em UF situadas em estratos de índice de desenvolvimento humano (IDH) mais elevados³¹. Região geopolítica e IDH sintetizam as marcantes diferenças nas condições de infraestrutura urbana e social e na maior cobertura de serviços educacionais e de saúde, características contextuais que também estiveram associadas à maior satisfação de usuários³². Além disso, o padrão de referência em qualidade ainda é encontrado em número reduzido de UBS e está fortemente concentrado nas regiões Sul e Sudeste³³ e, por isso, elas são mais bem avaliadas. Esse fato, além de manter as desigualdades regionais e sociais, impõe a necessidade de novos investimentos para que se alcance equidade na assistência à saúde.

O estudo atual identificou que a avaliação elevada da APS mostrou associação com a obesidade e diversas DCNT. De acordo com Oliveira¹⁹, a presença de comorbidade eleva em 46% a prevalência de forte orientação à APS, ou seja, as doenças crônicas são mais prevalentes na população atendida em serviços classificados com alto escore. Os resultados da associação entre usuários com DCNT e avaliação elevada da APS provavelmente ocorrem pelo fato de a população portadora de DCNT utilizar mais serviços de saúde e terem experiências mais positivas de cuidado com as equipes da APS^{26,34}. Há estudos que apontam que as características de qualidade do cuidado em indivíduos com comorbidades são significativamente maiores em serviços com alto escore geral da APS quando comparados a serviços

de baixo escore geral da APS^{24,35}. Pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços se comparadas com os adultos sem DCNT³⁴. Na PNS 2019 ainda se verificou que em todos os estratos socioeconômicos e demográficos a presença de DCNT aumenta a prevalência de consultas²⁶. Em síntese, os adultos que declararam ter alguma morbidade tendiam a atribuir um escore geral mais elevado quando comparados ao conjunto sem a respectiva morbidade. O estudo que avaliou a APS da capital mineira em 2015 também encontrou que os usuários hipertensos, diabéticos e obesos melhor avaliaram a APS¹⁸.

A APS tem papel fundamental na vigilância das DCNT e no monitoramento dos fatores de risco, uma vez que desenvolve atividades de prevenção desses agravos, promoção da saúde, além da redução de danos a um custo relativamente baixo por detecção e tratamento a tempo^{29,36}. É sabido que esses usuários necessitam de um monitoramento contínuo e fornecimento de insumos. Para isso, a APS precisa garantir os princípios da integralidade e coordenação do cuidado^{18,37,38}. Tendo em vista que os usuários com DCNT têm o seu cuidado preconizado pelo Ministério da Saúde como uma das ações programáticas da APS³⁶ e a PNS 2019 realizou a entrevista com usuários que utilizaram os serviços nos últimos seis meses, seria plausível supor que a satisfação dessas pessoas fosse maior do que a de usuários de demanda espontânea.

Este estudo aponta que menos de 40% da população brasileira avalia bem a APS. Nesse contexto, há que se direcionar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde e gestores para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população, por meio da expansão de abordagens e dispositivos de educação a distância, que beneficiarão a qualidade dos cuidados clínicos e das ações coletivas⁵. Outro aspecto a ser considerado é o desafio relacionado com a melhoria da estrutura dos serviços e a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional, a fim de aumentar a efetividade da APS⁵.

Entre as limitações deste estudo, observa-se a modificação das perguntas do questionário do PCATool-Brasil adulto versão reduzida¹⁶ substituindo-se o termo *profissionais* da APS para o termo *médico*. Dessa maneira, o escore geral apresentado está diretamente conectado à figura do médico na APS, diferentemente do que foi validado no país^{11,13,17}. Essa perspectiva abordada pela PNS 2019 aparece arraigada às antigas práticas biologicistas e médico-centradas, fato que está na direção contrária aos pressupostos da APS, que orienta a formação de uma equipe multiprofissional que distribui tarefas segundo as características de cada categoria profissional com o intuito de construir um cuidado multidisciplinar, ampliado por diversos saberes^{1,5,39,40}. Outro aspecto a considerar-se é que a avaliação proposta pelo instrumento contempla apenas aqueles que utilizaram um serviço de saúde e tiveram atendimento por consulta médica¹² não entrevistando indivíduos que não conseguiram acesso ao serviço. De acordo com o manual do PCATool-Brasil¹⁶, a versão reduzida desse instrumento permite apenas o cálculo do escore geral; não é possível obter os escores específicos de cada um dos atributos essenciais e derivados^{12,15,16,37}.

Outra limitação deste estudo refere-se ao tamanho amostral, que permitiu análises apenas para as UF^{14,15,39}, podendo, no máximo, ser expandidas para as suas capitais¹⁴ por causa do filtro utilizado para os respondentes. Dessa maneira, surge uma lacuna de um sistema nacional de avaliação da APS por município com a extinção do Programa Nacional de Melhoria

do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ao se implantar o programa de financiamento Previne Brasil⁴¹. Essa extinção provocou um grande empobrecimento de informações em âmbito municipal, a respeito da qualidade da APS, para a tomada de decisão. Aponta-se que a PNS 2019 teria caráter complementar ao PMAQ-AB, e não substitutivo.

Desde 2017, em função de políticas de austeridade implantadas⁴², como a Emenda Constitucional nº 95, tem-se observado o aumento da desigualdade e da vulnerabilidade da população, tornando-se essencial monitorar a qualidade da assistência à saúde em inquéritos populacionais⁴³.

Em conclusão, o estudo ressalta a importância de inserir na PNS um módulo que permite avaliar a qualidade da APS. O estudo identificou que os usuários que melhor avaliam a APS são os que mais utilizam os serviços, como as mulheres e os idosos, as pessoas de baixa renda e que têm mais morbidades, como DCNT, hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doença de pulmão, DORT, obesidade.

AGRADECIMENTOS

A Filipe Malta dos Santos e Crizian Saar Gomes, o apoio e as discussões sobre o plano de análise.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acessado em 14 out. 2021]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. Medina MG, Aquino R, Vilsbôas ALQ, Nunes CA. A pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, orgs. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2018. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e gestão da atenção básica. [Internet]. 2021. [acessado em 14 out. 2021]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/ relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
5. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018; 42(1): 208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
6. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciêns Saúde Colet* 2017; 22(6): 1881-93. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
7. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(2): e00095418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3): 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005; 83(4): 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

10. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Steins AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8): 1649-59. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
11. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 274-8. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)829)
12. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Avila P, Hauser L, Pinto, LF. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovannella L, orgs. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2018. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>
13. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(12): 4851-60. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas*. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. _
15. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouveia ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29(5): e2020315. <http://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool Brasil-2020*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [acessado em 03 out. 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/12052020_Pcatool.pdf
17. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 256-63. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)823)
18. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(3): 961-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>
19. Oliveira MMC. *Presença e extensão dos atributos da atenção primária entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação de mestrado]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007
20. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 264-73. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)826](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)826)
21. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(5): 1399-408. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
22. Silva AN, Silva SA, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(2): 236-43. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>
23. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Suppl 2): S190-S198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
24. Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AA, Duncan BB. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 235-43. [http://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)814](http://doi.org/10.5712/rbmf8(29)814)
25. Perillo RD, Poças KC, Machado IE, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. *REME Rev Min Enferm* 2020; 24: e-1300. <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20200030>
26. Malta DC, Gomes CS, Prates EJS, Santos FP, Almeida WS, Stopa SR, et al. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24 (suppl 2): E210002. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002.supl.2>
27. Melo LA, Lima KC. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020; 25(10): 3879-88. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>
28. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, Cardoso LSM, Lima MG, Barros MBA. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(suppl 2): E210003. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>
29. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013; 381(9866): 585-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61851-0)
30. Malta DC, Andrade SSSA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22: E190030. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>

31. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras. Brasília: PNUD, IPEA, FJP; 2016.
32. Saez MO, Facchini LA, Tomasi E. Avaliação da satisfação de usuários da atenção básica portadores de hipertensão e diabetes. *APS em Revista* 2019; 1(3): 206-21. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.49>
33. Giovanella L, Mendonça MHM, Medina MG, Lima JG, Fausto MCR, Seidl HM, et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, orgs. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>
34. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Suppl 1): 4s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
35. Trindade TG. Associação entre a extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acessado em 02 nov. 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf.
37. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Akerman M. OSUS e a política nacional de promoção da saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(6): 1799-809. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>
38. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?* Brasília: OPAS/OMS; 2018. [acessado em 14 out. 2021]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>
39. Pinto LF, Quesada LA, D'Ávila OP, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. Primary care assesment tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(9): 3965-79. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>
40. Organização Mundial da Saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS; 2010. [acessado em 02 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pr-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>
41. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 13 de novembro de 2019. [acessado em 01 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
42. Paes-Sousa R, Rasella D, Carepa-Sousa J. Economic policy and public health: fiscal balance and population wellbeing. *Saúde Debate* 2018; 42(n. esp. 3): 172-82. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S313>
43. Brasil. Presidência da República. Câmara dos Deputados. *Legislação informatizada. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*. *Diário Oficial da União* 15 de dezembro de 2016. [acessado em 01 nov. 2021]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>

Recebido em: 16/12/2021

Revisado em: 03/07/2022

Aceito em: 04/07/2022

Contribuições dos autores: Carvalho, F.C.: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Validação, Visualização. Bernal, R.T.I.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Metodologia, Validação. Perillo, R.D.: Conceituação, Metodologia, Validação. Malta, D.C.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Supervisão, Validação.



**ANEXO A – Script utilizado no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA)
para criação dos escores de avaliação elevada da APS**

```
tab H001
tab H005
tab H006
tab H007
```

```
keep if H005 ~= .
```

*** Afiliacao**

```
gen afilia = .
```

```
recode afilia .= 4 if H005 == 1 & H006 == 1 & H007 == 1
```

```
recode afilia .= 3 if (H005 == 2 & H006 == 1 & H007 == 1) | (H005 == 1 & H006 == 2  
& H007 == 1)|(H005 == 1 & H006 == 1 & H007 == 2)
```

```
recode afilia .= 2 if (H005 == 2 & H006 == 2 & H007 == 1) | (H005 == 2 & H006 == 1  
& H007 == 2)|(H005 == 1 & H006 == 2 & H007 == 2)
```

```
recode afilia .= 1 if H005 == 2 & H006 == 2 & H007 == 2
```

afilia	Freq.	Percent	Cum.
1	1,809	18.69	18.69
2	1,030	10.64	29.34
3	1,697	17.54	46.87
4	5,141	53.13	100.00

```
Total 9,677 100.00
```

* Inverte as categorias da H010

* É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário?

```
gen H010inv = H010
```

```
recode H010inv 1=4 2=3 3=2 4=1 5=5
```

```
tab H010 H010inv
```

* Inverte as categorias da H014

*Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

gen H014inv = H014

recode H014inv 1=4 2=3 3=2 4=1 5=5

tab H014 H014inv

* Mudar a categoria "(5)Não sabe/Não lembra" em "(2) Provavelmente não"

* Primeiro contato utilização

*Quando você tem um novo problema de saúde, você vai a “esse(a) médico(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

gen H008esc = H008

recode H008esc 5=2

tab H008 H008esc

* Primeiro contato acessibilidade

*Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

gen H009esc = H009

recode H009esc 5=2

tab H009 H009esc

*Primeiro contato acessibilidade

*É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário?

gen H010invesc = H010inv

recode H010invesc 5=2

tab H010inv H010invesc

*Longitudinalidade

*Quando você vai ao(à) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?

gen H011esc = H011

recode H011esc 5=2

tab H011 H011esc

*Longitudinalidade

*Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas a “esse(a) médico(a)”?

gen H012esc = H012

recode H012esc 5=2

tab H012 H012esc

*Longitudinalidade

*“Esse(a) médico(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você?

gen H013esc = H013

recode H013esc 5=2

tab H013 H013esc

*Longitudinalidade

*Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

gen H014invesc = H014inv

recode H014invesc 5=2

tab H014inv H014invesc

*Coordenação do cuidado

*“Esse(a) médico(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou serviço especializado?

gen H016esc = H016

recode H016esc 5=2

tab H016 H016esc

*Coordenação do cuidado

*“Esse(a) médico(a)” escreveu alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta?

gen H017esc = H017

recode H017esc 5=2

tab H017 H017esc

*Coordenação do cuidado

*“Esse(a) médico(a)” sabe quais foram os resultados dessa consulta?

gen H018esc = H018

recode H018esc 5=2
 tab H018 H018esc

*Coordenação do cuidado

*"Esse(a) médico(a)" pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu no(a) especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido(a))?

gen H019esc = H019
 recode H019esc 5=2
 tab H019 H019esc

* Coordenação sistema de informação

*Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário médico no(a) "serviço de saúde"?

gen H020esc = H020
 recode H020esc 5=2
 tab H020 H020esc

* Integralidade

*Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

gen H021esc = H021
 recode H021esc 5=2
 tab H021 H021esc

* Integralidade

*Aconselhamento sobre como parar de fumar

gen H022esc = H022
 recode H022esc 5=2
 tab H022 H022esc

* Integralidade

*Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

gen H023esc = H023
 recode H023esc 5=2
 tab H023 H023esc

* Integralidade serviços prestados

*Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

gen H024esc = H024

recode H024esc 5=2

tab H024 H024esc

* Integralidade serviços prestados

*Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

gen H025esc = H025

recode H025esc 5=2

tab H025 H025esc

* Integralidade serviços prestados

*Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

gen H026esc = H026

recode H026esc 5=2

tab H026 H026esc

* Integralidade serviços prestados

*Como prevenir quedas

gen H027esc = H027

recode H027esc 5=2

tab H027 H027esc

* Orientação familiar

*“Esse(a) médico(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?

gen H028esc = H028

recode H028esc 5=2

tab H028 H028esc

* Orientação familiar

*“Esse(a) médico(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

```
gen    H029esc    =    H029
recode H029esc    5=2
tab H029 H029esc
```

* Orientação comunitaria

```
gen    H030esc    =    H030
recode H030esc    5=2
tab H030 H030esc
```

* Criar flag = 1

```
gen    H008flag=1 if H008 <= 4
recode H008flag .=0 if    H008  ~=.
tab H008 H008flag
```

```
gen    H009flag=1 if H009 <= 4
recode H009flag .=0 if    H009  ~=.
tab H009 H009flag
```

```
gen    H010flag=1 if H010 <= 4
recode H010flag .=0 if    H010  ~=.
tab H010 H010flag
```

```
gen    H011flag=1 if H011 <= 4
recode H011flag .=0 if    H011  ~=.
tab H011 H011flag
```

```
gen    H012flag=1 if H012 <= 4
recode H012flag .=0 if    H012  ~=.
tab H012 H012flag
```

```
gen    H013flag=1 if H013 <= 4
recode H013flag .=0 if    H013  ~=.
tab H013 H013flag
```

```
gen    H014flag=1 if H014 <= 4
recode H014flag .=0 if      H014  ~=.
tab H014 H014flag
```

```
* n=2976 pode recodificar o missing =0
* se H008?
```

```
gen    H016flag=1 if H016 <= 4
recode H016flag .=0 if      H016  ~=.
tab H016 H016flag
```

```
gen    H017flag=1 if H017 <= 4
recode H017flag .=0 if      H017  ~=.
tab H017 H017flag
```

```
gen    H018flag=1 if H018 <= 4
recode H018flag .=0 if      H018  ~=.
tab H018 H018flag
```

```
gen    H019flag=1 if H019 <= 4
recode H019flag .=0 if      H019  ~=.
tab H019 H019flag
```

```
gen    H020flag=1 if H020 <= 4
recode H020flag .=0 if      H020  ~=.
tab H020 H020flag
```

```
gen    H021flag=1 if H021 <= 4
recode H021flag .=0 if      H021  ~=.
tab H021 H021flag
```

```
gen    H022flag=1 if H022 <= 4
recode H022flag .=0 if      H022  ~=.
tab H022 H022flag
```

```
gen    H023flag=1 if H023 <= 4
recode H023flag .=0 if      H023  ~=.
tab H023 H023flag
```

```
gen    H024flag=1 if H024 <= 4
recode H024flag .=0 if      H024  ~=.
tab H024 H024flag
```

```
gen    H025flag=1 if H025 <= 4
recode H025flag .=0 if      H025  ~=.
tab H025 H025flag
```

```
gen    H026flag=1 if H026 <= 4
recode H026flag .=0 if      H026  ~=.
tab H026 H026flag
```

```
gen    H027flag=1 if H027 <= 4
recode H027flag .=0 if      H027  ~=.
tab H027 H027flag
```

```
gen    H028flag=1 if H028 <= 4
recode H028flag .=0 if      H028  ~=.
tab H028 H028flag
```

```
gen    H029flag=1 if H029 <= 4
recode H029flag .=0 if      H029  ~=.
tab H029 H029flag
```

```
gen    H030flag=1 if H030 <= 4
recode H030flag .=0 if      H030  ~=.
tab H030 H030flag
```

```
gen afiliaflag =1 if afilia <=4
recode afiliaflag .=0 if afiliaflag ~=.
tab afilia afiliaflag
```

tab H008flag
tab H009flag
tab H010flag
tab H011flag
tab H012flag
tab H013flag
tab H014flag
tab H016flag
tab H017flag
tab H018flag
tab H019flag
tab H020flag
tab H021flag
tab H022flag
tab H023flag
tab H024flag
tab H025flag
tab H026flag
tab H027flag
tab H028flag
tab H029flag
tab H030flag
tab afiliaflag

recode H016flag .=0 if afilia ~=.

recode H017flag .=0 if afilia ~=.

recode H018flag .=0 if afilia ~=.

recode H019flag .=0 if afilia ~=.

* Geral flag

gen geralflag = H008flag+H009flag+H010flag+H011flag+
H012flag+H013flag+H014flag+H016flag+H017flag+H018flag+H019flag+H020flag+
H021flag+H022flag+H023flag+H024flag+H025flag+H026flag+H027flag+H028flag+
H029flag+H030flag+afiliaflag

tab geralflag

*** fim resultado

tab H008esc

tab H009esc

tab H010invesc

tab H011esc

tab H012esc

tab H013esc

tab H014invesc

tab H016esc

tab H017esc

tab H018esc

tab H019esc

tab H020esc

tab H021esc

tab H022esc

tab H023esc

tab H024esc

tab H025esc

tab H026esc

tab H027esc

tab H028esc

tab H029esc

tab H030esc

tab afilia

label variable V0031 "Tipo de área"

label define area 1 "Capital" 2 "Resto da RM" 3 "RIDE (excluindo a capital)" 4 "Resto da UF "

label variable fxscore "Score >=6.6"

label define cat2 1 "Sim" 2 "Não"

label values fxscore cat2

label values V0031 area

```
svyset UPA_PNS [pweight=V00291], vce(linearized) singleunit(missing)
```

```
*** os códigos são do SAS *****
```

```
* Geral
```

```
f H015 = 1 & geralflag > 11.5 then
```

```
gen                                geral=
mean(H008esc,H009esc,H010invesc,H011esc,H012esc,H013esc,H014invesc,H016esc,
H017esc,H018esc,H019esc,H020esc,H021esc,H022esc,H023esc,H024esc,H025esc,H0
26esc,H027esc,H028esc,H029esc,H030esc,afilia);
```

```
else if (H015 > 1 & geralflag > 9.5) then
```

```
geral                                =
mean(H008esc,H009esc,H010invesc,H011esc,H012esc,H013esc,H014invesc,H020esc,
H021esc,H022esc,
```

```
H023esc,H024esc,H025esc,H026esc,H027esc,H028esc,H029esc,H030esc,afilia);
```

```
* Geral ajustado
```

```
geralaj = ((geral - 1)*10)/3; *escore ajustado para assumir valores em [0, 10]*
```

```
* essa parte foi feita no spss
```

```
* cria escore geral APS - categórico (1 >=6.6- 0<6.6);
```

```
if geralaj > . then
```

```
    geralajalto = (geralaj >= 6.6);else
```

```
    geralajalto = .;
```


ANEXO B – Questionário PNS 2019 – Módulo H: Atendimento Médico (18 anos ou mais)

Módulo H – Atendimento Médico (18 anos ou mais)

H1. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou com um(a) médico(a)? **H001**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Até 15 dias

<input type="checkbox"/> 2. Mais de 15 dias até 1 mês

<input type="checkbox"/> 3. Mais de 1 mês até 6 meses | <input type="checkbox"/> 4. Mais de 6 meses

<input type="checkbox"/> 5. Nunca consultou um médico(a) |
|---|---|

(Se H1 = 1 ao 3, siga H2. Se H1 = 4 ou 5, encerre o questionário)

H2. Essa consulta foi o seu primeiro atendimento com esse(a) médico? **H002**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

(Se H2 = 1, encerre o questionário. Se H2= 2, siga H3)

79

H3. Por qual motivo o(a) Sr(a) precisou consultar com um(a) médico(a)? **H003**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Acidente ou lesão

<input type="checkbox"/> 2. Continuação de tratamento ou terapia

<input type="checkbox"/> 3. Consulta pré-natal

<input type="checkbox"/> 4. Exame médico periódico | <input type="checkbox"/> 5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista etc.)

<input type="checkbox"/> 6. Problema de saúde mental

<input type="checkbox"/> 7. Doença ou outro problema de saúde

<input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: H00301 _____) |
|---|--|

(siga H4)

H4. Onde procurou o atendimento médico por este motivo?

H004

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou Unidade de saúde da família)

<input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica

<input type="checkbox"/> 3. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

<input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)

<input type="checkbox"/> 5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)

<input type="checkbox"/> 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público

<input type="checkbox"/> 7. Hospital público / ambulatório | <input type="checkbox"/> 8. Consultório particular ou clínica privada

<input type="checkbox"/> 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato

<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado

<input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular

<input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família

<input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: H00401 _____) |
|--|--|

(Se H4 = 1, siga H5. Se H4 diferente 1, encerre o questionário)

Extensão da Afiliação com Médico(a) / Serviço de Saúde

Entrevistador(a) leia: A partir de agora, todas as perguntas serão sobre o(a) médico(a) que atendeu você na sua última consulta médica na unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família)

ATENÇÃO: Sempre que houver no item a expressão "esse(a) ou "esse(a) médico(a)" estamos referindo o(a) médico(a) com o(a) qual foi realizada a última consulta na unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família)

H5. Você geralmente procura "esse(a) médico(a)" quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? H005	
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
(siga H6)	
H6. "Esse(a)" é o médico(a) que melhor conhece você como pessoa? H006	
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
(siga H7)	
H7. "Esse(a)" é o médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde? H007	
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
(siga H8)	

Acesso de Primeiro Contato - Utilização

Entrevistador(a), entregue o cartão ao morador, e peça que ele indique a melhor opção de resposta para as próximas perguntas.

H8. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à "esse(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde? H008		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H9)		

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

ATENÇÃO: A expressão "serviço de saúde" indica a unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família) na qual foi realizada a última consulta esse(a) médico

H9. Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? H009		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H10)		

80

H10. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário? H010		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H11)		

Longitudinalidade

<p>H11. Quando você vai ao(à) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes? H011</p>		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não (siga H12)	
<p>H12. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à "esse(a) médico(a)"? H012</p>		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não (siga H13)	
<p>H13. "Esse(a) médico(a)" sabe quais problemas são mais importantes para você? H013</p>		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não (siga H14)	
<p>H14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) "serviço de saúde" para outro serviço de saúde? H014</p>		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não (siga H15)	

Coordenação do Cuidado

<p>H15. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento com "esse(a) médico(a)"? (Entrevistador(a) Leia todas as alternativas) H015</p>		
<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga H16)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe H20)	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra (passe H20)
<p>H16. "Esse(a) médico(a)" sugeriu(indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou serviço especializado? H016</p>		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não (siga H17)	
<p>H17. "Esse(a) médico(a)" escreveu alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta? H017</p>		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não (siga H18)	
<p>H18. "Esse(a) médico(a)" sabe quais foram os resultados dessa consulta (com especialista ou no serviço especializado)? H018</p>		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não (siga H19)	
<p>H19. "Esse(a) médico(a)" pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu no(a) especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido(a))? H019</p>		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não (siga H20)	

Coordenação - Sistema de Informações

H20. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário médico no(a) "serviço de saúde"? H020		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H21)		

Integralidade – Serviços Disponíveis

Entrevistador(a) leia: A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam Esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique se no(a) "serviço de saúde" essas opções estão disponíveis)

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

H21. Aconselhamento para problemas de saúde mental (Ex: ansiedade, depressão)? H021		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H22)		

H22. Aconselhamento sobre como parar de fumar? H022		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H23)		

H23. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (Ex: diminuição da memória, risco de cair)? H023		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H24)		

Integralidade - Serviços Prestados

Entrevistador(a) leia: A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no(a) "nome do serviço de saúde". Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são conversados com você.

H24. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) ? H024		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H25)		

H25. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você? H025		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H26)		

H26. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando? H026		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H27)		

H27. Como prevenir quedas? H027		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H28)		

Orientação Familiar

Entrevistador(a) leia: As perguntas a seguir são sobre a experiência da sua família com os profissionais de saúde no(a) "serviço de saúde".

H28. "Esse(a) médico(a)" pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?			
(4) Com certeza sim	H028	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não	
(siga H29)			

82

H29. "Esse(a) médico(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? H029			
(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não	
(siga H30)			

Orientação Comunitária

Entrevistador(a): A próxima pergunta avalia a qualidade de serviços de saúde

H30. No(a) "serviço de saúde" é(são) realizada(s) pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?			
(4) Com certeza sim	H030	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não		(1) Com certeza não	
(Encerre o questionário)			