

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Rosângela Durso Perillo**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
EM BELO HORIZONTE: a perspectiva dos usuários  
entrevistados por inquérito telefônico**

**Belo Horizonte – MG**

2020

**Rosângela Durso Perillo**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
EM BELO HORIZONTE: a perspectiva dos usuários  
entrevistados por inquérito telefônico**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de Título de Doutor em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos à Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Deborah Carvalho Malta

Coorientadora: Dra. Regina Tomie Ivata Bernal

**Belo Horizonte – MG**

2020

P444a Perillo, Rosângela Durso.  
Avaliação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte [manuscrito]: a perspectiva dos usuários entrevistados por inquérito telefônico. / Rosângela Durso Perillo. - - Belo Horizonte: 2020.  
192f.: il.  
Orientador (a): Deborah Carvalho Malta.  
Coorientador (a): Regina Tomie Ivata Bernal.  
Área de concentração: Promoção da Saúde.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Inquéritos Epidemiológicos. 5. Dissertação Acadêmica. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Bernal, Regina Tomie Ivata. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 84.6

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

Escola de Enfermagem da UFMG  
 Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
 Av. Alfredo Barenha, 190, 30130-100  
 Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
 Fone: (31) 3409-9836 | (31) 3409-9889  
 caixa postal: 1556 | colgrad@eni.ufmg.br

25  
 anos

enfermagem  
 pós-graduação

UFMG  
 UNIVERSIDADE FEDERAL  
 DE MINAS GERAIS

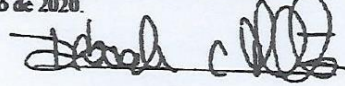
**ATA DE NÚMERO 156 (CENTO E CINQUENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ROSÂNGELA DURSO PERILLO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.**

Aos 20 (vinte) dias do mês de março de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE: A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO", da aluna Rosângela Durso Perillo, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Deborah Carvalho Malta (orientadora), Regina Tomie Ivata Bernal (coorientadora, participou da sessão por videoconferência), Alancir de Fátima dos Santos, Maria Aparecida Turci, Kátia Crestine Poças (participou da sessão por videoconferência) e Eliete Albano de Azevedo Guimarães, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;  
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Patrícia Prata Salgado, Servidora do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de março de 2020.

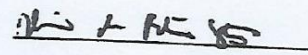
Prof. Dr. Deborah Carvalho Malta  
 Orientadora (Esc. Enf./UFMG)



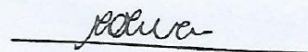
Prof. Dr. Regina Tomie Ivata Bernal  
 (Coorientadora)



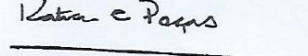
Prof. Dr. Alancir de Fátima dos Santos  
 (FM/UFMG)



Prof. Dr. Maria Aparecida Turci  
 (UNFENAS)



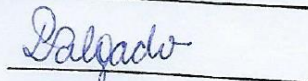
Prof. Dr. Kátia Crestine Poças  
 (UNB)



Prof. Dr. Eliete Albano de Azevedo Guimarães  
 (UFSJ)



Patrícia Prata Salgado  
 Servidora do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião de CPQ  
 Em 06/04/2020

### MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **ROSÂNGELA DURSO PERILLO**

As modificações foram as seguintes:

Area containing a large diagonal line drawn across the horizontal lines, indicating no modifications were required.

#### NOMES

- Prof. Dr. Deborah Carvalho Malta
- Prof. Dr. Regina Tomie Ivata Bernal
- Prof. Dr. Alaneir de Fátima dos Santos
- Prof. Dr. Maria Aparecida Turci
- Prof. Dr. Kátia Crestine Poças
- Prof. Dr. Eliete Albano de Azevedo Guimarães

#### ASSINATURAS

- [Signature]*
- [Signature]*
- [Signature]*
- [Signature]*
- [Signature]*
- [Signature]*

HOMOLOGADO em reunião do CPE  
Em 06/04/2008

*Dedico à realização deste sonho*

*Aos meus pais, **Ruy Durso** (In memoriam) e **Genir de Paula Durso** pela dedicação, amor e sabedoria e por me ensinar o valor do estudo, da seriedade, tolerância e persistência para lutar pelas coisas em que se acreditamos. **PAI**, você sempre será meu maior exemplo de dignidade, humildade, generosidade e perseverança.*

*Ao meu filho, **Luigi Durso Pavan Perillo**, meu bem maior. Em você encontrei a força e a esperança para ir até o fim deste novo desafio, em busca de mais conhecimento e realização profissional. Você me inspira todos os dias e, apesar de jovem, tem uma sabedoria invejável e me motivou a nunca desistir do meu sonho.*

***PAI, cheguei lá!!!***

## *Agradecimentos*

À **Deus**, por me dar saúde, serenidade e perseverança para retirar todas as pedras que encontrei no caminho, me mostrar que não há limites para se alcançar um objetivo e me dar sabedoria para vencer as adversidades.

À minha orientadora, **Deborah Carvalho Malta**, por me dar oportunidade de realizar este sonho. Você tem toda minha admiração por ser uma mulher forte, mas ao mesmo tempo meiga e gentil e ser competente sem ser arrogante. Você é o maior exemplo de que competência pode sim caminhar junto da simplicidade e generosidade. Deus te proteja nessa sua missão diante da saúde pública do nosso país.

Alguns anjos surgiram nessa minha trajetória e irão ficar para sempre em meu coração como as queridas **Kátia Crestine Poças, Ísis Eloah Machado, Regina Tomie Ivata Bernal e Elisabeth Carmen Duarte**. Aprendi muito com vocês e sou eternamente grata pela generosidade em partilhar comigo todo conhecimento acumulado.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, **Alaneir de Fátima dos Santos, Jorge Gustavo Velásquez Meléndez, Maria Aparecida Turci, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, Kátia Crestine Poças e Ísis Eloah Machado**. Todas as colocações feitas foram muito preciosas para o enriquecimento do estudo.

Aos colegas do grupo de trabalho da Prof<sup>a</sup> Deborah, **Bárbara, Rafaela, Renata, Alanna, Ana Carolina, Lais, Fabiana, Queren, Francielle e Elton**. Amigos de todas as horas, muito obrigada pro tudo.

Aos colegas do doutorado, pela oportunidade de compartilhamentos enriquecedores para a minha formação, em especial, a **Emanuella Gomes Maia** (a Manu), extremamente generosa.

Às amigas, **Shirley Almeida, Patrícia Moraes, Nires Talma, Renata Ciminelli, Bernadette Costa** pela amizade e palavras de incentivo, que tornaram meus dias mais alegres e divertidos.

À minha família, irmãos, sobrinhos e em especial aos meus pais **Ruy Durso** (In memoriam) e **Genir de Paula Durso**, minha tia **Therezinha Maria de Paula Costa** e meu irmão **William Durso**, por sempre acreditar em mim, por serem meus maiores incentivadores.

E por fim ao meu querido marido **Ricardo Pavan Perillo**, meu amado filho **Luigi Durso Pavan Perillo** e minha nora **Carolina Vargas Duarte**, peço desculpas pelas ausências nos momentos em família, mas tenho certeza de que valorizam meu esforço e sabem da importância dessa conquista na minha vida.

## TOCANDO EM FRENTE

Renato Teixeira e Almir Sater

Ando devagar porque já tive pressa

E levo esse sorriso

Porque já chorei demais

Hoje me sinto mais forte

Mais feliz, quem sabe

Só levo a certeza

De que muito pouco sei

Ou nada sei

Conhecer as manhas e as manhãs

O sabor das massas e das maçãs

É preciso amor pra poder pulsar

É preciso paz pra poder sorrir

É preciso a chuva para florir

Penso que cumprir a vida

Seja simplesmente

Compreender a marcha

E ir tocando em frente

Como um velho boiadeiro

Levando a boiada

Eu vou tocando os dias

Pela longa estrada, eu vou

Estrada eu sou

Conhecer as manhas e as manhãs

O sabor das massas e das maçãs

É preciso amor pra poder pulsar

É preciso paz pra poder sorrir

É preciso a chuva para florir

Todo mundo ama um dia

Todo mundo chora

Um dia a gente chega

E no outro vai embora

Cada um de nós...



## RESUMO

**Introdução:** Atenção Primária à Saúde é considerada elemento chave para que uma Rede de Atenção à Saúde se torne eficiente. Em Belo Horizonte foram realizados investimentos na expansão da Estratégia da Saúde da Família buscando a qualificação da assistência e a ampliação do acesso. Entretanto é necessário conhecer a percepção do usuário considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Avaliar o desempenho dos serviços da Atenção Primária à Saúde pela presença e extensão de seus atributos no município de Belo Horizonte, na ótica dos usuários e a sua associação com as características sociodemográficas, condições autorreferidas e fatores de risco comportamentais para Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional do inquérito telefônico Vigitel 2015. A população do estudo são adultos ( $\geq 18$  anos de idade) residente em Belo Horizonte em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa e que utilizaram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses. No referido ano, o Vigitel contou com um módulo adicional, sobre a avaliação da Atenção Primária à Saúde (*módulo avaliação Vigitel*). Foram entrevistados 2.125 adultos, onde 2.006 relataram ter procurado algum serviço de saúde e 872 utilizaram os serviços da Atenção Primária à Saúde. O cálculo dos escores considerou os dados coletados no *módulo avaliação Vigitel*. Realizou-se a análise descritiva das variáveis e o teste  $\chi^2$  de *Person* para identificar associações, com nível de significância de 5%. Inicialmente calculou-se as Razões de Prevalência brutas e ajustadas por escolaridade e cor da pele com intervalos de confiança de 95% utilizando o modelo de regressão de *Poisson* com estimador de variância robusta na análise dos fatores associados. Posteriormente realizou-se regressão logística que estimaram o Odds Ratio. As análises foram realizadas utilizando o módulo *Survey* disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA) versão 14.0 para que fosse possível incorporar a ponderação dos dados do Vigitel. **Resultados:** Observou-se que a utilização da Atenção Primária à Saúde foi maior entre entrevistados sem plano de saúde (RP 1,76; IC95% 1,55-1,99), com baixa escolaridade, isto é  $\leq 8$  anos de estudo (RP 1,59; IC95% 1,35 - 1,87), seguido de 9 a 11 anos de estudos (RP 1,37; IC95% 1,16 - 1,61) e as mulheres (RP 1,34; IC95% 1,19 - 1,51). Os entrevistados que referiram uso abusivo de álcool (RP 0,79; IC95% 0,66 - 0,95) e na faixa etária de 40 a 59 anos (RP 0,93; IC95% 0,88 - 0,99) usaram menos a Atenção Primária à Saúde. O escore geral

calculado com os dados do *módulo Vigitel avaliação* foi 5,48 (IC95% 5,35 - 5,61) e considerando o PCATool reduzido foi 5,01 (IC95% 4,86 - 5,15). Em ambos os instrumentos, os escores dos atributos primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (cuidado) apresentaram médias superiores ao escore geral de maior valor (5,48). De modo geral, as avaliações dos instrumentos são coincidentes, porém o atributo primeiro contato (utilização) foi o mais bem avaliado pelos usuários considerando o instrumento do *módulo avaliação Vigitel* (7,09; IC95% 6,93 - 7,26). Não houve diferença na avaliação segundo Regional de Saúde. Os usuários que reportaram alto escore ( $\geq 6,6$ ) para a qualidade da APS foram usuários sem plano de saúde com 3,21 mais chances (IC95% 2,08 - 4,96) do que adultos com plano de saúde, também usuários com baixa escolaridade tem 2,81 mais chances (IC95% 1,48 - 5,32) do que adultos como maior escolaridade, os diabéticos têm 1,84 mais chances (IC95% 1,05 - 3,24), os obesos tem 1,97 mais chances (IC95% 1,20 - 3,24), os idosos tem 1,19 chances (IC95% 1,00 - 1,41) de reportar alto escore para a qualidade da APS do que os demais. **Conclusão:** O estudo inova ao utilizar o PCATool em inquérito telefônico e mostrou-se útil na avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, na perspectiva dos usuários e a sua associação com as características sociodemográficas, condições autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT. Mostrou ser uma forma inovadora de avaliação e que pode ser replicada em todo país, além de contribuir na gestão dos serviços, além de ser de baixo custo e rapidez na aplicação do instrumento. Como é uma ferramenta utilizada mundialmente com diferentes versões validadas para contextos locais, permite a comparabilidade dos achados.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Uso de Serviços de Saúde; Inquéritos epidemiológicos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Primary Health Care is considered a key element for a Health Care Network to become efficient. In Belo Horizonte, investments were made in expanding the Family Health Strategy seeking to qualify assistance and expand access. However, it is necessary to know the user's perception considering the attributes of Primary Health Care. **Objective:** To evaluate the performance of Primary Health Care services by the presence and extension of its attributes in the city of Belo Horizonte, from the users' perspective and its association with sociodemographic characteristics, self-reported conditions and behavioral risk factors for Chronic Non-Communicable Diseases. **Method:** This is a cross-sectional population-based study from the Vigitel 2015 telephone survey. The study population is adults ( $\geq 18$  years old) residing in Belo Horizonte in households with at least one landline and who used some health service in last 12 months. In that year, Vigitel had an additional module on the evaluation of Primary Health Care (*Vigitel evaluation module*). 2,125 adults were interviewed, where 2,006 reported having sought some health service and 872 used the services of Primary Health Care. The calculation of the scores considered the data collected in the *Vigitel evaluation module*. Descriptive analysis of variables and Person's  $\chi^2$  test were performed to identify associations, with a significance level of 5%. Initially, crude and adjusted Prevalence Ratios were calculated by education and skin color with 95% confidence intervals using the Poisson regression model with robust variance estimator in the analysis of associated factors. Subsequently, logistic regression was performed, which estimated the Odds Ratio. The analyzes were performed using the Survey module available in Data Analysis and Statistical Softwares (STATA) version 14.0 so that it was possible to incorporate the weighting of Vigitel data. **Results:** It was observed that the use of Primary Health Care was higher among respondents without health insurance (PR 1.76; 95% CI 1.55-1.99), with low education, that is,  $\leq 8$  years of study (PR 1.59; 95% CI 1.35 - 1.87), followed by 9 to 11 years of study (PR 1.37; 95% CI 1.16 - 1.61) and women (PR 1.34; 95% CI) % 1.19 - 1.51). Respondents who reported alcohol abuse (PR 0.79; 95% CI 0.66 - 0.95) and in the 40-59 age group (PR 0.93; 95% CI 0.88 - 0.99) used minus Primary Health Care. The general score calculated with the data from the *Vigitel evaluation module* was 5.48 (95% CI 5.35 - 5.61) and considering the reduced PCATool items was 5.01 (95% CI 4.86 - 5.15). In both instruments, the scores for the attributes first contact (use), longitudinality and coordination (care) presented means higher than the general score with the highest

value (5.48). In general, the evaluations of the instruments are coincident, however the attribute first contact (use) was the best evaluated by users considering the instrument of the module Vigitel Evaluation (7.09; 95% CI 6.93 - 7.26). There was no difference in the assessment according to Regional Health. The users who reported a high score ( $\geq 6.6$ ) for the quality of PHC were users without health insurance with 3.21 more chances (95% CI 2.08 - 4.96) than adults with health insurance, also users with low education have 2.81 more chances (95% CI 1.48 - 5.32) than adults with higher education, diabetics have 1.84 more chances (95% CI 1, 05 - 3.24), the obese have 1.97 more chances (95% CI 1.20 -3.24), the elderly have 1.19 chances (95% CI 1.00 - 1.41) to report a high score for quality of PHC, than the others. **Conclusion:** The study innovates when using PCATool in a telephone survey and proved to be useful in evaluating the performance of Primary Health Care in the city of Belo Horizonte, from the perspective of users and its association with sociodemographic characteristics, self-reported conditions and behavioral risk factors. for NCDs. It proved to be an innovative form of assessment that can be replicated throughout the country, in addition to contributing to the management of services, as well as being of low cost and speed in the application of the instrument. As it is a tool used worldwide with different versions validated for local contexts, it allows comparability of findings.

**Keywords:** Primary Health Care; Health Services Research; Health Services; Health Surveys.

## LISTA ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema de organização dos serviços proposto no Relatório Dawson	30
Figura 2: Região metropolitana de Belo Horizonte	56
Figura 3: Regionais de Saúde de Belo Horizonte	57
Figura 4: Distribuição etária da população em Belo Horizonte, 2012	58
Figura 5: Pirâmides Etárias, Belo Horizonte, 2000 e 2010	58
Figura 6: Serviços da Atenção Primária de Belo Horizonte	61
Figura 7: Plano amostral do Vigitel	67
Figura 8: Fluxo amostral do estudo de utilização dos serviços de APS na perspectiva do usuário. Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015.	70
Figura 9: Fluxo amostral do estudo de utilização dos serviços de APS na perspectiva do usuário. Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015.	75

### ARTIGO 1

Fluxo amostral do estudo de utilização dos serviços de APS na perspectiva do usuário. Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015.	90
--	----

### LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Unidades físicas da rede própria do SUS-BH, 2013 a 2017	60
Quadro 2: Descrição dos cálculos dos escores do PCATool	66
Quadro 3: Descrição das variáveis do estudo de utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte, 2015.	71
Quadro 4: Descrição das variáveis do estudo de avaliação dos serviços da Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte, 2015.	78

### LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Equipes da Saúde da Família e cobertura populacional, BH, 2012 a 2017.	59
---	----

### LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos atributos da Atenção Primária à Saúde e dos respectivos itens usados no instrumento do módulo avaliação do Vigitel. Belo Horizonte, 2015	63
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>ARTIGO 1</b>	81
Tabela 1: Caracterização da utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, por adultos, segundo características sociodemográficas, fatores de risco comportamentais para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e condições de saúde autorreferida, Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015	94
Tabela 2: Caracterização da utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, por adultos, segundo fatores de risco comportamentais para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e condições de saúde autorreferida, Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015.	95
Tabela 3: Fatores associados à procura dos serviços de Atenção Primária à Saúde por adultos, Belo Horizonte, Brasil, Vigitel, 2015.	97
<b>ARTIGO 2</b>	104
Tabela 1. Descrição dos atributos da APS e dos itens do PCATool-ADULTO-BRASIL, Belo Horizonte, 2015.	110
Tabela 2: Caracterização dos adultos que utilizaram os serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, segundo características sociodemográficas, Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015.	114
Tabela 3: Escore geral obtido na avaliação da Atenção Primária à Saúde, segundo localização da unidade utilizada pelo do usuário entrevistado, Belo Horizonte, Vigitel, 2015.	115
Tabela 4. Escore médio obtido por atributo da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários, Belo Horizonte, Vigitel, 2015.	117
<b>ARTIGO 3</b>	124
Quadro 1: Descrição dos cálculos dos escores do PCATool	133
Tabela 1: Caracterização dos usuários adultos dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, segundo características sociodemográficas e escores de avaliação. Vigitel, Belo Horizonte, 2015. (n=872)	134
Tabela 2: Caracterização dos usuários adultos dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, segundo fatores de risco comportamentais para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, condições de saúde autorreferida e escores de avaliação, Vigitel, Belo Horizonte, 2015.	137
Tabela 3. Fatores associados a avaliação com escore $\geq 6,6$ feita pelos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte. Vigitel, 2015.	138
Tabela 4. Fatores associados a avaliação com escore $\leq 6,6$ feita pelos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte. Vigitel, 2015.	139

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ANS - Agência Nacional de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AQ-PCP - ADHD Questionnaire for Primary Care Providers

CAA/AB - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica

CEO - Centro de especialidades Médicas

CEP - Código de Endereçamento Postal

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética e Pesquisa

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ELB- PROESF – Estudo de linhas de base do Projeto Expansão e Consolidado da Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EqSF - Equipe de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

EUROPEP - *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*

FR - Fator de risco

GPAS - General Practice Assessment Survey

GPAQ - General Practice Assessment Questionnaire

HA - Hipertensão Arterial

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de Confiança

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDSUS - Índice do Desenvolvimento do SUS

IVS - Índice de Vulnerabilidade à Saúde

LA - Local Authorities

MS - Ministério da Saúde

NHS - National Health System

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas<sup>6</sup>

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PACOTAPS - Aplicativo para Atenção Primária em Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCAT - *Primary Care Assessment Tool*

PCATool-Brasil - *Primary Care Assessment Tool-Brasil*

PCET - *WHO Primary Care Evaluation Tool*

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

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PROESF - Projeto Expansão e Consolidado da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RMBH - Região Metropolitana de Belo Horizonte

RS - Rio Grande do Sul

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SB - Saúde Bucal

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

TDAH - Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UHC - Universal Health Coverage

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UnB - Universidade de Brasília

Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	19
<b>1.1 OBJETIVOS</b>	26
1.1.1 Objetivo geral	27
1.1.2 Objetivos específicos	27
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	28
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS	29
2.2 A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	36
2.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A UTILIZAÇÃO DO <i>PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL</i>	39
2.4 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	50
<b>3 MÉTODOS</b>	54
3.1 TIPO DE ESTUDO	55
3.2 LOCAL DO ESTUDO	55
3.3 PERÍODO DE ESTUDO	61
3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	61
3.5 FONTES DE DADOS	62
3.6 INSTRUMENTO	62
3.7 PLANO AMOSTRAL DO VIGITEL	66
3.8 COLETA DE DADOS	68
3.9 1ª ETAPA: EXPERIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA APS EM BH (ESTUDO 1)	69
3.9.1 População do estudo	70
3.9.2 Variáveis do estudo	71
3.9.3 Análise dos dados	72
3.10 2ª ETAPA: ANÁLISE DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA APS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS. (ESTUDO 2)	73
3.10.1 População do estudo	73
3.10.2 Variáveis do estudo	74
3.10.3 Análise dos dados	75
3.11 3ª ETAPA: ASSOCIAÇÃO ENTRE O DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA APS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES AUTORREFERIDAS E FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS PARA DCNT (ESTUDO 3)	76

3.11.1 População do estudo	76
3.11.2 Variáveis do estudo	77
3.10.3 Análise dos dados	78
3.12 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	79
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>80</b>
4.1 ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PELA POPULAÇÃO ADULTA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, SEGUNDO INQUÉRITO TELEFÔNICO	81
4.2 ARTIGO 2: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ÓTICA DOS USUÁRIOS: REFLEXÕES SOBRE O USO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL-BRASIL VERSÃO REDUZIDA NOS INQUÉRITOS TELEFÔNICOS	104
4.3 ARTIGO 3: FATORES ASSOCIADOS A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: RESULTADOS DO INQUÉRITO TELEFÔNICO VIGITEL, 2015	124
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>150</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>172</b>



# *1 Introdução*

## 1 INTRODUÇÃO

Há várias décadas a Atenção Primária à Saúde (APS) representa um elemento chave para uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) ser considerada eficaz, pois caracteriza o primeiro contato do indivíduo com um sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Desde 1920, o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, associa o conceito de APS a alguns pressupostos como a organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida e estes conceitos passaram a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

A partir dos anos 1970, a discussão em torno da APS se intensifica internacionalmente, trazendo a pauta questões sobre a organização da atenção à saúde que não respondia de maneira eficaz às demandas da população, uma assistência focada no modelo hospitalocêntrico, intervencionista, fragmentada e centrada no atendimento médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil, ocorreram importantes mudanças no cenário político da década de 1990 e no âmbito da saúde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) marcam a mudança de paradigma neste setor. A APS, também chamada de Atenção Básica (AB), é considerada o eixo norteador da RAS no SUS. Nos serviços de saúde, a APS é responsável por ordenar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde disponíveis na RAS (BRASIL, 2012b).

No país a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e sua grande expansão em todo território nacional fomentada pelo Ministério da Saúde é considerada com uma estratégia prioritária na estruturação da APS, a principal porta de entrada do SUS.

A APS é a principal responsável pela diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária apresentando uma importante redução dos custos do sistema e confirmando sua importância no desempenho do SUS. (MACINKO *et al.*, 2011).

Starfield (2002a) ressalta que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem importante papel nos atributos de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação

do cuidado, devendo ser a porta de entrada preferencial da RAS articulada aos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar.

Assim a APS constitui-se como elemento chave na garantia da integralidade, da universalidade e da equidade reforçando os princípios do SUS (BRASIL, 2011b). Tal afirmativa foi ressaltada por Malta *et al.* (2016) que comparou os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) com a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), e mostrou que a cobertura da ESF passou de 50,9%, segundo a PNAD 2008, para 53,4% em 2013 (segundo a PNS). Afirmou que o aumento da cobertura da ESF é um passo fundamental para a garantia do bom desempenho da APS e a ampliação do vínculo com o usuário.

Segundo Starfield (2002a), a busca da qualidade da atenção à saúde será um eterno desafio pois uma vez atingido determinado padrão de qualidade, surgirá sempre a exigência de um patamar superior a ser alcançado.

Porém, apesar do desafio, é necessária uma maior compreensão do conceito de qualidade na APS e no SUS de forma que se torne mais claro o processo avaliativo dos programas e serviços de saúde ofertados. Os resultados da avaliação da qualidade da assistência visam minimizar os gastos, ampliar a oferta de serviços de saúde, melhor capacitar os profissionais e incorporar novas tecnologias para a prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento das doenças (FRIAS *et al.*, 2010).

O Ministério da Saúde buscou institucionalizar a avaliação da APS, incluindo financiamento de estudos acadêmicos, apoiando o desenvolvimento de parcerias entre serviços e centros formadores, fazendo a contratação de instituições para realização de pesquisas avaliativas, desenvolvimento de metodologias de avaliação da atenção básica, entre outros (ALMEIDA; MANCINKO, 2006). Foram diversas iniciativas, desde os estudos do Projeto Expansão e Consolidado da Saúde da Família (PROESF) em 2004 (FELISBERTO, 2004), o apoio ao desenvolvimento do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (BRASIL, 2010b), e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) a partir de 2011 (BRASIL, 2012a).

A pesquisa avaliativa a partir de métodos científicos busca analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

No campo das práticas em saúde podemos dizer que avaliação e qualidade estão estreitamente relacionadas. Para qualificar a assistência é necessário avaliar (POÇAS; CAZARIN; MENDES, 2011; VAN STRALEN, 2008). Ao avaliar a qualidade da atenção em saúde é importante considerar a complexidade do sistema de saúde, buscando conhecer os determinantes da saúde e sua relação com a demanda em saúde da sociedade. Outro fator a ser considerado no momento da avaliação é a opinião dos envolvidos no cuidado à saúde, como usuários, profissionais, gestores, entre outros (UCHIMURA; BOS, 2002).

Frente a expansão da ESF no cenário nacional nas últimas décadas, o município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais e sexta cidade mais populosa do Brasil (IBGE, 2010), implantou a ESF em 2003 e desde então fez grandes investimentos na reorganização da RAS de modo a buscar a qualificação da assistência e ampliar o acesso a APS. Hoje tem uma cobertura da ESF de 80,38% da população do município, porém é necessário conhecer as fragilidades da assistência prestada para que seja possível otimizar a alocação de recursos (BELO HORIZONTE, 2018).

Diante dos aspectos citados e compreendendo a relevância da avaliação como uma ferramenta de aprimoramento do SUS, este estudo parte da necessidade de avaliar o desempenho dos serviços da APS no município de Belo Horizonte (IBANEZ *et al.*, 2006).

O Ministério da Saúde do Brasil executa a gestão pública com base no monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção à saúde a toda a população. Em particular na PNAB diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar suas estratégias para o reconhecimento da qualidade dos serviços da APS ofertada à sociedade brasileira (BRASIL, 2012b).

Em um momento de forte expansão da APS em nosso país, porém de críticas no sentido da redução de direitos e da garantia da qualidade torna-se imprescindível colaborar para a produção do conhecimento científico no que tange a pesquisa avaliativa dos serviços de saúde. A APS possui características específicas que necessitam de instrumentos estruturados, adequados e aceitos internacionalmente para avaliação do grau de orientação da APS.

Soma-se a esse cenário a organização da RAS e dos serviços da APS que, se desarticuladas, contribuem para a procura indiscriminada aos hospitais e unidades de

pronto atendimento, o que se configura como um aspecto crítico a ser enfrentado, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços da APS (CAMPOS *et al.*, 2014; PIRES, 2010).

Outro aspecto a ser considerado é o perfil dos usuários que buscam os serviços da APS. Malta *et al.* (2015) afirma que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um grave problema de saúde pública, acarretando altos custos para o sistema de saúde e um grande impacto na qualidade de vida da população. Em 2014 representou cerca de 74% das mortes no Brasil. Vários fatores de risco estão relacionados às DCNT tais como, a alimentação inadequada, a ingestão excessiva de sal, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física, o excesso de peso, o tabagismo e os distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios (MALTA *et al.*, 2017a). Assim é necessário investimentos para o fortalecimento da APS, pois a APS tem papel fundamental na vigilância das DCNT e na prevenção desses agravos e promoção da saúde.

Neste sentido, avaliar a APS em Belo Horizonte constitui importante estratégia na formulação de políticas locais de saúde que possam contribuir para o fortalecimento da RAS do município, orientando a qualificação da APS de forma a garantir os princípios norteadores do SUS.

O presente estudo propõe utilizar o PCATool-Brasil versão reduzida adaptada para uso em inquéritos telefônicos, visando avaliar a percepção dos usuários, quanto a qualidade dos serviços, em função das dimensões de estrutura e processo (DONABEDIAN, 2005). Este conjunto de ferramentas de pesquisa para a avaliação dos serviços da APS, o PCATool, mede os escores dos atributos da APS, onde valores iguais ou acima de 6,6 evidenciam forte orientação à APS (BRASIL, 2010b).

A APS em Belo Horizonte já foi estudada anteriormente por Turci, Lima-Costa e Macinko (2015) que utilizaram a versão completa do instrumento PCATool adulto (BRASIL, 2010b). Nesse estudo discutem a influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros e observaram que a APS no município obteve um escore geral de 0,75 (bom). Os melhores desempenhos foram obtidos nos atributos primeiro contato (0,95), longitudinalidade (0,83), integralidade (0,83) e a coordenação (0,78). No entanto, o enfoque familiar (0,68), a orientação comunitária (0,56) e o acesso (0,45) apresentaram o pior desempenho (TURCI, LIMA-COSTA E MACINKO, 2015).

O projeto inova por adaptar a metodologia de inquéritos telefônico à aplicação da versão reduzida do PCATool-Brasil na perspectiva de avaliar o grau de orientação dos atributos da APS na ótica dos usuários em Belo Horizonte. Espera-se apresentar uma nova possibilidade de avaliação dos serviços da APS com o uso do inquérito telefônico, na perspectiva de quem sabe, ser usada em outras cidades do país.

Considerando o exposto, surgiu meu interesse pela escolha da temática desenvolvida neste estudo, motivada por experiências vivenciadas anteriormente na rede assistencial de saúde de Belo Horizonte por 27 anos. Percorri os diversos níveis de atenção, inicialmente como enfermeira no C.S. Goiânia, depois como gerente do C.S. Maria Goreth, em seguida como referência técnica na Regional Nordeste e finalmente na Secretaria Municipal de Saúde do município na Gerência de Vigilância à Saúde e Informação. Minha trajetória profissional possibilitou conhecer a rede de forma mais profunda com o olhar assistencial e também com o olhar da gestão. Participei do processo de regionalização e territorialização do município no início da década de 90 e da transformação do processo de trabalho das equipes com a implantação da ESF nos anos 2000.

A atuação como docente na área da Saúde Coletiva e Epidemiologia por aproximadamente 17 anos, entre a teoria e a prática e desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão na linha de Vigilância à Saúde, complementou meu olhar e fortaleceu o desejo em conhecer as características de utilização dos serviços de saúde, bem como a perspectiva do usuário sobre a qualidade dos serviços da APS de Belo Horizonte.

Nesse sentido, este estudo pretende responder as seguintes perguntas:

- a) Quem são os usuários que utilizam os serviços da APS do município de Belo Horizonte?
- b) Na perspectiva dos usuários dos serviços da APS do município de Belo Horizonte, estes serviços apresentam um bom grau de orientação dos seus atributos?
- c) Em que medida o perfil dos usuários se relaciona com a avaliação do desempenho dos serviços da APS do município de Belo Horizonte?

As nossas hipóteses de trabalho para essa pesquisa, considerando a avaliação dos atributos dos serviços da APS do município de Belo Horizonte, são:

- a) A utilização dos serviços da APS pode estar associada aos fatores sociodemográficos, de estilo de vida e condição de saúde auto referida do usuário;
- b) Há uma forte orientação dos serviços da APS no município de Belo Horizonte;



c) A avaliação do desempenho dos serviços da APS de Belo Horizonte feita pelos usuários pode estar associada aos fatores sociodemográficos, de estilo de vida e condição de saúde auto referida do usuário.

Acredita-se que os resultados dessa pesquisa permitirão conhecer o grau de orientação dos atributos da APS no município de Belo Horizonte na ótica dos usuários e quem sabe, possa assim subsidiar a adequação dos processos de trabalhos dos serviços da APS.



## *1.1 Objetivos*

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, por meio da presença e extensão de seus atributos, na ótica dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas, condições autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Descrever o perfil de utilização dos serviços de APS entre a população adulta de Belo Horizonte. [ESTUDO1 – artigo 1]
- Analisar o perfil de utilização dos serviços de APS e sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT em Belo Horizonte. [ESTUDO1 – artigo 1]
- Avaliar os atributos da APS na perspectiva dos usuários adultos entrevistados em um inquérito telefônico em Belo Horizonte. [ESTUDO2 – artigo 2]
- Avaliar o desempenho dos serviços da APS sob a perspectiva dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT em Belo Horizonte. [ESTUDO 3 – artigo 3]



## *2 Referencial Teórico*

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS

O século XX foi marcado por um cenário mundial com realidades diversas com um contexto social desigual entre os países com graves reflexos no setor saúde.

Hoje 40 anos após a Declaração de Alma-Ata e diante de um contexto mundial preocupante com políticas de austeridade além do atual desafio a ser enfrentado com a questão migratória, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde realizada em outubro de 2018 em Astana teve como propósito renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (Universal Health Coverage – UHC) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (WHO, 2018).

O momento é preocupante, pois o conceito até então referendado pela Conferência de Alma Ata, de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, surge o princípio da cobertura universal restringindo assim o direito à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Felizmente a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tentando atender à solicitação dos países da América do Sul, não validou a proposta de UHC e apoia a garantia do direito universal à saúde e do acesso aos serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Para melhor entender o contexto atual se faz necessário revisitar o contexto histórico da APS. Considerado um dos primeiros documentos a utilizar como referência a APS, o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, associa o conceito de APS a alguns pressupostos como a organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida e estes conceitos passaram a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (MINISTRY OF HEALTH, 1920) .

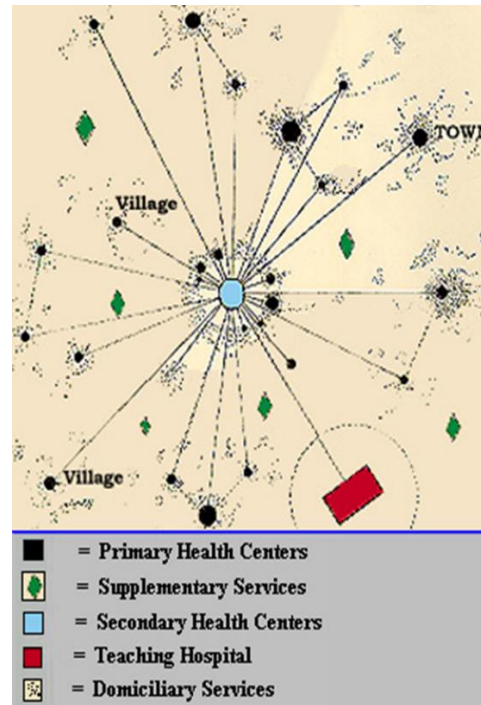
*Sir.* Bertrand Dawson, médico que trabalhou na organização de serviços de emergência na I guerra foi nomeado pelo primeiro Ministro da Saúde, coordenador de uma comissão para definir “esquemas para a provisão sistematizada de serviços

médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada” (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

A realidade da época apontava o alto custo relacionado à prática médica, com uma visão biológica, com baixa resolubilidade dos problemas provocados pelos vários determinantes sociais do processo saúde-doença.

O novo modelo propunha mudar a ótica centrada na doença, que não atendia as necessidades individuais das pessoas. O novo sistema proposto seria estruturado de forma centralizada com três partes independentes: os centros primários de saúde deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros secundários de saúde, (apoiados por serviços locais de assistência médica, odontológica, farmacêutica e de optometria) e dos hospitais de ensino (figura 1). Os serviços comunitários, a saúde escolar e o saneamento continuaram sob controle municipal das *Local Authorities* (LA) que permaneceram pouco integradas ao sistema.

**Figura 1: Esquema de organização dos serviços proposto no Relatório Dawson**



Fonte: MINISTRY OF HEALTH, 1920

Entretanto os custos para a construção e manutenção dos serviços necessários para a estruturação do novo sistema e as divergências com as corporações médicas da época, não foi possível chegar a uma proposta final e o relatório foi engavetado.

No entanto, em decorrência de negociações para superar a oposição médica a um controle local, a organização de serviços e os mecanismos de financiamento e gestão foram alvo de intenso debate e negociação. No âmbito da discussão de uma nova política de proteção social, apresentada pelo Relatório Beveridge em 1942 (que embasou o regime de *Welfare State* britânico), a Inglaterra em 1948, conseguiu implantar a proposta como estratégia de organização da atenção à Saúde (*National Health System - NHS*), propondo a montagem de uma lista de usuários, promovendo o cuidado e traçando, assim, os primeiros passos para prevenção e promoção da saúde (MARSIGLIA, 2012; LUPPI *et al.*, 2011; STARFIELD, 2002a). Propõe ainda que todos os serviços (curativos ou preventivos) devem estar coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área sendo indispensável a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares.

A proposta era que para cada de uma região específica, haveria uma organização de serviços com base formada por serviços domiciliares apoiados por centros primários de saúde, que empregaria os *general practitioners* (GP), médicos clínicos generalistas, que trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social, além de laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Um grupo de centros primários de saúde, localizados em vilas, estariam ligados a centros secundários de saúde, localizados nas cidades maiores, cuja localização deveria se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, e estes por sua vez, deveriam formar um vínculo com o hospital de ensino (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Em resumo, apresentou, entre outros, os conceitos de território, população adscrita, porta de entrada, vínculo/ acolhimento, referência e atenção primária como coordenadora do cuidado.

O modelo proposto por Dawson desencadeou a reorganização do sistema de saúde de vários países como Cuba e Canadá (LAVRAS, 2011). No Canadá, a província de Quebec iniciou uma reforma inovadora e na década de 70 aderiu aos princípios da cobertura universal. Criaram os *Centres Locaux des Services*

*Communautaires* onde o atendimento deveria presar pela integralidade da atenção, “*la Globalité des soins*” (CONILL, 2008).

Nos anos de 1950, os países do bloco comunista, como a China, aderiram às propostas da APS, em um modelo conhecido como “médicos pés descalços”. (GIOVANELLA, 2012; DUARTE, 2014).

Na América Latina, esse movimento da Medicina Comunitária foi implantado, inicialmente, no Brasil, na Colômbia e no Chile com o apoio da OPAS (SILVA JUNIOR, 2008; NUNES; GARCIA, 2015).

Na 30ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em 1977 discutiu-se sobre os cuidados primários de saúde e a garantia de saúde para todos até o ano 2000. Assim o marco histórico foi a Declaração da Alma-Ata, com o compromisso assinado por 134 países um ano depois, em 1978. Starfield (2002, p. 30), apresenta o conceito de APS retratado na declaração (OMS, 1978):

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

O conceito proposto para APS apresenta alguns elementos importantes como a APS ser parte integral de um sistema de saúde que ofereça uma atenção, o mais próximo da população, com acesso universal para o indivíduo, família e comunidade.

A declaração de Alma-Ata sugere ainda componentes fundamentais na estruturação e organização da APS: educação em saúde; saneamento ambiental (em especial, águas e alimentos); programas de saúde materno-infantil (imunizações e planejamento familiar); prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; medicina tradicional (STARFIELD, 2002a).

Entretanto as agências internacionais criticaram a Declaração afirmando que as propostas eram muito amplas e foi possível identificar quatro linhas principais de interpretação pelos diversos países. A primeira linha seria uma APS seletiva que



apresenta um programa focalizado e seletivo, de baixo custo, com uma cesta restrita de serviços. A segunda linha seria uma APS que representa um dos níveis de atenção, isto é, os serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, podendo incluir ou não ações de saúde pública e de serviços direcionados à toda população. A terceira linha compreende uma APS abrangente conforme proposto em Alma-Ata para buscar atender as necessidades individuais e coletivas e a quarta linha com a filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A partir dos anos 1970, a discussão em torno da APS se intensifica internacionalmente, trazendo a pauta questões sobre a organização da atenção à saúde que não respondia de maneira eficaz às demandas da população, uma assistência focada no modelo hospitalocêntrico, intervencionista, fragmentada e centrada no atendimento médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Nas décadas de 1980 e 1990, na América Latina observou-se uma ampliação de serviços de APS com pacotes básicos de serviços geralmente direcionados a grupos específicos como o materno-infantil ou populações mais vulneráveis (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Não obstante, nos anos 2000 na América Latina, observou-se um processo de renovação da APS, resgatando os princípios de Alma-Ata pautados na inclusão social, equidade e integralidade (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

No Brasil, ocorreram importantes mudanças no cenário político da década de 1990 e no âmbito da saúde e da consolidação do SUS.

A implantação da PSF em 1994 e sua grande expansão em todo território nacional fomentada pelo Ministério da Saúde é considerada com uma estratégia prioritária na estruturação da APS, a principal porta de entrada do SUS. Surgiu inspirado na experiência do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado pelo Ministério da Saúde em 1991 no nordeste do país. Tanto o PACS com o PSF surgiu como programas verticais que ofereciam assistência materno infantil e à população mais vulnerável, isto é, com características da APS seletiva. Em 1997 o PSF passa a ser chamado de ESF sendo assim o modelo de atenção da APS no Brasil (PAIM *et al.*, 2011).

Muitos movimentos foram realizados visando ao fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério

da Saúde em 2000, a implementação da PNAB e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006, documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das RAS. A APS é considerada o eixo norteador da RAS no SUS. Nos serviços de saúde, a APS é responsável por ordenar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde disponíveis na RAS (BRASIL, 2012b).

Após 30 anos da criação do SUS, a partir da publicação do Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, surge a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) adquirindo o status de Secretaria no âmbito do Ministério da Saúde. Tal fato enfatiza assim a relevância da APS enquanto prioridade do SUS. Entre os objetivos da SAPS estão o fortalecimento dos atributos essenciais da APS, bem como dos atributos derivados, formação e provimento profissional, estratégias de suporte assistencial, desenvolvimento de tecnologias de informação e cuidado, entre outros.

Mesmo com os avanços ocorridos nas últimas décadas é importante garantir a melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como aprimorar o desempenho em busca de atender os novos desafios de saúde em decorrência do perfil atual da população. Para que se possa avançar na qualificação dos serviços é importante realizar processos avaliativos com o desenvolvimento de abordagens que identifiquem os entres e fragilidades dos serviços de APS e busquem a melhoria da qualidade.

Diante do exposto acima, Starfield (2002) apresenta uma abordagem sobre as características de uma APS de boa qualidade. Ela define atenção primária como o nível que caracteriza a porta de entrada de um sistema de saúde, que oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação, racionalizando todos os recursos disponíveis para promoção, manutenção e melhora da saúde. Assim, é uma abordagem que determina a base da atenção à saúde e a interface com todos os outros serviços que devem se integrar, formando uma RAS a fim de propiciar a realização de um cuidado em tempo oportuno e adequado às necessidades do usuário.

Considerando a importância dos serviços da APS e as atividades realizadas pelas equipes é necessário a realização de avaliações permanentes, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*, 2014).

Uma APS fortalecida deve apresentar quatro elementos estruturais ou chamados de essenciais: a) primeiro contato; b) longitudinalidade; c) integralidade; e

d) coordenação. Além desses, deve apresentar dois elementos derivados: centralização na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2004). Assim um dos marcos de referência para a avaliação de serviços da APS são a avaliação desses atributos.

A partir da definição de APS sistematizada por Starfield (2002b), o atributo **primeiro contato** está relacionado a acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema do usuário. Trata-se da porta preferencial do sistema de saúde ou ponto de início de atenção diante de uma necessidade do usuário.

Este atributo envolve ainda os princípios da acessibilidade e do acesso. A acessibilidade se refere a uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a demanda dos usuários, e o acesso seria a entrada inicial/principal no sistema de saúde. A ideia de acesso, portanto, aparece como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O acolhimento aparece assim como a principal estratégia para melhorar o acesso e organização da porta de entrada da unidade, funcionando como forma de articulação entre demandas espontânea e programada. Favorece a universalização do acesso, a humanização da assistência, qualifica o atendimento e ajuda a aumentar o vínculo com a equipe.

Assim espera-se que a APS seja acessível e resolutiva em relação às necessidades de saúde, realizando o acolhimento com escuta qualificada, assim como à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2012a).

Outro atributo a ser considerado se trata da **longitudinalidade**, isto é, a existência de uma fonte continuada de atenção, estabelecendo uma relação entre a população e esta fonte de atenção, refletindo uma relação interpessoal de confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002a).

A **integralidade** é o terceiro atributo proposto onde a atenção à saúde deve ser integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da

APS, mesmo que algumas ações não sejam ofertadas dentro das unidades de APS (STARFIELD, 2002a).

E o quarto atributo, a **coordenação** da atenção pressupõe a continuidade e a integração do cuidado global do paciente onde o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente necessita receber através da coordenação entre os serviços utilizados (STARFIELD, 2002a).

Além dos atributos essenciais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS como, por exemplo, a atenção à saúde centrada na família (**orientação familiar**), onde a avaliação das necessidades individuais deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado ou de ameaça à saúde (STARFIELD, 2002a).

Além disso, a **orientação comunitária**, onde o serviço de saúde deve reconhecer as necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a mesma, visando subsidiar o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2002a).

E por último o atributo da **competência cultural**, onde a equipe de saúde deve conhecer as características culturais especiais desta população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma. Assim, a presença dos atributos derivados aumenta o poder de interação entre o sistema/serviço de saúde e o usuário ou a comunidade (STARFIELD, 2002a).

## 2.2 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização de serviços de saúde compreende qualquer contato direto ou indireto com os profissionais ou serviços disponibilizados ao usuário na rede de atenção à saúde. No Brasil, os usuários buscam os serviços mediante as demandas mais diversas, sendo um complexo processo que depende de vários fatores. (TRAVASSOS, 2008; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Geralmente, o primeiro contato com o serviço é decorrente de uma demanda individual relacionada à necessidade de saúde do indivíduo, determinada pelas características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, raça/cor, entre outras),

potencializada pelos fatores de risco comportamentais para as DCNT, além do modo de organização da rede de atenção e da oferta de serviços. O retorno ao serviço pode estar relacionado ao estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde e com o serviço, bem como a satisfação com o atendimento recebido (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

O acesso, com mencionado anteriormente, foi descrito por vários autores. Se refere ao contato com o serviço de saúde e pode ser dividido em duas categorias: a acessibilidade e a utilização. A acessibilidade está relacionada à forma como o usuário do serviço chega à unidade de saúde considerando a localização, horário de funcionamento, possibilidade de atendimento sem consulta agendada, sua percepção às essas questões e os recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian (1973) classifica a acessibilidade considerando dois aspectos: a *acessibilidade sócio-organizacional* que inclui todas as características da oferta de serviços que podem aumentar ou diminuir o uso de serviços, como por exemplo as políticas que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico; e a *acessibilidade geográfica* que está relacionada à localização, distância e tempo de deslocamento, custo da viagem, etc. A conceituação de Donabedian não considera diretamente a interferência dos atributos individuais na acessibilidade (DONABEDIAN, 1973).

Penchansky e Thomas (1981) ampliam o conceito de Donabedian incluindo outros atributos relacionados à oferta e aos usuários, tais como a *disponibilidade de serviços* em relação às necessidades, a *acessibilidade/aceso* (acesso geográfico), *acolhimento* (forma de organização dos serviços para receber os usuários e a sua adaptação a essa organização), *capacidade de aquisição do serviço* (relação entre formas de financiamento dos serviços e se ele é público ou privado), e a *aceitabilidade* (envolve a relação dos usuários e dos profissionais de saúde).

Já Starfield (2002b) distingue a *acessibilidade* (características da oferta de serviço) de *acesso* (forma como as pessoas percebem a acessibilidade).

Outro aspecto a ser considerado é o conceito de uso de serviços de saúde que pode estar relacionado com o acesso, mas não se explica apenas por ele. Não obstante o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços

de saúde está relacionado a uma multiplicidade de fatores, sejam individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Assim a estruturação e organização da RAS e dos pontos de atenção da rede contribuem de forma positiva na otimização da utilização dos serviços. A APS dentro da RAS tem papel fundamental na ordenação do cuidado, constituindo-se como o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, sendo o elemento chave na caracterização de uma RAS eficaz (BRASIL, 2015).

Starfield (2002a) ressalta que a APS tem um importante papel no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo ser a porta de entrada preferencial da RAS. A APS constitui-se assim, como elemento chave na garantia da integralidade, da universalidade e da equidade, reforçando assim os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

No Brasil, a ESF é considerada prioritária na estruturação da APS, sendo a principal porta de entrada do SUS (BRASIL, 2013). A implantação da ESF começou em 1994, com grande expansão fomentada pelo Ministério da Saúde, em especial na última década (MALTA *et al.*, 2016). A PNAD apontou cobertura em 2008 de 50,9%, e ocorreu o aumento da cobertura para 53,4% (2013) segundo a PNS, com grandes diferenças regionais nesta cobertura (MALTA *et al.*, 2016). Atualmente a cobertura é de 74,65% (outubro de 2019) com grandes diferenças regionais nesta cobertura.

A expansão da população atendida constitui-se um grande avanço no país, embora ainda seja um grande desafio a qualificação da APS, por meio da garantia dos seus atributos e da ampliação do vínculo com o usuário (MALTA *et al.*, 2016). Neste sentido o monitoramento e avaliação do desempenho da APS podem contribuir na qualificação do sistema de saúde e na resposta aos problemas dos usuários.

O município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais e sexta cidade mais populosa do Brasil, implantou a ESF em 2003 e desde então fez grandes investimentos na reorganização da rede de atenção e a ESF, que segundo dados da PNAD 2008 e PNS de 2013 aumentou a cobertura da ESF de 64,3% (2008), para 73,6% em 2013 e para 80,13% (outubro de 2019) da população do município, sendo a capital com maior cobertura no Sudeste (MALTA *et al.*, 2016). Por outro lado, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), a taxa de cobertura de planos

de saúde em Belo Horizonte, considerando a cobertura de assistência médica é de 49,1% (novembro de 2019).

Considerando que a avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura nacional e internacional, principalmente em decorrência ao momento econômico preocupante da última década com grande impacto no setor saúde, o Ministério da Saúde juntamente com pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade de Brasília (UnB) propuseram a inclusão de um módulo de avaliação da APS em duas capitais brasileiras (Belo Horizonte e Brasília) no questionário do inquérito do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco por inquérito telefônico (Vigitel) no ano de 2015, o que possibilitou de forma inédita, analisar a utilização da APS e associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferida, os fatores de risco comportamentais dos entrevistados, por meio de inquéritos telefônicos.

Assim, um dos objetivos deste estudo é descrever o perfil de utilização dos serviços de APS entre a população adulta de Belo Horizonte e analisar a sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e os fatores de risco comportamentais para as DCNT no município de Belo Horizonte.

### **2.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A UTILIZAÇÃO DO *PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL***

Ao analisar a etimologia da palavra avaliação sabe-se que vem do latim *valere* e refere-se a valorar, atribuir certo valor ou mérito a um objeto. Assim avaliar refere-se a aplicar um julgamento de valor baseado em critérios pré-definidos, utilizando instrumentos e tendo como objetivo subsidiar a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A avaliação é uma prática muito antiga e comum, mesmo em atividades do cotidiano das pessoas, que a todo momento precisam tomar decisões. Avaliar pressupõe as ações de medir, comparar e emitir juízo de valor com finalidade de tomar decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Entretanto, o conceito de avaliação encontrado nos estudos são os mais variados e muitas vezes é criado por cada avaliador (HARTZ, 1997). Estes conceitos estão relacionados ao contexto histórico, social e aos métodos de avaliação, entretanto, concordam que se refere a realização de um julgamento de valor (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para Champagne *et al.* (2011), avaliação é:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes, diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Contandriopoulos (2006) afirma que as informações produzidas devem contribuir para o julgamento de uma determinada situação, influenciando positivamente as decisões e que todos os atores envolvidos são peças importantes no processo avaliativo.

Vieira-da-Silva (2014) considera a avaliação um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais, e a avaliação em saúde como um julgamento sobre a política, programa ou prática em saúde, criada para a resolução de problemas, com vistas a medir o mérito, esforço ou valor da intervenção ou do seu resultado afim de promover adequações no processo de trabalho.

A avaliação dos serviços de saúde deve ser entendida como um instrumento de gestão presente em todas as ações de saúde, podendo direcionar e/ou redirecionar as políticas e programas de saúde promovendo e qualificando a atenção à saúde e fortalecendo os princípios do SUS. Contribui ainda no controle social quando os resultados são compartilhados com a população, favorecendo a participação no processo de tomada de decisão dos gestores (LIMA; SILVA, 2011).

Estudiosos reforçam a importância do cultivo da avaliação no momento da tomada de decisão pelos profissionais, gestores e acadêmicos (MACINKO *et al.*, 2006; TANAKA; TAMAKI, 2012; STEIN, 2013; ALMEIDA; PINTO-JUNIOR *et al.*, 2015). Para isso vários países incorporaram a prática da avaliação como política governamental.



Assim foram desenvolvidos alguns instrumentos de avaliação da APS utilizados em diversos países. Fracoli *et al.* (2014), em uma revisão e metassíntese realizada no período de 1979 e 2013, identificou os cinco principais instrumentos utilizados nacional e internacionalmente na avaliação da APS, descritos a seguir.

O primeiro deles é o WHO *Primary Care Evaluation Tool* (PCET). É uma ferramenta para a avaliação da atenção primária a partir da perspectiva do sistema de saúde. Foi desenvolvido e testado pela OMS/Europa em 2007-08, em colaboração com o Instituto Holandês de Pesquisa em Serviços de Saúde (NIVEL), especificamente para aplicação em sistemas de saúde em transição. Tem uma abordagem estruturada, baseada em algumas características do sistema de saúde (governança, financiamento e geração de recursos), além de abranger as quatro características principais de uma APS de qualidade: a acessibilidade, a integralidade, a coordenação e a continuidade (KRINGOS *et al.*, 2008). O PCET é composto por três questionários: um nacional sobre a organização e o financiamento da atenção primária; um para os médicos da família; e um para os usuários dos serviços. Foi aplicado em nove países ao longo de quatro anos (de 2008 a 2012) que passaram por reformas profundas e abrangentes no setor saúde, tais como: Bielorrússia, Cazaquistão, Moldávia, Romênia, Federação Russa, Sérvia, Eslováquia, Turquia e Ucrânia. Porém, apenas a República da Moldávia, Romênia e Eslováquia aplicaram o questionário a nível nacional (KRINGOS *et al.*, 2008; BOERMA *et al.*, 2008; KRINGOS *et al.*, 2011; BUTU; TOMOIA-COTISEL, 2014; DRONINA; MOON; NAM, 2017; JAHROMI *et al.*, 2017).

Outra possibilidade de avaliação da APS é o aplicativo PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde) que foi desenvolvido com o objetivo de subsidiar gestores e equipes de saúde com informações sobre características da população de referência e sobre a demanda atendida. Foram testados em duas UBS de Pelotas (RS) em 2003. Foi desenvolvido em linguagem Visual Basic 5.0 para a elaboração de relatórios relacionados aos dois módulos apresentados: dados secundários e demanda ambulatorial (TOMASI *et al.*, 2003).

O módulo dos dados secundários do PACOTAPS apresenta os dados fornecidos pelo IBGE referente a população da área de abrangência da unidade sendo importante no momento do cálculo dos indicadores de saúde (TOMASI *et al.*, 2003).

No módulo demanda ambulatorial do PACOTAPS utiliza-se os dados sobre as consultas e procedimentos realizados na UBS. Além disso o PACOTAPS inclui listas de profissionais, grupos e procedimentos padronizados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) (TOMASI *et al.*, 2003).

Fracolli *et al* (2014) apresenta ainda o *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP) que tem como objetivo a avaliação dos serviços de APS específico para os cuidadores de crianças com Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção (TDAH). A construção do instrumento tem como base: uma revisão detalhada das orientações da “American Academy of Pediatrics Guidelines for treatment of ADHD” para avaliar TDAH; uma revisão sobre os papéis dos prestadores de cuidados primários no contexto da APS; e grupos focais realizados.

O instrumento *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ) é um questionário desenvolvido no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Nacional de Atenção Básica da Universidade de Manchester, Reino Unido. A primeira versão deste questionário, denominada *General Practice Assessment Survey* (GPAS), foi desenvolvida em 1997 para uso nos Estados Unidos na avaliação das percepções dos usuários sobre a disponibilidade e acessibilidade dos cuidados, competência técnica e interpessoal (tanto dos clínicos gerais quanto dos enfermeiros) e coordenação e continuidade do cuidado (RAMSAY *et al.*, 2000). Este instrumento tem sido amplamente utilizado para avaliar a experiência do paciente na prática geral no Reino Unido desde 2004, atendendo os requisitos do NHS e é o instrumento mais utilizado internacionalmente.

As propriedades psicométricas do PCAS foram avaliadas e o instrumento foi considerado bom para a medição e apresentou um desempenho consistente em vários segmentos da uma grande amostra de profissionais adultos do estado de Massachusetts (RAMSAY *et al.*, 2000).

Em 2000 pesquisadores de Manchester modificaram o PCAS para refletir as diferenças na prestação de cuidados primários entre os EUA e o Reino Unido, onde alguns itens da versão americana foram omitidos ou alterados e vários novos itens foram adicionados. Isso envolveu: a reformulação de algumas perguntas e a remoção de algumas perguntas consideradas não relevantes para o Reino Unido (por exemplo, barreira financeira ao acesso à assistência); a adição de escalas relacionadas à competência técnica e à prática de enfermagem; entre outras adaptações. O GPAQ é

composto por 53 itens e concentra-se especificamente aos aspectos relacionados ao acesso, aspectos interpessoais do cuidado e continuidade da atenção (RAMSAY *et al.*, 2000).

O PCET, AQ-PCP, PACOTAPS e GPAQ foram ferramentas usadas mais no âmbito internacional. No Brasil, os instrumentos mais utilizados são o PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) e o EUROPEP (*European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*) (FRACOLLI *et al.*, 2014).

O EUROPEP foi criado para avaliar a satisfação dos usuários com relação a APS fornecendo um feedback aos profissionais de saúde. O instrumento visa avaliar cinco dimensões: a relação médico-paciente; os cuidados médicos; a informação e apoio; a organização dos serviços; e a acessibilidade (BRANDÃO; GIOVANELLA, CAMPOS, 2013).

O questionário EUROPEP foi desenvolvido em etapas, de 1995-98, por pesquisadores de oito países. Na primeira fase, em 1995 foi desenvolvido o instrumento. Em 1996 foi feito o estudo de prioridades dos usuários e desenvolvimento do instrumento, seguido de dois estudos pilotos (um estudo piloto qualitativo e outro quantitativo): um no Reino Unido com um instrumento com 47 itens e uma amostra de 30 paciente; e em cinco outros países usou-se um instrumento com 47 itens e amostra de 239 pacientes.

Em 1997 foi feito o procedimento formal de tradução, validação e seleção final dos itens em 8 países onde usou-se um instrumento com 44 itens e uma amostra de 1008 pacientes. A validação final foi realizada em 1998 com estudos psicométricos realizados em 16 países com um instrumento de 23 itens e amostra total dos estudos de 23.892 indivíduos (GORL; WENSING, 2000).

O EUROPEP é constituído por 3 partes: dados socioeconômicos e de saúde dos usuários; Indicadores de áreas específicas de satisfação (consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados); e indicadores chaves (relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços) (ROQUE VELOSO; FERREIRA, 2016).

No Brasil, nos últimos anos, as iniciativas para avaliação em saúde têm crescido, seja por meio das pesquisas acadêmicas ou mesmo ações do Ministério

da Saúde (FELISBERTO, 2006). Diante da necessidade crescente do uso da avaliação, subsidiando a gestão e o planejamento para a qualificação da atenção à saúde, surgiram alguns instrumentos voltados para a compreensão da qualidade da assistência em saúde na perspectiva dos usuários, profissionais de saúde e gestores (HAUSER *et al.*, 2013).

A avaliação em saúde, além dos interesses acadêmicos se torna também foco dos gestores da saúde. Em 2000, o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde cria a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/AB) com o propósito de promover a prática de avaliação na AB, buscando subsidiar o planejamento e qualificação da atenção à saúde.

A avaliação da APS se torna importante no momento da expansão do ESF no país. Entre 2000 a 2003 a CAA/AB apresenta avaliações pautadas na cobertura da ESF e no impacto decorrente da mudança do modelo assistencial. Estes estudos mostraram que a cobertura da ESF aumentou e que houve um impacto positivo na APS considerando o modelo da ESF (MACINKO *et al.*; 2006, AQUINO *et al.*, 2009), mostraram ainda a diminuição das internações evitáveis em adultos (MACINKO *et al.*, 2011; MENDONÇA *et al.*, 2012) e a tendência de melhoria de alguns indicadores de saúde (LIMA *et al.*, 2012), porém estudos com a avaliação da qualidade da assistência prestada não apresentaram resultados satisfatórios. Os resultados encontrados são muito diversos e apesar de mostrarem uma melhora no desempenho das equipes após a implantação da ESF são apontadas dificuldades relacionadas à acesso e a integralidade da atenção.

Assim em 2004 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) elaborou documento que aborda sobre o acompanhamento e avaliação da APS, o Estudo de Linhas de Base do Projeto Expansão e Consolidado da Saúde da Família (ELB- PROESF). O Ministério da Saúde tem divulgado também o Índice do Desenvolvimento do SUS (IDSUS), um indicador que visa aferir a qualidade dos serviços do SUS.

Com vistas a estabelecer uma cultura de avaliação e intervenção, o Ministério da Saúde, em 2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para incentivar gestores e equipes na qualificação dos serviços com a adequação dos processos de trabalho (BRASIL, 2012a; CHAVES *et al.*, 2018).

O PMAQ-AB fez parte do grupo de ações do Programa “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” que procurava aumentar a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e das equipes da APS em garantir acesso e qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2012a).

Foram desenvolvidos três ciclos do PMAQ-AB, o primeiro em 2011/2012 com a adesão das Equipes de Saúde de Família (EqSF), AB e Equipe da Saúde Bucal (ESB). O segundo ciclo ocorreu em 2013/2014 com a adesão de toda as ESF e inclusão do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o terceiro ciclo foi realizado em 2017/2018. Os instrumentos utilizados no PMAQ-AB não foram organizados a partir dos atributos da APS como acontece no PCATool (LIMA *et al.*, 2018)

O PMAQ foi organizado em três fases que se complementam e que compunham um ciclo contínuo. A primeira fase foi a Adesão e contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolvia a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2015).

A segunda fase consistiu na avaliação externa, momento de realização da avaliação das condições de infraestrutura e de processo de trabalho das equipes seguido da certificação que se baseava no monitoramento dos indicadores contratualizados e a verificação dos padrões de qualidade relacionados aos aspectos avaliados, além da avaliação da satisfação do usuário, do acesso e da utilização dos serviços (BRASIL, 2015).

Paralelamente é realizado o momento do desenvolvimento do conjunto de ações a serem realizadas por todos os atores (profissionais e gestores) com o intuito de promover mudanças no processo de trabalho e da gestão ao cuidado, com o propósito de melhorar o acesso e da qualidade da atenção. Essa etapa foi organizada considerando as dimensões da autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2015).

A terceira fase se refere ao processo de recontratualização ou repactuação das metas e indicadores pactuados pelas equipes e gestores a partir dos resultados alcançados (BRASIL, 2015).

Apesar da descontinuidade do programa em 2019, os resultados apresentados em vários estudos publicados, foram importantes para a melhoria dos serviços da APS no país (SOUZA *et al.*, 2017; ABREU *et al.*, 2018a; ABREU *et al.*, 2018b; LIMA *et al.*, 2018).

Além dos instrumentos usados na avaliação dos serviços da APS descritos acima, Fracolli *et al.* (2014) afirma ainda que, no momento da realização do seu estudo, o PCATool foi o instrumento mais utilizado nos estudos brasileiros.

Ribeiro e Scatena (2019) em outro estudo bibliográfico da produção científica entre 2007 e 2017 sobre a avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro, também observou que o PCATool foi o instrumento mais utilizado nos estudos publicados neste período.

Prates *et al.* (2017) em uma revisão sistemática em âmbito mundial buscou estudos publicados entre os anos de 2007 e 2015 sobre a utilização do instrumento PCATool na perspectiva do usuário para a avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde. Constatou que, vários países utilizaram o instrumento, tais como, Canadá, Espanha, Coreia e China, entretanto, grande parte dos estudos encontrados se tratavam da avaliação de serviços de APS no Brasil.

Visando medir a presença e a extensão dos atributos da APS foi desenvolvido, em Baltimore, Maryland (EUA), por Starfield e colaboradores na The Johns Hopkins *Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, o PCATool (SHI; STARFIELD, 2001).

Existem diferentes modelos conceituais desenvolvidos para avaliar a qualidade da atenção à saúde e alguns incluem a avaliação do grau da extensão dos atributos da APS, porém poucos permitem a avaliação da APS na perspectiva da população (SHI; STARFIELD, 2001).

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2001) cujo modelo baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Esta ferramenta foi desenvolvida para ser utilizada na avaliação da qualidade e da adequação da APS por meio dos seus atributos, abordando os aspectos de estrutura e de processo na perspectiva das crianças, por meio dos seus cuidadores (CASSADY *et al.*, 2000) e dos usuários adultos (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001). Foi traduzido

e usado em pesquisas avaliativas em vários países como a Espanha (PASARIN *et al.*, 2007), Canadá (HAGGERTY *et al.*, 2008), Coréia do Sul (LEE *et al.*, 2009), Hong Kong (WONG *et al.*, 2010), Uruguai (PIZANELLI *et al.*, 2011) e Argentina (BERRA *et al.*, 2013).

Nos Estados Unidos a validação do PCATool apresentou um instrumento com 92 itens que avaliam os aspectos de estrutura e processo da orientação da APS.

No Brasil, a versão infantil foi validada em 2004 (com 45 itens) e revalidada em 2010 numa nova versão com 55 itens (BRASIL, 2010b; HARZHEIM *et al.*, 2006).

Outros estudos brasileiros validaram o PCATool adulto para avaliação da APS em Porto Alegre (HARZHEIM *et al.*, 2006; AGOSTINHO *et al.*, 2010) e no município de Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006). O processo passou por tradução, versão, adaptação e validação utilizando métodos estatísticos que possibilitaram tornar conhecidas as medidas de validade e fidedignidade do instrumento (HARZHEIM *et al.*, 2018). A versão usuário adulto foi validada entre 2006-2007 (com 86 itens), e em 2013 foi realizada uma reavaliação do PCATool ADULTO-BRASIL com uma outra metodologia de análise (HARZHEIM *et al.*, 2013), onde foi identificado uma baixa contribuição de alguns itens na avaliação da orientação da APS, indicando a possibilidade de se utilizar uma versão reduzida, sem comprometer o processo de avaliação dos atributos e que foi proposta em 2013 com um instrumento com 23 itens, (OLIVEIRA *et al.*, 2013; BRASIL, 2010b).

O PCATool completo possui versões para gestores, profissionais (versão profissionais com 77 itens) e usuários adultos de serviços de saúde (versão Adulto com 87 itens). A versão adulta do instrumento é aplicada a usuários maiores de 18 anos (SHI; STARFILD, 2001).

Na validação do PCATool-Brasil versão infantil (HARZHEIM *et al.*, 2006) e adultos (HARZHEIM *et al.*, 2013), os itens dos atributos longitudinalidade e integralidade (serviços prestados) são os que apresentam maior contribuição para a estimação do escore. Na versão reduzida, além destes, também se pode destacar a importância do atributo orientação familiar (a inclusão da família na tomada de decisão quando o paciente julgar importante) (HARZHEIM *et al.*, 2006; HARZHEIM *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013). Esse achado reforça a capacidade da versão reduzida em captar a relevância na descrição de serviços quanto a sua orientação à APS

possibilitando avaliações mais rápidas e sistemáticas dos serviços de APS (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Os atributos avaliados no PCATool são:

Atributos essenciais:

a) Primeiro Contato (utilização e acesso): acesso não se restringe somente à entrada nos serviços de saúde, mas também ao cuidado recebido pelo usuário a cada novo ou antigo problema de saúde ou necessidade apresentada.

b) Longitudinalidade: está relacionado à prestação sistemática de assistência pela equipe, com um ambiente humanizado entre os profissionais da equipe e os usuários considerando a pessoa, a família e comunidade.

c) Integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados): representa ações integral de saúde de natureza preventiva, de promoção e cura, dirigidas à pessoa, família e comunidade, com a intenção de atender os diversos determinantes sociais, dentro de um processo de trabalho que envolva todos os serviços e agentes sociais, em todos os níveis de atenção.

d) Coordenação (cuidado e sistema de informações): visa garantir a continuidade da atenção de cada serviço, orientado por uma RAS, que oferece informações do histórico de saúde e doença de cada usuário, individual ou coletivamente, constante nos prontuários de saúde.

Atributos derivados:

a) Orientação familiar: considera a família como o sujeito da atenção e aponta o seu potencial de cuidado e conhecimento integral de seus problemas e necessidades, sendo um grande parceiro na busca de uma saúde de qualidade.

b) Orientação comunitária: conhecimento do perfil epidemiológico, sanitário da população e o envolvimento da comunidade no planejamento e avaliação da atenção prestada.

O grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde é avaliado separadamente e permite avaliar a frequência na qual o usuário reconhece o serviço ou profissional como menção para a assistência à saúde.



Este instrumento destaca-se pela sua disponibilidade em múltiplas versões e rigoroso processo de avaliação da validade e fidedignidade realizadas nas versões originais usuário criança e usuário adulto (MALOUIN *et al.*, 2009).

Os instrumentos utilizados pelo PCATool avaliam o desempenho da APS calculando os escores com base nas respostas aos itens. Para cada resposta são atribuído valores de 1 a 4 em uma escala do tipo *Likert*. O entrevistado especifica seu nível de concordância com o item apresentado, onde as respostas são dispostas de 1 a 4 (1=com certeza não; 2=provavelmente não; 3=provavelmente sim; 4=com certeza sim), com o acréscimo da opção 9 (não sei/não lembro). Após a consolidação dos dados de cada atributo, os valores são transformados em uma escala contínua, variando entre zero e dez conforme mostra a equação: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo) (BRASIL, 2010b).

Além do cálculo do escore por atributo calcula-se também o escore essencial que é a soma da média entre os componentes dos atributos primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, somados ao grau de afiliação. O escore derivado é obtido através da média dos atributos orientação familiar e orientação comunitária.

E por fim, o escore geral é obtido pelo valor médio dos escores essenciais, derivados e do grau de afiliação. Vale ressaltar que o grau de afiliação visa identificar o profissional ou o serviço que serve como referência para o entrevistado e, portanto não é considerado atributo da APS, mas é incluído no cálculo dos escores essencial e geral. Um escore geral  $\geq 6,6$  evidencia uma forte orientação à APS, o que equivale na escala do tipo *Likert* o valor 3 (provavelmente sim) e conseqüentemente uma boa qualidade da assistência (BRASIL, 2010b; HARZHEIM *et al.*, 2018).

O modelo conceitual do PCATool propõe medir a presença e extensão dos atributos da APS potencializado por métodos estatísticos para possibilitar a associação a efetividade das ações e serviços prestados, bem como estabelecer associações a outros desfechos clínicos (HARZHEIM *et al.*, 2018).

Ressalta-se um grande número de evidências do uso do PCATool, como os estudos realizados em um município da centro-oeste de Minas Gerais (GONTIJO *et al.*, 2017) e em Belo Horizonte (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015). Vários estudos brasileiros utilizaram o PCATool na avaliação dos cuidados relacionados a problemas específicos como hipertensão, diabetes mellitus, asma, tuberculose,

atenção a crianças e idosos, práticas preventivas, HIV-AIDS; ou na perspectiva de usuários, profissionais de saúde e gestores (SILVA *et al.*, 2014; FRACOLLI *et al.*, 2014; MESQUITA FILHO; LUZ; ARAUJO, 2013; BARA *et al.*, 2015; LINS; SOARES; COELHO, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; PAULA *et al.*, 2017; PRATES *et al.*, 2017). Em outros países podemos destacar os seguintes estudos: PASARÍN *et al.*, 2007; SUNG *et al.*, 2010; TOURIGNY *et al.*, 2010; WANG *et al.*, 2014).

No presente estudo, foi utilizado o PCATool adulto versão adulto reduzida, em traduzido para o português, validado no Brasil e aplicado aos usuários (OLIVEIRA *et al.*, 2013; BRASIL, 2010b), com pequenas adaptações testadas em estudos recentes (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015) e adaptada para uso em um inquérito telefônico (POÇAS *et al.*, 2019; PERILLO, *et al.*, 2020a; PERILLO, *et al.*, 2020b). Foram ainda inseridas outras questões que buscaram melhor avaliar as características locais dos serviços da APS em Belo Horizonte.

## **2.4 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

As alterações no perfil epidemiológico e demográfico da população mundial, principalmente com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência das doenças crônicas, exigem cuidados mais complexos e coordenados entre diversos serviços.

Malta *et al.* (2015) afirma que as DCNT são um grave problema de saúde pública, acarretando altos custos para o sistema de saúde e um grande impacto na qualidade de vida da população.

Em 2014 representou cerca de 74% das mortes no Brasil. Vários fatores de risco estão relacionados às DCNT tais como, a alimentação inadequada, a ingestão excessiva de sal, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física, o excesso de peso, o tabagismo e os distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios (MALTA *et al.*, 2017c).

As DCNT estão presentes em pessoas de todos os extratos socioeconômicos e, especialmente nos grupos mais vulneráveis, com baixa escolaridade e renda, e que

se tornam ainda mais vulneráveis se acometidos das complicações decorrentes das DCNT, resultando em prevalências mais elevadas e maior incapacidade (MALTA *et al.*, 2019).

Dentre as DCNT, de maior magnitude, é importante destacar as doenças cardiovasculares (doenças cerebrovasculares, doenças coronarianas, hipertensão arterial), cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011c).

É importante ressaltar a magnitude das doenças cardiovasculares que atualmente são a principal causa de morbimortalidade no mundo. A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco para a ocorrência destas doenças (REIS; CESARINO, 2016; BRASIL, 2018).

A HA e o diabetes são duas das doenças crônicas mais prevalentes do mundo. A prevalência mundial da HA é em média 31%, e representa 63% dos óbitos de adultos. Estudos mostram que a prevalência global da HA em 2015 em adultos com 18 anos e mais foi estimada em 24,1% em homens e em 20,1% em mulheres (REIS; CESARINO, 2016; NCD-RisC, 2017). Nas capitais brasileiras, segundo inquérito telefônico realizado em 2017, a prevalência de HA na população acima de 18 anos foi estimada em 25,7% e a de diabetes em 8,9% (BRASIL, 2018).

Em relação a prevalência do diabetes no mundo, Ogurtsova *et al.*, (2017) apresentou uma revisão sistemática da literatura onde encontrou uma prevalência de 8,8% em pessoas com idades entre 20 e 79 anos (NCD-RisC, 2017). Nas capitais brasileiras, segundo inquérito telefônico realizado em 2017, a prevalência de diabetes na população acima de 18 anos foi estimada em 8,9% (BRASIL, 2018).

As DCNT são complexas, ocorrem de forma gradativa e em decorrência de múltiplos fatores, tais como biológicos, socioculturais e comportamentais, gerando necessidade de cuidado e acompanhamento contínuo e de ações de prevenção das complicações (VASCONCELOS *et al.*, 2016). Além da complexidade no que se refere a etiologia elas se tornam onerosas, pois necessitam de assistência médica contínua, do auto cuidado, da atenção familiar e com duração longa ou incerta, exige mudanças de estilo de vida, um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura, cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. Vale ressaltar que as pessoas com DCNT não acompanhadas adequadamente podem ser acometidos

pelas incapacidades, limitações e redução da força produtiva (BRASIL, 2015, MALTA *et al.*, 2019).

Para uma abordagem efetiva das DCNT, é necessário aprofundar os estudos sobre os fatores de risco (FR). Entende-se como FR alguma exposição que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde (BARBOSA; MACHADO, 2013). Os FR podem ser identificados e monitorados por meio dos comportamentos adotados e modo/estilo de vida e sofrem influência dos determinantes sociais, tais como condições socioeconômicas, aspectos culturais e do nível de educação (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

MALTA *et al.* (2016) afirma que os efeitos dos FR, principalmente os modificáveis, pode apontar indícios da eminência das DCNT, favorecendo a atuação das equipes e do próprio usuário na realização de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Estudos indicam que o aumento de quatro FR (tabaco, inatividade física, uso abusivo do álcool e dietas não saudáveis) são responsáveis pelo aumento das DCNT (ABEGUNDE *et al.*, 2007; SCHMIDT *et al.*, 2011; CAMERON *et al.*, 2011).

Outra questão importante se refere a utilização dos serviços de saúde por portadores de DCNT. O estudo de Malta *et al.* (2017a) confirmou a maior utilização de serviços de saúde por este público que pode ser explicado pela maior demanda de consulta de rotina ou intercorrência, maior comorbidades associadas, bem como ter outras doenças ou agravos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; MALTA *et al.*, 2013).

Diante da relevância do monitoramento e controle das DCNT, o Ministério da Saúde aprovou em 2011, na reunião da ONU, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, que estabelece compromissos de gestão e prioriza ações e investimentos necessários para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2011c).

O Plano, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, está estruturado com foco em quatro principais grupos de doenças crônicas: as doenças cardiovasculares; o câncer; as doenças respiratórias crônicas e a diabetes. Abrange ainda ações sobre os fatores de risco modificáveis, são eles: o tabagismo; o consumo nocivo de álcool; a inatividade física e a alimentação inadequada. Foi estruturado com base em três eixos estratégicos: I. Vigilância,

Informação, Avaliação e Monitoramento; II. Promoção da Saúde e III. Cuidado Integral (BRASIL, 2011c; MALTA *et al.*, 2011).

É necessário, portanto, reorganizar a atenção à saúde da pessoa DCNT, na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com a finalidade de realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com DCNT, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Vale ressaltar a importância de investimentos para o fortalecimento da APS, pois a APS tem papel fundamental na vigilância das DCNT e monitoramento dos FR, buscando a prevenção desses agravos, promoção da saúde, além da redução de danos.



## *3 Métodos*

## 3 MÉTODOS

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, do tipo inquérito populacional por telefone com a análise da presença e extensão dos atributos da APS, por meio da experiência de utilização dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte.

O presente estudo foi dividido em três etapas:

Na **1ª etapa** buscou-se analisar o perfil de utilização dos serviços de APS e sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT;

Na **2ª etapa** foram analisados a presença e extensão dos atributos da APS na perspectiva dos usuários adultos entrevistados por telefone, segundo as regionais de saúde de Belo Horizonte e considerando os instrumentos PCATool reduzido e o *módulo avaliação Vigitel* (POÇAS *et al.*, 2019; PERILLO, *et al.*, 2020a);

Na **3ª etapa** buscou-se avaliar o desempenho dos serviços da APS sob a perspectiva dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT dos entrevistados.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais que foi fundada em 12 de dezembro de 1897. Em 2010 contava com uma população de 2.375.151 habitantes em 2015 com uma população estimada de 2.502.554 habitantes (IBGE, 2010). Ocupa uma área de 331km<sup>2</sup> com uma densidade demográfica de 7.177 habitantes por Km<sup>2</sup> (BELO HORIZONTE, 2014).

A economia de Belo Horizonte é voltada para o comércio, que varia do popular para o alto luxo, contando também com uma grande variedade de bares e atrações





mais populosa é a Oeste com 309.447 habitantes representando pouco mais de 13% da população de Belo Horizonte, seguida da Nordeste com 290.353 habitantes. A regional menos populosa é a Norte com 210.744 habitantes. (IBGE, 2010)

Segundo o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em 2012 a população classificada como de risco muito elevado representou 7,3%, enquanto o risco elevado foi 19,1%, o risco médio 39,9% e o risco baixo 33,7%. A regional Norte tem a maior parte da população com IVS muito elevado. A população classificada com baixo IVS concentra-se em sua maioria na regional Centro Sul, enquanto a regional Venda Nova tem o menor número de população com baixo IVS (BELO HORIZONTE, 2018).

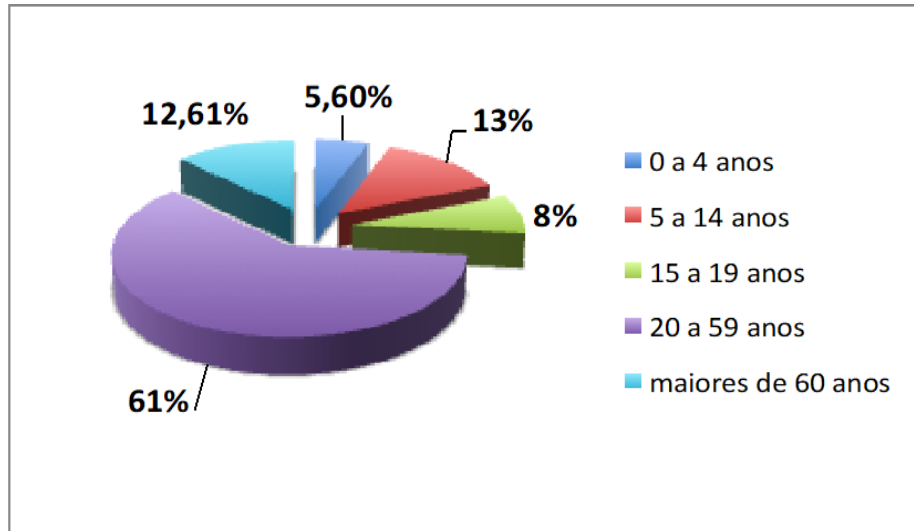
**Figura 3: Regionais de saúde de Belo Horizonte**



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021

Na composição etária do município observa-se um predomínio de adultos representando 61,0% da população. Vale destacar que os idosos representam 12,61% (Figura 4).

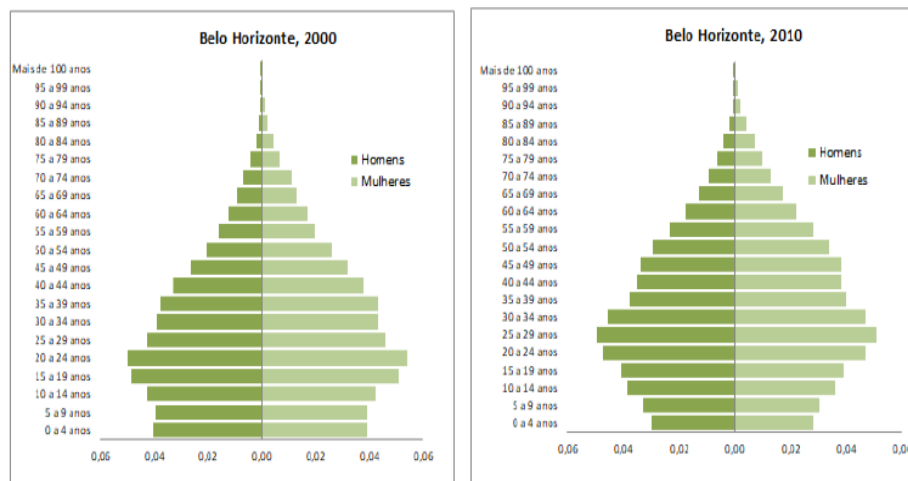
**Figura 4: Distribuição etária da população em Belo Horizonte, 2012.**



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021

O envelhecimento da população de Belo Horizonte pode ser observado quando se analisa a estrutura demográfica do município por meio das pirâmides etárias de 2000 e de 2010 (Figura 5). Em 2010 a esperança de vida ao nascer dos indivíduos do município era de 76,4 anos.

**Figura 5: Pirâmides Etárias, Belo Horizonte, 2000 e 2010**



Fonte: IBGE 2000 e 2010

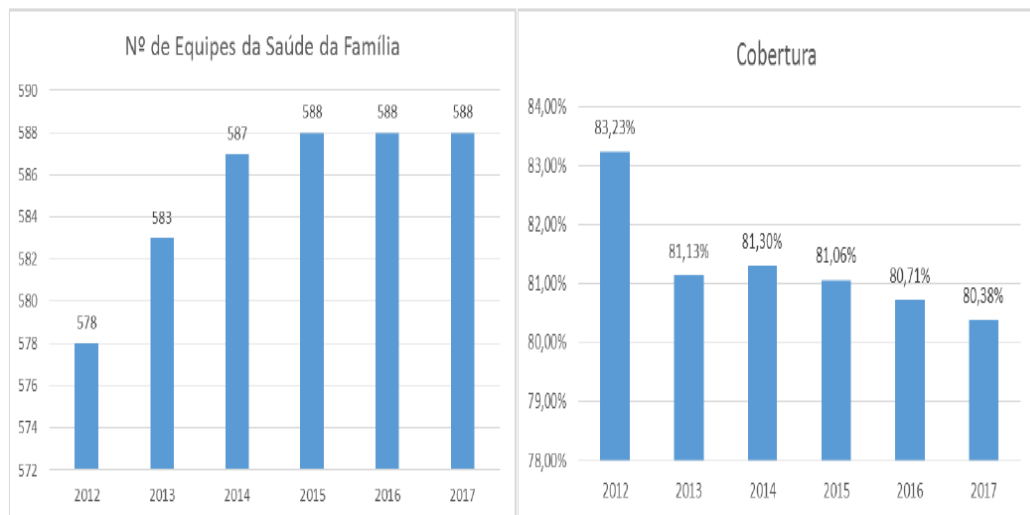
Considerando o perfil epidemiológico da população de Belo Horizonte, entre as doenças transmissíveis que predominaram, vale destacar a epidemia de dengue que tanto impactou a rede assistencial do município. Mas as DCNT também têm grande importância representando a principal causa de óbito no município de Belo Horizonte. No período de 2012-2016, essas doenças foram responsáveis por 75% do total de óbitos sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte geral.

Diante do perfil epidemiológico e demográfico do município de Belo Horizonte apresentado acima, a organização da RAS deve ser pautada considerando as características apresentadas.

A rede SUS-BH é bastante robusta. O Quadro 1 apresenta os serviços disponíveis:

A ESF foi implantada no município no ano de 2002 e hoje tem uma cobertura de 80,38% da população do município. A APS do município desde então sofreu uma grande expansão (Gráfico 1).

**Gráfico 1: Equipes da Saúde da Família e cobertura populacional, BH, 2012 a 2017.**



Fonte: SISREDE/SMSA.

Por outro lado, segundo dados da ANS, a taxa de cobertura de planos de saúde em Belo Horizonte, considerando a cobertura de assistência médica é de 49,1% (novembro de 2019).

Assim, no momento da realização do estudo, a APS do município de Belo Horizonte contava com 148 UBS, 588 EqSF, 300 ESB, 58 Equipes de Saúde Mental (ESM), 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 academias da cidade, que constituem a Rede de Atenção Primária à Saúde. Para a continuidade do cuidado, conta com as unidades da Rede Complementar, da Rede de Urgências e Emergências, da Rede Hospitalar e com os equipamentos de Vigilância em Saúde. A figura 6 apresenta os serviços disponíveis na APS de Belo Horizonte.

**Quadro 1: Unidades físicas da rede própria do SUS-BH, 2013 a 2017**

Tipo de Unidade	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Atenção Primária à Saúde</b>					
Centro de Saúde	147	147	148	150	152
Academias da Cidade	63	61	63	76	77
Centro de Convivência	9	9	9	9	9
<b>Atenção Especializada / Rede Complementar</b>					
Unidades de Referência Secundária	5	5	5	5	5
Centros de Especialidades Médicas	9	9	9	9	9
Centro de Especialidades Odontológicas	4	4	4	4	4
Centro de Referência em Reabilitação	3	3	3	4	4
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	2	2	2	2	2
Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias	1	1	1	1	1
Centro de Testagem e Aconselhamento	1	1	1	1	2
Centro Municipal de Oftalmologia	1	1	1	1	1
Serviços de Atenção Especializada em Infectologia	3	3	3	3	3
Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem	1	1	1	1	1
<b>Urgência e Emergência</b>					
Unidade de Pronto Atendimento	8	8	9	9	9
Centro de Referência em Saúde Mental	7	7	8	8	8
Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil	1	1	1	2	2
Centro de Referência em Saúde Mental p/ usuários de Alcool e Drogas	3	3	3	3	3
Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna	1	1	1	1	1
<b>Apoio Diagnóstico</b>					
Laboratórios Distritais	5	5	5	5	5
Laboratório Central	1	1	1	1	1
Laboratório de IST	1	1	1	1	1
Laboratório de UPA	7	7	7	8	8
<b>Vigilância em Saúde</b>					
Laboratório de Bromatologia	1	1	1	1	1
Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais	1	1	1	1	1
Laboratório de Zoonoses	1	1	1	1	1
Centro de Controle de Zoonoses	1	1	1	1	1
Centro de Esterilização de Cães e Gatos	3	3	4	4	4
Unidade Móvel de Castração	1	1	1	1	1
Serviço de Atenção à Saúde do Viajante	1	1	1	1	1
<b>Apoio à Assistência</b>					
Farmácia Distrital	9	9	9	9	9
Central de Esterilização	8	8	8	8	8
<b>Hospitais</b>					
Hospital Municipal Odilon Behrens	1	1	1	1	1
Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro			1	1	1
<b>Total de unidades de saúde</b>	<b>310</b>	<b>308</b>	<b>315</b>	<b>333</b>	<b>337</b>

Figura 6: Serviços da Atenção Primária de Belo Horizonte



### 3.3 PERÍODO DE ESTUDO

As entrevistas por telefone foram realizadas por uma empresa especializada de janeiro a dezembro de 2015. A equipe responsável pelas entrevistas, recebeu treinamento prévio e foi supervisionada por pesquisadores da UFMG e da UnB e técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

### 3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os critérios de elegibilidade da população deste estudo foram: adultos maiores de 18 anos de idade residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa domiciliar no município de BH e que procuraram algum serviço de saúde quando ficaram doentes ou precisaram de atendimento nos 12 meses anteriores à entrevista.

### 3.5 FONTES DE DADOS

Foram utilizados dados do inquérito telefônico Vigitel 2015 que entrevista, por meio de um questionário estruturado, a população adulta ( $\geq 18$  anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, residente em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa. Em 2015, o Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, definiu por incluir o *módulo avaliação Vigitel* com o objetivo de avaliar os serviços da APS utilizando como instrumento o PCATool-adulto versão reduzida, em duas capitais, Belo Horizonte e Distrito Federal (POÇAS *et al.*, 2019; PERILLO, *et al.*, 2020a; PERILLO, *et al.*, 2020b).

### 3.6 INSTRUMENTO

Para a análise dos atributos da APS o instrumento utilizado neste estudo foi o PCATool-adulto versão reduzida (para usuários), traduzido para o português e validado no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2013; BRASIL, 2010b), composto por 23 itens dispostos em blocos de perguntas que correspondem aos atributos da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária), com pequenas adaptações para uso em um inquérito telefônico (Tabela 1). Além dos 23 itens desse instrumento compõe o *módulo avaliação Vigitel* o acréscimo de onze itens que buscaram melhor avaliar as características locais dos serviços da APS em Belo Horizonte. Esses itens foram extraídos do PMAQ e do PCATool-Brasil adulto versão completa conforme apresentados na Tabela 1.

A entrevista telefônica inicia com a utilização de um questionário estruturado utilizado nacionalmente pelo Vigitel 2015 composto por questões que abordam as características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade e número de pessoas no domicílio, número de adultos e número de linhas telefônicas), características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de DCNT (frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência e duração da prática de exercícios físicos e do hábito de assistir à televisão), peso e altura referidos, frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, autoavaliação

Tabela 1. Descrição dos atributos da Atenção Primária à Saúde e dos respectivos itens usados no instrumento do módulo avaliação do Vigitel. Belo Horizonte, 2015.

Atributos da APS	Descrição resumida dos itens	
	PCATool reduzido	Módulo avaliação Vigitel <sup>b</sup>
Afiliação <sup>a</sup>	A1 - Há profissional/serviço onde vai quando quer atendimento? A2 - Há um profissional/serviço que o conhece melhor? A3 - Há um profissional que é responsável por seu atendimento?	
Primeiro contato (Utilização)	B2 - Quando tem novo problema vai ao mesmo serviço?	O horário de funcionamento atende às suas necessidades? (*) A localização atende às suas necessidades? (**) Funciona no horário do almoço (12h às 14h)? (*)
Primeiro contato (Acesso)	C4 - Faz aconselhamento rápido por telefone? C11 - Tem dificuldade para ter atendimento?	Fica aberto pelo menos um dia até as 20hs? (**) Consegue ser acolhido/atendido por algum profissional? (*)
Longitudinalidade (Atendimento continuado)	D1 - É atendimento sempre pelo mesmo profissional? D6 - Sente-se à vontade no atendimento? D9 - Sabem quais são os problemas importantes para você? D15 - Mudaria de serviço se fosse fácil?	
Coordenação (Cuidado e Sistemas de informação)	E6 - Médico sugeriu consulta com especialista? E10 - Informou motivo para consulta? E11 - Resultado da consulta com especialista E13 - Qualidade da consulta com especialista F3 - Prontuário está disponível?	
Integralidade (Serviços disponíveis)	G9 - Aconselhamento sobre saúde mental G17 - Aconselhamento sobre fumo G20 - Aconselhamento sobre o envelhecimento	Vacina (Imunização) (**) Exame preventivo para câncer de colo de útero (**)
Integralidade (Serviços prestados)	H1 - Conselhos sobre a alimentação H5 - Exercícios apropriados H7 - Verifica e discute os medicamentos H11 - Prevenção de quedas	Aconselhamento sobre dormir suficientemente (**)
Enfoque familiar	I1 - Pediu opinião sobre o plano de cuidados para você/família? I3 - Contato com a família caso solicite	Sabe as doenças comuns da sua família? (**)
Orientação comunitária	J4 - Fazem pesquisa para avaliar a satisfação do paciente	Faz visitas domiciliares? (**) Pesquisa com a comunidade como melhorar os serviços? (**)

(a) O escore da afiliação é calculado segundo algoritmo da combinação entre as questões A1, A2 e A3. (b) O módulo avaliação do Vigitel é composto por todos os itens da PCATool reduzido com acréscimo de 11 itens. (\*) Itens do PMAQ incluídos no módulo avaliação do Vigitel. (\*\*) Itens do PCATool versão completa incluídos no módulo avaliação do Vigitel.

do estado de saúde do entrevistado, referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, diabetes e obesidade, realização de exames para detecção precoce de câncer em mulheres, posse de plano de saúde ou convênio médico, questões relacionadas a situações no trânsito (BRASIL, 2016).

Dos itens do instrumento **Vigitel 2015** descritos acima, para esse estudo, foram selecionados:

- **Condições sociodemográficas:** idade, sexo, estado civil, raça/cor, escolaridade e posse de plano;
- **Condições de saúde autorreferidas:** referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, diabetes e obesidade;
- **Fatores de risco comportamentais para DCNT:** frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas.

Após a aplicação do questionário do Vigitel, os entrevistados responderam mais três perguntas, extraídas da PNS, em busca de se identificar aqueles que utilizaram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses, afim de se conhecer o **perfil de utilização de serviços de saúde**, são elas:

- “Quando está doente ou precisando de atendimento para cuidar da própria saúde, qual serviço de saúde o(a) senhor(a) costuma procurar?” (Se procurou a unidade básica de saúde ou posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família; ou centro de especialidades ou policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica; ou unidade de pronto atendimento ou outro tipo de pronto atendimento público que funciona 24 horas ou pronto-socorro ou emergência de hospital público; ou hospital público/ambulatório; ou no domicílio, com profissional da equipe de saúde da família; ou consultório particular ou clínica privada ou ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato; ou pronto-atendimento ou emergência de hospital privado; ou no domicílio, com médico particular; ou na farmácia; ou outro serviço);
- “Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) procurou atendimento em uma unidade básica de saúde (seja um posto de saúde ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) para cuidar da própria saúde? (sim ou não). Se sim, quantas vezes?”.
- “Na última vez que o (a) senhor(a) procurou por algum Posto ou Centro de Saúde o senhor foi atendido?” (sim ou não ou não se lembra ou não sabe).



Para este estudo foi considerado o entrevistado que respondeu ter procurado algum serviço de saúde pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, a partir das perguntas anteriores. Esses entrevistados foram então convidados a responder o *módulo avaliação Vigitel* com a intenção de fazer a avaliação do desempenho dos serviços da APS, para medir a **presença e extensão dos atributos da APS**. Foram realizadas perguntas relacionadas aos 23 itens do instrumento PCATool-adulto versão reduzida além dos onze itens incluídos (extraídos do PMAQ e do PCATool completo) todos descritos na Tabela 1. A versão completa do instrumento está apresentada no Anexo A.

O PCATool-adulto versão reduzida utiliza respostas do tipo *Likert* (uma escala de resposta psicométrica na qual o entrevistado especifica seu nível de concordância com uma afirmação) com intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1=com certeza não; 2= provavelmente não; 3=provavelmente sim; 4=com certeza sim), com o acréscimo da opção 9 (não sei/não lembro).

Após a consolidação dos dados de cada atributo, os valores são transformados em uma escala contínua, variando entre zero e dez conforme mostra a equação:  $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$  (BRASIL, 2010b).

Além do cálculo do **escore por atributo** calcula-se também o **escore essencial** que é a soma da média entre os componentes dos atributos primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, somados ao grau de afiliação. O **escore derivado** é obtido através da média dos atributos orientação familiar e orientação comunitária. O **escore geral** é obtido pelo valor médio dos escores essenciais, derivados e do grau de afiliação. Vale ressaltar que o grau de afiliação visa identificar o profissional ou o serviço que serve como referência para o entrevistado e, portanto não é considerado atributo da APS, mas é incluído no cálculo dos escores essencial e geral. Um escore geral  $\geq 6,6$  evidencia uma forte orientação à APS, o que equivale na escala do tipo *Likert* o valor 3 (provavelmente sim) e conseqüentemente uma boa qualidade da assistência (BRASIL, 2010b; HARZHEIM *et al.*, 2018). Quando se utiliza o PCATool-adulto versão reduzida recomenda-se a análise utilizando o escore geral (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

E por fim, para a realização das análises estatísticas calculou-se também o que chamamos de **escore geral padronizado** que representa o ponto de corte considerando o escore geral encontrado (Quadro 1)

**Quadro 2:** Descrição dos cálculos dos escores do PCATool

<b>Escore</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Descrição</b>
Escore geral padronizado	$\frac{(escore - escore\ mínimo) * 10}{escore\ máximo - escore\ mínimo}$	(1) se escore geral padronizado $\geq$ 6,6 (0) se escore geral padronizado $<$ 6,6
Escore Geral	$\frac{A + B + C + D + E + F + G + H + I}{9}$	Soma do grau de afiliação mais escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e derivados, dividido pelo número total de componentes
Escore Essencial	$\frac{A+B+C+D+E+F+G}{7}$	Soma do grau de afiliação mais escore médio entre os componentes dos atributos primeiro contato (B), longitudinalidade (C), coordenação (D e E) e integralidade disponível (F), dos serviços prestados (G), somados ao grau de afiliação (A)
Escore Derivado	$\frac{H+I}{2}$	Soma da média dos atributos enfoque familiar (H) e orientação comunitária (I)
Escore por atributo	Após a consolidação dos dados relativos de cada atributo, os valores são transformados em uma escala contínua, variando entre zero (0) e dez (10) dada pela expressão [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo)	(A) afiliação (B) utilização (C) atendimento (D) coordenação de cuidado (E) coordenação de informação (F) integralidade disponível (G) integralidade prestado (H) enfoque familiar (I) orientação comunitária

Nota: O grau de afiliação visa a identificar o serviço ou profissional de saúde (médico/enfermeiro) que serve como referência para o cuidado, o que não é considerado um atributo da APS, porém é utilizado no cálculo dos escores essencial e geral

### 3.7 PLANO AMOSTRAL DO VIGITEL

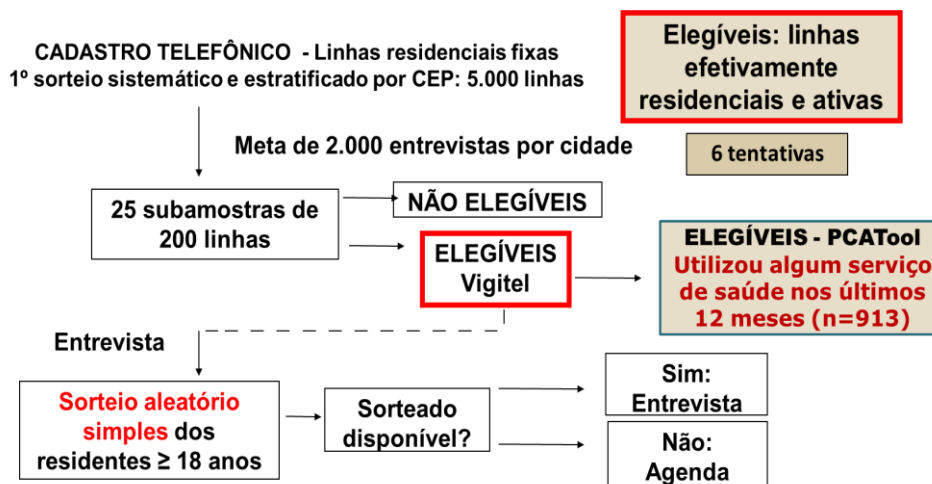
O Vigitel utiliza uma amostra probabilística da população adulta ( $\geq 18$  anos) residente em domicílios com telefone fixo em Belo Horizonte. Na primeira etapa da amostragem são sorteadas duas mil linhas telefônicas. Este sorteio, sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP), é realizado a partir do cadastro eletrônico das linhas de telefone fixo da cidade, disponibilizadas pelas principais operadoras no país. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são

resorteadas e divididas em réplicas (ou sub-amostra) de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por CEP do cadastro original.

A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis ou seja, as linhas residenciais ativas para que se possa estimar com intervalo de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>) e erro de amostragem máximo de cerca de dois pontos percentuais. Cada réplica possui 25% de linhas não elegíveis. Não são elegíveis para o sistema as linhas que: correspondem a empresas, não mais existem ou se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados (fontes de tendência).

A segunda etapa da amostragem do Vigitel consiste no sorteio aleatório simples de um dos adultos residentes no domicílio sorteado. A figura 7 ilustra o plano amostral do Vigitel.

**Figura 7: Plano amostral do Vigitel**



Para este estudo o tamanho da amostra foi definido como sendo 1.000 adultos e foi obtida pela expressão:

$$n = \frac{p \cdot (1-p)}{(d/z)^2}, \text{ sendo } p = 50\%, z \text{ igual a } 1.96 \text{ e margem de erro de } 3.1.$$

Assim no Vigitel 2015 (amostra Vigitel BH 2015) foram sorteadas 5.000 linhas telefônicas fixas, divididas em réplicas de 200 linhas, totalizando 25 réplicas. Utilizou 19 réplicas totalizando cerca de 2.000 entrevistas onde foi aplicado o questionário

Vigitel completo acrescido dos itens do *módulo avaliação Vigitel* (com o PCATool reduzido adaptado), para os que informaram ter utilizado os serviços da APS no município.

A amostra obtida com o *módulo avaliação Vigitel* foi de 795 entrevistas e para alcançar o tamanho mínimo definido pelo cálculo amostral foi necessário acrescentar cinco réplicas com 200 números de telefones em cada, totalizando 1.000 números de telefones. Destes, entrevistaram-se mais 118 adultos, que responderam ao questionário reduzido do Vigitel com apenas as questões selecionadas para este estudo (chamado de Mini Vigitel), além do *módulo avaliação Vigitel*, totalizando, assim, 914 entrevistas (BRASIL, 2015).

Nos estudos 2 e 3 excluíram-se 41 entrevistas em virtude da impossibilidade de localização do endereço da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual o entrevistado disse ter utilizado.

### 3.8 COLETA DE DADOS

Para este estudo, foram utilizadas as bases de dados referentes às amostras do Vigitel no ano de 2015, para o município de Belo Horizonte. Neste ano, em duas capitais (Distrito Federal e Belo Horizonte) após o questionário do Vigitel foi incluído o *módulo avaliação Vigitel*. Os participantes das amostras do Vigitel que declararam ter utilizado algum serviço de saúde nos últimos 12 meses (n=914 em BH) foram considerados a **população elegível para este estudo** e após identificados foram convidados a responder o *módulo avaliação Vigitel* com um questionário estruturado sobre a presença e extensão dos atributos da APS (PCATool-adulto versão reduzida adaptado). Dos 914 entrevistados que declararam ter utilizado algum serviço de saúde nos últimos 12 meses, um entrevistado não respondeu o *módulo avaliação Vigitel* (n=913 em BH que responderam o *módulo avaliação Vigitel*).

Os dados coletados das entrevistas do Vigitel utilizam amostras probabilísticas da população adulta com base no cadastro das linhas de telefone fixo residenciais. Com o intuito de igualar as distribuições sociodemográficas da amostra à distribuição estimada para a população total de 2015, após a coleta, os dados são ponderados e passaram por procedimentos de pesos pós-estratificação calculados pelo método

*rake*. Na ponderação considera-se o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio, o número de indivíduos no domicílio e o peso pós-estratificação, constituído segundo as características de sexo, idade e escolaridade da amostra e da população total do município. Bernal *et al.* (2017) em sua publicação descreve em detalhes o delineamento amostral do Vigitel.

A amostra de usuários da APS utilizada neste estudo também passou por outros procedimentos de pós-estratificação para a análise conjunta com os dados do Vigitel. Utilizou-se as variáveis idade, sexo e escolaridade no seu cálculo de forma que a distribuição sociodemográfica do Vigitel se igualasse à distribuição da população adulta de Belo Horizonte.

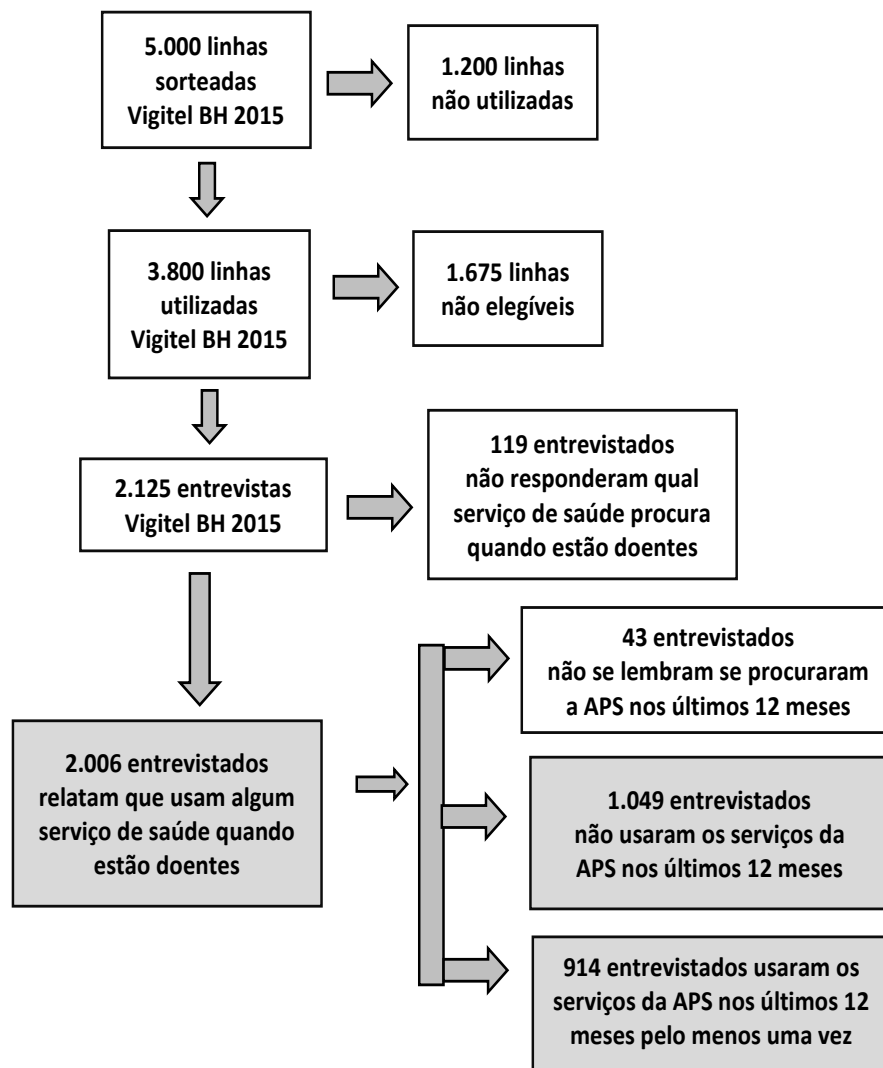
### **3.9 1ª ETAPA: EXPERIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA APS EM BH (ESTUDO 1)**

#### **3.9.1 População do estudo**

A **População do estudo 1** são adultos maiores de 18 anos de idade residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa de Belo Horizonte e que utilizaram algum serviço de saúde no município de Belo Horizonte nos últimos 12 meses anteriores à entrevista (n=2.006).

Das 5.000 linhas sorteadas tentou-se contato com 3.800 (19 réplicas), das quais 1.695 foram consideradas não elegíveis (BRASIL, 2015). Das 2.125 linhas elegíveis para este estudo, 2.006 entrevistados relataram ter procurado algum serviço de saúde quando ficaram doentes ou precisaram de atendimento. Destes, 43 entrevistados não se lembram se procuraram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses e foram excluídos da análise. Em relação ao uso dos serviços de APS, 914 entrevistados utilizaram nos últimos 12 meses algum serviço de saúde pelo menos uma vez (Figura 8).

**Figura 8: Fluxo amostral do estudo de utilização dos serviços de APS na perspectiva do usuário. Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015.**



### 3.9.2 Variáveis do estudo

A variável desfecho deste estudo foi a utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses (se usou a APS ou não) e as variáveis explicativas foram as características sociodemográficas, os fatores de risco comportamentais para as DCNT selecionados e as condições de saúde autorreferida.

As variáveis podem ser descritas em quatro grupos (Quadro 2):

**Quadro 3:** Descrição das variáveis do estudo de utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte, 2015.

Descrição da Variável	Fonte	Tipo	Unidade/categoria	
Variável desfecho	Utilização dos serviços da APS nos últimos 12 meses	Módulo avaliação	Categórica Sim Não	
Variáveis explicativas	<b>Características sociodemográficas</b>			
	Sexo	Vigitel	Categórica	Masculino Feminino
	Faixa etária (em anos)	Vigitel	Categórica	18-29 30-39 40-59 60 ou mais
	Escolaridade (anos de estudo)	Vigitel	Categórica	0 a 8 9 a 11 12 ou mais
	Cor da pele	Vigitel	Categórica	Branca Preta Amarela Parda Indígena
	Situação conjugal	Vigitel	Categórica	Com companheiro Sem companheiro
	Posse de plano de saúde	Vigitel	Categórica	Sim Não
	<b>Fatores de risco comportamentais para as DCNT</b>			
	Tabagismo	Vigitel	Categórica	Sim Não
	Uso abusivo do álcool	Vigitel	Categórica	Sim Não
	<b>Condições de saúde autorreferida</b>			
	Hipertensão arterial	Vigitel	Categórica	Sim Não
	Diabetes	Vigitel	Categórica	Sim Não
	Obesidade	Vigitel	Categórica	Sim Não

a) **Utilização de serviços de saúde** (extraída do *módulo avaliação Vigitel*): esta variável foi criada a partir de duas questões (filtro) que foram incluídas no Vigitel em 2015. São elas:

- “Quando está doente ou precisando de atendimento para cuidar da própria saúde qual o serviço de saúde o (a) senhor(a) costuma procurar?”;
- “Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) procurou atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (seja um posto de saúde ou centro de saúde ou unidade de Saúde da Família) para cuidar da própria saúde? Se sim, quantas vezes?”

Para este estudo foi considerado o entrevistado que respondeu ter procurado a algum serviço de saúde pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, a partir das perguntas descritas acima, bem como a participação do entrevistado respondendo o módulo avaliação da APS.

b) **Características sociodemográficas** (extraídas do questionário do Vigitel):

- Sexo (masculino; feminino);
- Faixa etária (em 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, amarela; parda; indígena);
- Situação conjugal (com ou sem companheiro);
- Ter plano de saúde (sim ou não).

c) **Condições de saúde autorreferida** (extraídas do questionário do Vigitel): relato de diagnóstico médico prévio de diabetes, hipertensão; obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, calculados a partir de peso e altura autorreferidos);

d) **Fatores de risco comportamentais para DCNT selecionados** (extraídas do questionário do Vigitel):

- Uso de tabaco (sim ou não), isto é, os entrevistados se declararam fumantes independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar;
- Uso abusivo de álcool (sim ou não). Neste último fator de risco foi considerado aquele entrevistado que relatou consumir cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

### 3.9.3 Análise dos dados

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio das frequências absolutas e relativas. Em um segundo momento empregou-se o teste de independência  $\chi^2$  para identificar associações, com nível de significância de 5%, sendo todas as variáveis testadas no modelo de forma bivariada. Posteriormente, foram calculadas as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por escolaridade e cor da pele com intervalos de confiança de 95% utilizando o modelo de regressão de *Poisson* com estimador de variância robusta. Todas as análises foram realizadas



utilizando o módulo *Survey* disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA) versão 14.0 para que fosse possível incorporar a ponderação dos dados do Vigitel.

### **3.10 2ª ETAPA: ANÁLISE DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA APS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS. (ESTUDO 2)**

#### **3.10.1 População do estudo**

A **População do estudo 2** são adultos maiores de 18 anos de idade residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa de Belo Horizonte, que utilizaram os serviços da APS no município de Belo Horizonte nos últimos 12 meses anteriores à entrevista e com endereço da UBS localizado (n=872).

Da amostra Vigitel BH foi selecionada uma sub-amostra dos entrevistados que, após responder o instrumento utilizado neste inquérito telefônico, responderam perguntas relacionadas à utilização dos serviços de saúde e da APS nos últimos 12 meses. Assim, quem utilizou a APS nos últimos 12 meses, foi então convidado a responder o instrumento usado no *módulo avaliação Vigitel*, que avalia a presença e extensão dos atributos da APS (Tabela 1).

Analisou-se os dados das entrevistas referentes ao município de Belo Horizonte fazendo uma reflexão sobre os resultados dos escores obtidos com o instrumento adaptado (escore Vigitel avaliação) quando comparados ao instrumento validado (escore PCATool reduzido).

Assim foram sorteadas inicialmente 5.000 linhas onde tentou-se contato com 3.800 das quais 1.695 linhas foram consideradas não elegíveis (linhas comerciais ou linhas que não responderam a seis tentativas de chamadas). Foram realizadas 2.125 entrevistas, sendo que 2.006 relataram ter procurado algum serviço de saúde quando ficaram doentes ou precisaram de atendimento (BRASIL, 2015). Quando perguntados se haviam utilizado a APS nos últimos 12 meses, 957 responderam positivamente, porém 162 entrevistados não responderam ao *módulo avaliação Vigitel*.

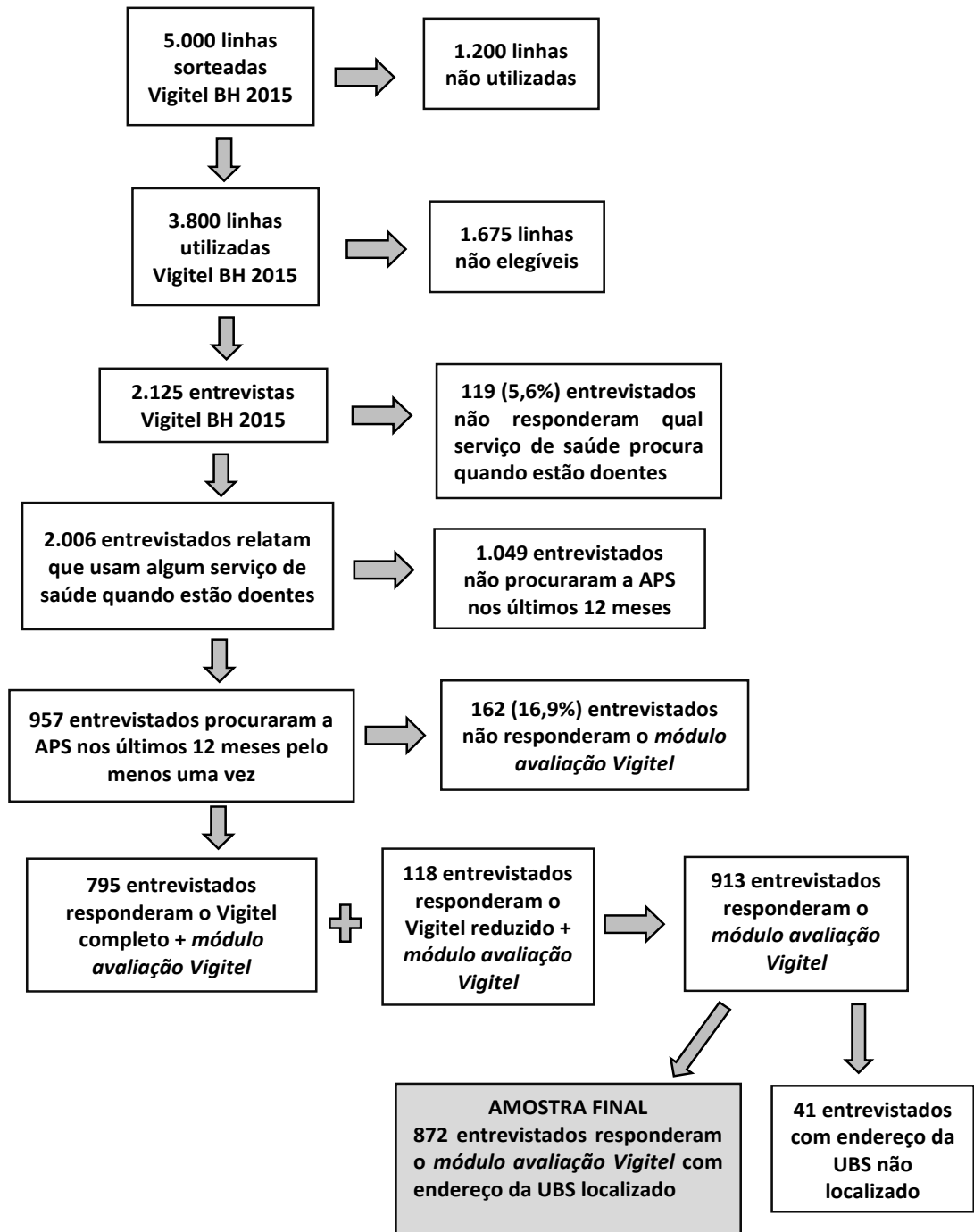
Com o intuito de ampliar a amostra Vigitel avaliação foram entrevistados mais 118 adultos que responderam um questionário reduzido do Vigitel (Mini Vigitel) com apenas os itens sobre as condições sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e os fatores de risco comportamentais para DCNT, e responderam também o *módulo de avaliação Vigitel* (n= 913). Como neste estudo foi analisado também os escores dos atributos considerando a localização da UBS utilizada foram excluídas 41 entrevistas onde não foi possível localizar o endereço. Assim que foi considerada a **população elegível** deste estudo 872 entrevistados (Figura 9).

### 3.10.2 Variáveis do estudo

As variáveis podem ser descritas em três grupos:

- a) **Escore** (extraída do *módulo avaliação Vigitel*): Para este estudo foi considerado o entrevistado que respondeu ter procurado os serviços da APS nos últimos 12 meses, a partir das respostas ao instrumento do módulo avaliação da APS do Vigitel 2015. O cálculo dos escores está descrito na seção 3.6 Instrumento, página 63.
- b) **Características sociodemográficas** (extraídas do questionário do Vigitel):
  - Sexo (masculino; feminino);
  - Faixa etária (em 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, amarela; parda; indígena);
  - Situação conjugal (com ou sem companheiro);
  - Ter plano de saúde (sim ou não).
- c) **Localização da UBS** utilizada nos últimos 12 meses (extraída do *módulo avaliação Vigitel*) segundo regional de saúde do município de Belo Horizonte.

**Figura 9: Fluxo amostral do estudo da análise do desempenho dos serviços de APS na perspectiva do usuário. Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015.**



### 3.10.3 Análise dos dados

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio das frequências absolutas e relativas. Em um segundo momento foram calculadas as

médias dos escores por atributo com intervalos de confiança de 95%. Foi descrito os escores obtidos considerando os itens do PCATool-adulto versão reduzida e comparados aos escores obtidos por meio dos itens do instrumento utilizado no *módulo avaliação Vigitel* (PCATool-adulto versão reduzida adaptado).

E no terceiro momento foram descritos os escores obtidos considerando as regionais do município de Belo Horizonte. Todas as análises foram realizadas utilizando o módulo Survey disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA) versão 14.0 para que fosse possível incorporar a ponderação dos dados do Vigitel e do *módulo avaliação Vigitel*.

### **3.11. 3ª ETAPA: ASSOCIAÇÃO ENTRE O DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DA APS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE AUTORREFERIDAS E FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS PARA DCNT. (ESTUDO 3)**

#### **3.11.1 População do estudo**

A **População do estudo 3** são adultos maiores de 18 anos de idade residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa de Belo Horizonte e que utilizaram os serviços da APS no município de Belo Horizonte nos últimos 12 meses anteriores à entrevista e com endereço da UBS localizado (n=872) (Figura 9).

Da amostra Vigitel BH foi selecionada uma sub-amostra dos entrevistados que, após responder o instrumento utilizado neste inquérito telefônico, responderam perguntas relacionadas à utilização dos serviços de saúde e da APS nos últimos 12 meses. Assim, quem utilizou a APS nos últimos 12 meses, foi então convidado a responder o instrumento usado no *módulo avaliação Vigitel*, que avalia a presença e extensão dos atributos da APS (Tabela 1). O cálculo dos escores está descrito na seção 3.6 Instrumento, página 63.

O estudo 3 analisou possíveis associações de interesse existentes entre os atributos da APS em Belo Horizonte por meio do escore geral de orientação à APS dos usuários, com os fatores de risco comportamentais para as DCNT (uso de tabaco

e uso abusivo do álcool) e condições de saúde autorreferida (diabetes, hipertensão arterial e obesidade).

### 3.11.2 Variáveis do estudo

A variável desfecho deste estudo foi o escore geral dos serviços da APS (se  $\geq 6,6$  ou  $< 6,6$ ) e as variáveis explicativas foram as características sociodemográficas, os fatores de risco comportamentais para as DCNT selecionados e as condições de saúde autorreferida.

As variáveis podem ser descritas em quatro grupos (Quadro 3):

a) **Escore geral dos serviços da APS** (se  $\geq 6,6$  ou  $< 6,6$ ) (extraída do *módulo avaliação Vigitel*): esta variável foi criada a partir do resultado do escore geral calculado a partir das respostas do questionário do *módulo avaliação Vigitel*.

b) **Características sociodemográficas** (extraídas do questionário do Vigitel):

- Sexo (masculino; feminino);
- Faixa etária (em 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, amarela; parda; indígena);
- Situação conjugal (com ou sem companheiro);
- Ter plano de saúde (sim ou não).

c) **Fatores de risco comportamentais para as DCNT selecionados** (extraídos do questionário do Vigitel):

- Uso de tabaco (sim ou não), isto é, os entrevistados se declararam fumantes independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar;
- Uso abusivo de álcool (sim ou não). Neste último fator de risco foi considerado aquele entrevistado que relatou consumir cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

d) **Condições de saúde autorreferida**: relato de diagnóstico médico prévio de diabetes, hipertensão arterial; obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, calculados a partir de peso e altura autorreferidos);

**Quadro 4:** Descrição das variáveis do estudo de avaliação dos serviços da Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte, 2015.

Descrição da Variável		Fonte	Tipo	Unidade/categoria
Variável desfecho	Escore geral da APS	Módulo avaliação	Catagórica	≥ 6,6 < 6,6
Variáveis explicativas	<b>Características sociodemográficas</b>			
	Sexo	Vigitel	Catagórica	Masculino Feminino
	Faixa etária (em anos)	Vigitel	Catagórica	18-29 30-39 40-59 60 ou mais
	Escolaridade (anos de estudo)	Vigitel	Catagórica	0 a 8 9 a 11 12 ou mais
	Cor da pele	Vigitel	Catagórica	Branca Preta Amarela Parda Indígena
	Situação conjugal	Vigitel	Catagórica	Com companheiro Sem companheiro
	Posse de plano de saúde	Vigitel	Catagórica	Sim Não
	<b>Fatores de risco comportamentais para as DCNT</b>			
	Tabagismo	Vigitel	Catagórica	Sim Não
	Uso abusivo do álcool	Vigitel	Catagórica	Sim Não
	<b>Condições de saúde autorreferida</b>			
	Hipertensão arterial	Vigitel	Catagórica	Sim Não
	Diabetes	Vigitel	Catagórica	Sim Não
	Obesidade	Vigitel	Catagórica	Sim Não

### 3.11.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para caracterizar os usuários do serviço da APS em Belo Horizonte realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio das frequências absolutas e relativas. Em um segundo momento utilizou-se o teste  $\chi^2$  de *Person* para identificar associações, com nível de significância de 5%.

Para a análise da associação de interesse escore da APS ( $\geq 6,6$ ) e ( $< 6,6$ ) e as variáveis explicativas procedeu-se a análise bivariada, calculando-se o *Odds Ratio* (OR) não ajustado e, por fim, foi realizada a regressão multivariada e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%, ajustada por sexo e idade.

Todas as análises foram realizadas utilizando o módulo *Survey* disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA) versão 14.0 para que fosse possível incorporar a ponderação dos dados do Vigitel.

### **3.12 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A utilização das informações que foram analisadas relacionadas ao inquérito telefônico do Vigitel foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) parecer nº 355.590/2013 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, sob parecer nº 089/12 (Anexo 2). Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados.



# *4 Resultados*



# *Artigo 1*

*Publicado na Revista Mineira de Enfermagem*  
*(2020;24:e-1300)*

*DOI: 10.5935/1415-2762.20200030*

**FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PELA POPULAÇÃO ADULTA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, SEGUNDO INQUÉRITO TELEFÔNICO**

**FACTORS ASSOCIATED WITH THE USE OF PRIMARY CARE BY THE ADULT POPULATION OF BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, ACCORDING TO A TELEPHONE SURVEYS**

**FACTORES ASOCIADOS CON EL USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA DE BELO HORIZONTE , MINAS GERAIS, SEGÚN UNA ENCUESTA TELEFÓNICA**

Rosângela Durso Perillo<sup>1</sup> – orcid.org/0000-0003-4791-2317

Kátia Crestine Poças<sup>3</sup> – orcid.org/0000-0002-1254-8001

Ísis Eloah Machado<sup>1</sup> – orcid.org 0000-0002-4678-2074

Regina Tomie Ivata Bernal<sup>1</sup> – orcid.org/0000-0002-7917-3857

Elisabeth Carmen Duarte<sup>3</sup> – orcid.org/0000-0001-9148-5063

Deborah Carvalho Malta<sup>2</sup> – orcid.org/0000-0002-8214-5734

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Área de Medicina Social, Brasília, DF, Brasil.

**Autor Correspondente:** Rosângela Durso Perillo - E-mail: rosangeladurso.perillo@gmail.com

**Contribuições dos autores:**

**Análise Estatística:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Isis E. Machado, Regina T. I. Bernal, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta; **Coleta de Dados:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta; **Conceitualização:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Regina T. I. Bernal, Elisabeth C. Duarte,

Deborah C. Malta; **Gerenciamento do Projeto:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Deborah C. Malta; **Investigação:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças; **Metodologia:** Rosângela D. Perillo, Regina T. I. Bernal, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta; **Redação – Preparação do Original:** Rosângela D. Perillo; **Redação – Revisão e Edição:** Rosângela D. Perillo, Kátia C. Poças, Isis E. Machado, Regina T. I. Bernal, Elisabeth C. Duarte, Deborah C. Malta.

**Fomento:** Fundo Nacional de Saúde. TED 66 – 2018.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar o perfil de utilização dos serviços de atenção primária à saúde (APS) e a associação com as características sociodemográficas, condições de saúde, os fatores de risco comportamentais para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Métodos:** análise do módulo sobre a avaliação da APS incluído no inquérito telefônico Vigitel 2015. Foram entrevistados 2.006 adultos. Os critérios de elegibilidade foram adultos  $\geq 18$  anos que utilizaram a APS nos 12 meses anteriores à entrevista. Foram calculadas as razões de prevalência bruta e ajustada por escolaridade e raça/cor. Utilizou-se a regressão de Poisson para verificar a associação da utilização da APS com características sociodemográficas, condições de saúde e fatores de risco. **Resultados:** observou-se que a utilização da APS foi maior entre entrevistados sem plano de saúde (RP=1,76; IC95% 1,55-1,99); com baixa escolaridade, isto é,  $\leq 8$  anos de estudo (RP 1,59; IC95% 1,35-1,87), seguido de nove a 11 anos de estudos (RP 1,37; IC95% 1,16-1,61); e as mulheres (RP 1,34; IC95% 1,19-1,51). Usaram menos APS os entrevistados que referiram uso abusivo de álcool (RP=0,79; IC95% 0,66-0,95) e na faixa etária de 40 a 59 anos (RP 0,93; IC95% 0,88-0,99). **Conclusão:** o inquérito telefônico consiste em ferramenta útil para conhecer a realidade de saúde da população. O estudo atual pela primeira vez analisou módulo-piloto do Vigitel sobre uso de serviços de saúde e identificou que a utilização da APS foi mais frequente na população de baixa escolaridade, sem planos de saúde, mulheres, 40 a 59 anos e em uso abusivo de álcool.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde; Estilo de Vida; Doença Crônica; Inquéritos Epidemiológicos.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the profile of use of primary health care services (PHC) and the association with sociodemographic characteristics, health conditions, behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases (NCDs). **Methods:** analysis of the PHC assessment module included in the Vigitel 2015 telephone survey. Two thousand and six adults were interviewed. The eligibility criteria were adults  $\geq 18$  years old who used PHC in the 12 months prior to the interview. Raw and adjusted prevalence ratios by education and race/color were calculated. Poisson regression was used to verify

the association between the use of PHC with sociodemographic characteristics, health conditions and risk factors. **Results:** it was observed that the use of PHC was higher among respondents without private health insurance (PR = 1.76; 95% CI 1.55-1.99); with low education, that is,  $\leq 8$  years of study (PR 1.59; 95% CI 1.35-1.87), followed by nine to 11 years of study (PR 1.37; 95% CI 1.16-1.61); and women (PR 1.34; 95% CI 1.19-1.51). Respondents who reported alcohol abuse were less likely to use PHC (PR = 0.79; 95% CI 0.66-0.95) and in the 40 to 59 age group (PR 0.93; 95% CI 0.88-0.99). **Conclusion:** the telephone survey is a useful tool to understand the population's health reality. The current study for the first time analyzed the Vigitel pilot module on the use of health services and identified that the use of PHC was more frequent in the population with low education, without private health insurances, women, 40 to 59 years old and in abusive use of alcohol.

**Keywords:** Primary Health Care; Health Services Research; Health Services; Life Style; Chronic Disease; Health Surveys.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar el perfil de uso de los servicios de atención primaria de salud (APS) y la asociación con características sociodemográficas, condiciones de salud, factores de riesgo conductuales para enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). **Métodos:** análisis del módulo de evaluación de APS incluido en la encuesta telefónica Vigitel 2015. Se entrevistó a 2.006 adultos. Los criterios de elegibilidad fueron adultos  $\geq 18$  años que usaron los servicios de APS en los 12 meses previos a la entrevista. Se calcularon las tasas de prevalencia brutas y ajustadas por educación y raza / color de la tez. Se utilizó la regresión de Poisson para verificar la asociación entre el uso de APS con características sociodemográficas, condiciones de salud y factores de riesgo. **Resultados:** se observó que el uso de APS fue mayor entre los encuestados sin sobra social (RP = 1.76; IC 95% 1.55-1.99); con bajo nivel de educación, es decir,  $\leq 8$  años de estudio (PR 1.59; IC 95% 1.35-1.87), seguido de nueve a 11 años de estudio (PR 1.37; IC 95% 1.16-1.61); y mujeres (RP 1.34; IC 95% 1.19-1.51). Los encuestados que informaron abuso de alcohol tenían menos probabilidades de usar APS (RP = 0,79; IC del 95%: 0,66-0,95) y en el grupo de edad de 40 a 59 años (RP 0,93; IC del 95%: 0,88-0,99). **Conclusión:** la encuesta telefónica es una herramienta útil para comprender la realidad sanitaria de la población. El estudio actual analizó por primera

vez el módulo piloto Vigitel sobre el uso de los servicios de salud e identificó que el uso de APS era más frecuente en la población con bajo nivel de educación, sin obra social, mujeres, de 40 a 59 años y en uso abusivo de alcohol

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Investigación sobre Servicios de Salud; Servicios de Salud; Estilo de Vida; Enfermedad Crónica; Encuestas Epidemiológicas.

## INTRODUÇÃO

A utilização de serviços de saúde compreende qualquer contato direto ou indireto com os profissionais ou serviços disponibilizados ao usuário na rede de atenção à saúde. No Brasil os usuários buscam os serviços mediante as demandas mais diversas, sendo um complexo processo que depende de vários fatores.<sup>1,2</sup>

Geralmente o primeiro contato com o serviço é decorrente de uma demanda individual relacionada à necessidade de saúde do indivíduo, determinada pelas características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, raça/cor, entre outras), potencializada pelos fatores de risco comportamentais para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além do modo de organização da rede de atenção e da oferta de serviços. O retorno ao serviço pode estar relacionado ao estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde e com o serviço, bem como à satisfação com o atendimento recebido.<sup>1</sup>

Assim, a estruturação e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos pontos de atenção dessa rede contribuem de forma positiva para a otimização da utilização dos serviços. A atenção primária à saúde (APS) dentro da RAS exerce papel fundamental na ordenação do cuidado, constituindo-se no primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, sendo o elemento-chave na caracterização de uma RAS eficaz.<sup>3</sup>

Starfield<sup>4</sup> ressalta que a APS desempenha importante papel no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo ser a porta de entrada preferencial da RAS. A APS constitui-se, assim, em elemento-chave na garantia da integralidade, da universalidade e da equidade, reforçando, assim, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>5</sup>

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária na estruturação da APS, sendo a principal porta de entrada do SUS.<sup>6</sup> A implantação da ESF começou em 1994, com grande expansão fomentada pelo Ministério da Saúde, em especial na última década, passando de uma cobertura de 50,9% (2008) a 74,65% (outubro de 2019), com grandes diferenças regionais nessa cobertura.<sup>7</sup>

A expansão da população atendida constitui-se em grande avanço no país, embora ainda seja um grande desafio a qualificação da APS, por meio da garantia

dos seus atributos e da ampliação do vínculo com o usuário.<sup>7</sup> Nesse sentido, o monitoramento e avaliação do desempenho da APS podem contribuir para a qualificação do sistema de saúde e a resposta aos problemas dos usuários.

O município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais e sexta cidade mais populosa do Brasil, implantou a ESF em 2003 e desde então fez grandes investimentos na reorganização da rede de atenção e da ESF. Nesta última aumentou a cobertura de 60,38% (julho de 2007) para 80,13% (outubro de 2019) da população do município, sendo a capital com maior cobertura no Sudeste.<sup>7</sup> Por outro lado, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), a taxa de cobertura de planos de saúde em Belo Horizonte, considerando a cobertura de assistência médica, é de 49,1% (novembro de 2019).

A avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura nacional e internacional, principalmente em decorrência ao momento econômico preocupante da última década, com significativo impacto no setor saúde. O Ministério da Saúde, juntamente com pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade de Brasília (UnB), propôs a inclusão de um módulo de avaliação da APS em duas capitais brasileiras (Belo Horizonte e Brasília) no questionário do inquérito do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco por inquérito telefônico (Vigitel) no ano de 2015. Isso possibilitou, de forma inédita, analisar a utilização da APS e a associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e os fatores de risco comportamentais dos entrevistados, por meio de inquéritos telefônicos. Assim, o objetivo deste estudo é descrever o perfil de utilização dos serviços de APS na população adulta de Belo Horizonte e analisar a sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e os fatores de risco comportamentais para as DCNTs no município de Belo Horizonte.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo transversal de base populacional. Foram utilizados dados do inquérito telefônico Vigitel 2015, que entrevista anualmente, por meio de questionário estruturado, a população adulta ( $\geq 18$  anos de idade) das capitais dos 26



estados brasileiros e do Distrito Federal, residente em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa.<sup>8</sup> Os itens do questionário incluíam a coleta de dados sobre as condições sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e os fatores de risco comportamentais para DCNT dos entrevistados.

No referido ano, para duas cidades, Belo Horizonte e Brasília, o Vigitel contou também com um módulo piloto adicional, sobre a avaliação da APS, contendo questões relacionadas à utilização de serviços de saúde e avaliação dos atributos da APS.<sup>9</sup> Assim, quem utilizou a APS nos últimos 12 meses foi então convidado a responder os itens que compõem o módulo avaliação da APS.

No Vigitel 2015 (amostra Vigitel BH 2015) foram sorteadas 5.000 linhas telefônicas fixas, divididas em réplicas de 200 linhas, totalizando 25 réplicas. Cada réplica possui 25% de linhas não elegíveis, isto é, linhas comerciais, linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados.<sup>8</sup>

Das 5.000 linhas sorteadas tentou-se contato com 3.800 (19 réplicas), das quais 1.695 foram consideradas não elegíveis.<sup>8</sup> Das 2.125 linhas elegíveis para este estudo, 2.006 entrevistados relataram ter procurado algum serviço de saúde quando ficaram doentes ou precisaram de atendimento. Em relação ao uso dos serviços de APS, 914 entrevistados utilizaram nos últimos 12 meses os seus serviços pelo menos uma vez (Figura 1).

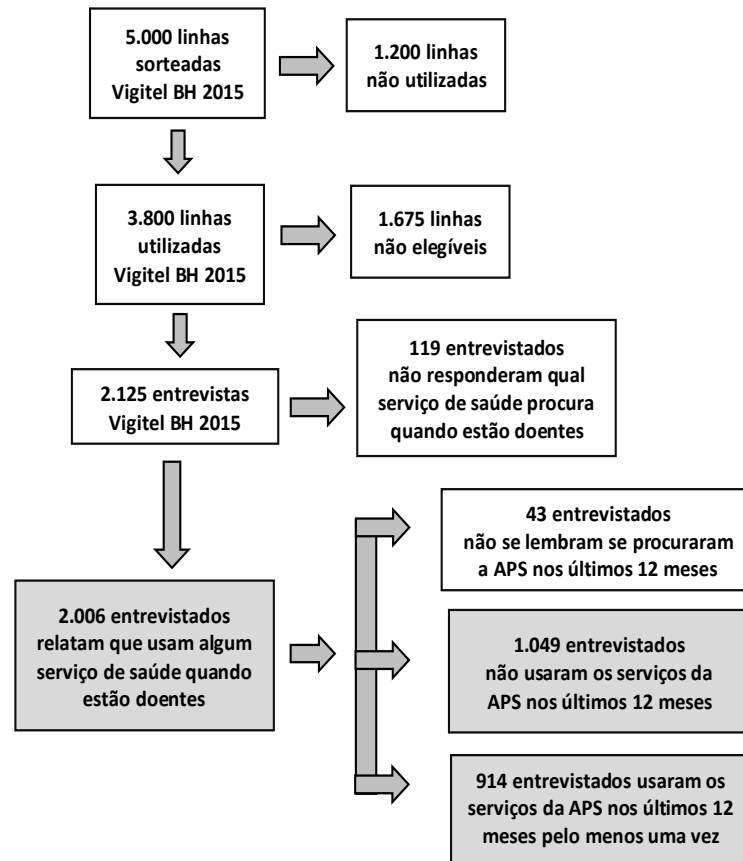
O presente estudo analisou dados da amostra Vigitel BH 2015, por meio dos itens sobre uso de serviços de saúde, condições de saúde autorreferida e alguns fatores de risco comportamentais para DCNTs selecionadas, com ênfase na utilização dos serviços da APS.

Os critérios de elegibilidade da população deste estudo foram: adultos com 18 anos ou mais, residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa domiciliar no município de BH e que procuraram algum serviço de saúde quando ficaram doentes ou precisaram de atendimento nos 12 meses anteriores à entrevista.

As entrevistas por telefone foram realizadas por uma empresa especializada, de janeiro a dezembro de 2015. A equipe responsável pelas entrevistas recebeu

treinamento prévio e foi supervisionada por pesquisadores da UFMG e da UnB e técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

**Figura 1:** Fluxo amostral do estudo de utilização dos serviços de APS na perspectiva do usuário. Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015



Como o Vigitel entrevista indivíduos que possuem linha telefônica fixa, são necessários procedimentos de pós-estratificação calculados pelo método *rake* para expansão da amostra para a população total, visando reduzir viés de seleção. O detalhamento sobre o delineamento amostral da pesquisa Vigitel foi descrito em outra publicação.<sup>10</sup> As variáveis idade, sexo e escolaridade foram utilizadas no cálculo dos pesos de pós-estratificação obtidos pelo método *rake*, o qual utilizou a população de referência do Vigitel 2015. Dessa maneira, a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel se iguala à distribuição da população adulta de BH. Para a subamostra Vigitel BH/avaliação APS foram construídos novos pesos de pós-estratificação para análise conjunta dos dados.

A variável desfecho deste estudo foi a utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses (se usou a APS ou não). Dentro dos dados coletados no Vigitel,

selecionaram-se algumas variáveis que podem influenciar na procura ou não dos serviços da APS. Assim, as variáveis explicativas foram as características sociodemográficas, os fatores de risco comportamentais para as DCNTs selecionados e as condições de saúde autorreferida descritos a seguir.

As variáveis podem ser descritas em três grupos:

a) Utilização de serviços de saúde: esta variável foi criada a partir de duas questões que foram incluídas no Vigitel em 2015. São elas:

- “Quando está doente ou precisando de atendimento para cuidar da própria saúde, qual serviço de saúde o(a) senhor(a) costuma procurar?” (Se procurou a unidade básica de saúde ou posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família);

- “Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) procurou atendimento em uma unidade básica de saúde (seja um posto de saúde ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) para cuidar da própria saúde? (Sim ou não). Se sim, quantas vezes?”.

Para este estudo foi considerado o entrevistado que respondeu ter procurado algum serviço de saúde pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, a partir das perguntas anteriores.

b) Características sociodemográficas (extraídas do questionário do Vigitel):

- Sexo (masculino; feminino);

- faixa etária (em anos: 18-29; 30-39; 40-59; 60 ou mais);

- escolaridade (anos de estudo: 0 a 8; 9 a 11; 12 ou mais);

- cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena);

- situação conjugal (com ou sem companheiro);

- ter plano de saúde (sim ou não).

c) Fatores de risco comportamentais para as DCNTs selecionados e condições de saúde autorreferida (extraídos do questionário do Vigitel):

- Condições de saúde autorreferida: relato de diagnóstico médico prévio de diabetes e hipertensão; obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, calculados a partir de peso e altura autorreferidos);

- Fatores de risco comportamentais para DCNT selecionados:

a) uso de tabaco (sim ou não), isto é, os entrevistados que se declararam fumantes independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar. O indicador utilizado relacionado ao tabagismo foi o mesmo do Vigitel, que considera quem relata fumar independentemente do número de cigarros. Não foram considerados a carga tabágica nem ex-fumantes, apenas os fumantes atuais; e b) uso abusivo de álcool (sim ou não). Neste último fator de risco foi considerado aquele entrevistado que relatou consumir cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Esses são indicadores disponíveis na base do Vigitel.

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio das frequências absolutas e relativas. Em um segundo momento, empregou-se o teste de independência  $\chi^2$  para identificar associações, com nível de significância de 5%, sendo todas as variáveis testadas no modelo de forma bivariada. Posteriormente, foram calculadas as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por escolaridade e cor da pele com intervalos de confiança de 95% utilizando o modelo de regressão de Poisson, com estimador de variância robusta. Todas as análises foram realizadas utilizando o módulo *survey* disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA) versão 14.0, para que fosse possível incorporar a ponderação dos dados do Vigitel.

A realização do inquérito telefônico do Vigitel foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), Parecer 355.590, de 26/06/2013, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília sob Parecer n° 089/12 CEP/FM/UnB, de 5 de maio de 2013. Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados.

## RESULTADOS

Entre os 2.006 entrevistados da amostra Vigitel BH 2015, a frequência do uso de serviços da APS nos últimos 12 meses foi de 45,56% (n=914). Do total, 1.049 entrevistados relataram não ter procurado os serviços da APS (Figura 1).

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos entrevistados, na qual 60,83% (IC95% 56,86-64,66) dos usuários dos serviços da APS são do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, os que mais procuram os serviços da APS foram os adultos, na faixa de 40 a 59 anos de idade, isto é, 30,76% (IC95% 27,38-34,37). Vale destacar que a frequência de idosos que procuram os serviços de APS é maior (22,77%; IC95% 20,07-25,71) quando comparado aos que não procuram a APS (16,38%; IC95% 14,28-18,70) (Tabela 1).

Também utilizaram mais os serviços da APS os adultos com baixa escolaridade -  $\leq 8$  anos de estudo (39,84%; IC95% 36,03-43,77) -, além dos que se autodeclararam pardos (49,31%; IC95% 45,33-53,30), que vivem sem companheiro(a) (54,05%; IC95% 50,10-57,94) e os que não possuíam plano de saúde (54,78%; IC95% 50,85-58,66). Ressalta-se que 45,22% (IC95% 41,34-49,15) dos usuários dos serviços da APS relataram ter plano de saúde (Tabela 1).

Considerando os que não utilizaram os serviços da APS nos últimos 12 meses, destacam-se homens (51,87%; IC95% 48,13-55,58), adultos na faixa de 40 a 59 anos de idade (34,84%; IC95% 31,45-38,39), com mais escolaridade -  $\geq 12$  anos de estudo (36,39%; IC95% 32,94-39,98), - os que se autodeclararam pardos (42,34%; IC95% 38,60-46,16) e brancos (42,29%; IC95% 38,65-46,01), que vivem sem companheiro(a) (51,84%; IC95% 48,06-55,59) e os que possuíam plano de saúde (74,63%; IC95% 71,05-77,90) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Caracterização da utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, por adultos, segundo características sociodemográficas, Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015

Variáveis	Usuários APS <sup>a</sup>		Não usuários APS <sup>b</sup>		Valor de p <sup>d</sup>
	% <sup>c</sup>	IC 95%	% <sup>c</sup>	IC95%	
<b>Sexo</b>					0,000
Masculino	39,17	35,34 43,14	51,87	48,13 55,58	
Feminino	60,83	56,86 64,66	48,13	44,42 51,87	
<b>Faixa etária</b>					0,014
18 a 29 anos	27,66	23,88 31,79	26,40	22,90 30,24	
30 a 39 anos	18,81	15,84 22,19	22,38	19,30 25,80	
40 a 59 anos	30,76	27,38 34,37	34,84	31,45 38,39	
60 anos ou mais	22,77	20,07 25,71	16,38	14,28 18,70	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>					0,000
12 anos ou mais	21,43	18,40 24,80	36,39	32,94 39,98	
9 a 11	38,73	34,97 42,64	36,57	33,05 40,23	
0 A 8	39,84	36,03 43,77	27,04	23,65 30,72	
<b>Raça/cor</b>					0,068
Branca	34,10	30,47 37,92	42,29	38,65 46,01	
Preta	12,49	9,98 15,52	11,57	9,22 14,41	
Amarela	2,88	1,83 4,50	2,44	1,47 4,03	
Parda	49,31	45,33 53,30	42,34	38,60 46,16	
Indígena	1,22	0,59 2,51	1,36	0,63 2,90	
<b>Situação Conjugal</b>					0,427
Com companheiro(a)	45,95	42,06 49,90	48,16	44,41 51,94	
Sem companheiro(a)	54,05	50,10 57,94	51,84	48,06 55,59	
<b>Plano de saúde</b>					0,000
Sim	45,22	41,34 49,15	74,63	71,05 77,90	
Não	54,78	50,85 58,66	25,37	22,10 28,95	

(a) n= 914 (b) n=1.049 (c) Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta do BH (d) Valor de p do teste do  $\chi^2$  de Pearson (usuários e não usuários da APS).

Nota: Categorização dos entrevistados do Vigitel 2015 que responderam as questões sobre utilização de serviços de saúde (n=1.963)

Ao se avaliar os fatores de risco comportamentais para DCNT selecionados, apurou-se que a prevalência do uso do tabaco nos usuários dos serviços da APS foi de 9,20% (IC95% 7,05-11,91), sendo maior em relação aos que não usaram a APS (8,60%; IC95% 6,69-11,11). Entretanto, a prevalência do uso abusivo de álcool em usuários dos serviços da APS foi menor (15,23%; IC95% 12,46-18,49) quando comparada à prevalência nos que não usaram a APS (22,73%; IC95% 19,56-26,24) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Caracterização da utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, por adultos, segundo fatores de risco comportamentais para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e condições de saúde autorreferida. Vigitel, Belo Horizonte, 2015

Variáveis	Usuários APS <sup>a</sup>		Não usuários APS <sup>b</sup>		Valor de p <sup>d</sup>
	% <sup>c</sup>	IC 95%	% <sup>c</sup>	IC95%	
<b>Uso do tabaco</b>					0,718
Sim	9,20	7,05 11,91	8,60	6,69 11,11	
Não	90,80	88,09 92,95	91,40	89,00 93,31	
<b>Uso abusivo do álcool</b>					0,001
Sim	15,23	12,46 18,49	22,73	19,56 26,24	
Não	84,77	81,51 87,54	77,27	73,76 80,44	
<b>Hipertensão arterial</b>					0,000
Sim	32,48	29,08 36,07	23,19	20,29 26,37	
Não	67,52	63,93 70,92	76,81	73,63 79,71	
<b>Diabetes</b>					0,027
Sim	8,98	7,20 11,15	6,12	4,69 7,95	
Não	91,02	88,85 92,80	93,88	92,05 95,32	
<b>Obesidade</b>					0,081
Sim	19,00	16,27 22,07	15,44	12,88 18,39	
Não	81,00	77,93 83,73	84,56	81,61 87,12	

(a) n= 914 (b) n=1.049 (c) Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta do BH (d) Valor de p do teste do  $\chi^2$  de Pearson (usuários e não usuários da APS).

Nota: Categorização dos entrevistados do Vigitel 2015 que responderam as questões sobre utilização de serviços de saúde (n=1.963)

Considerando a condição de saúde autorreferida entre os que usaram os serviços da APS, as prevalências de hipertensão (32,48%; IC95% 29,08-36,07), diabetes (8,98%; IC95% 7,20-11,15) e obesidade (19,00%; IC95% 16,27-22,07) foram maiores quando comparados aos não usuários - 23,19% (IC95% 20,29-26,37), 6,12% (IC95% 4,69-7,95) e 15,44% (IC95% 12,88-18,39), respectivamente (Tabela 2).

As variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, possuir plano de saúde, uso abusivo de álcool, hipertensão e diabetes apresentaram significância estatística ( $p < 0,001$ ) entre os que usaram a APS ou não nos últimos 12 meses (Tabelas 1 e 2).

A Tabela 3 apresenta as razões de prevalência (RP) bruta entre a utilização da APS (desfecho) e as variáveis explicativas (sociodemográficas, fatores de risco comportamentais para as DCNTs e condições de saúde autorreferida). Observa-se associação entre o maior uso dos serviços da APS por pessoas sem plano de saúde (RP 1,86; IC95% 1,67-2,09), com baixa escolaridade -  $\leq 8$  anos de estudo (RP 1,64; IC95% 1,40-1,92) -, seguido dos entrevistados com 9 a 11 anos de estudos (RP 1,41; IC95% 1,20-1,65), mulheres (RP 1,31; IC95% 1,16-1,48), hipertensos (RP 1,26; IC95% 1,13-1,41), diabéticos (RP 1,22; IC95% 1,04-1,44) e de cor parda (RP 1,21; IC95% 1,06-1,37).

Na análise da regressão de Poisson e após o ajuste por escolaridade e cor da pele, observou-se que a utilização dos serviços da APS em Belo Horizonte foi maior entre entrevistados: sem plano de saúde (RP=1,76; IC95% 1,55-1,99), com baixa escolaridade - ≤8 anos de estudo (RP 1,59; IC95% 1,35-1,87) -, seguido de 9 a 11 anos de estudos (RP 1,37; IC95% 1,16-1,61), as mulheres (RP 1,34; IC95% 1,19-1,51) e os hipertensos (RP 1,13; IC95% 1,00-1,28). Procura menos os serviços de APS a população na faixa etária de 40 a 59 anos (RP 0,93; IC95% 0,88-0,99) e que relata uso abusivo de álcool (RP 0,79; IC95% 0,66-0,95) (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

O estudo apresenta, pela primeira vez, uma análise das características da utilização dos serviços da APS em Belo Horizonte, utilizando inquérito populacional por meio de telefone. Os resultados revelaram que o uso da APS foi maior entre mulheres, usuários com baixa escolaridade, que se autodeclararam de cor parda, sem companheiro(a), hipertensos e sem plano de saúde. Já os entrevistados que relataram o uso abusivo álcool e estavam na faixa etária de 40 a 59 anos procuraram menos a APS.

Destaca-se o emprego de inquéritos telefônicos para a avaliação da utilização dos serviços de saúde na população como uma importante ferramenta que pode apoiar o planejamento e a gestão dos serviços.<sup>1,11,12</sup>

Autores descrevem que o uso de serviços depende de diversos fatores, como a necessidade dos usuários, a sua percepção da doença, a oferta disponível de serviços, bem como características sociodemográficas.<sup>1,11,13,14</sup>

Vários estudos revelam que as condições sociais e de desigualdades são determinantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde e que as populações de baixa renda e menos escolaridade tendem a consumir menos esses serviços.<sup>13-15</sup> Torna-se fundamental assegurar o princípio da equidade do SUS, visando reduzir essas diferenças. Cabe ao Estado reduzir as desigualdades e facilitar o acesso das populações mais vulneráveis.<sup>13-16</sup>



**Tabela 3.** Fatores associados à procura por serviços de Atenção Primária à Saúde por adultos. Vigitel, Belo Horizonte, 2015

Variáveis	RP bruta				RP ajustada			
	RP <sup>a</sup>	IC <sup>b</sup> (95%)		valor p <sup>c</sup>	RP <sup>d</sup>	IC <sup>b</sup> (95%)		valor p <sup>c</sup>
<b>Sexo</b>								
Masculino	1,00				1,00			
Feminino	1,31	1,16	1,48	0,000	1,34	1,19	1,51	0,000
<b>Faixa etária</b>								
18 a 29 anos	1,00				1,00			
30 a 39 anos	0,89	0,73	1,07	0,222	0,89	0,73	1,08	0,228
40 a 59 anos	0,97	0,92	1,02	0,265	0,93	0,88	0,99	0,014
60 anos ou mais	1,03	1,00	1,07	0,081	0,99	0,94	1,03	0,579
<b>Escolaridade (anos de estudo)<sup>e</sup></b>								
12 anos ou mais	1,00				1,00			
9 a 11	1,41	1,20	1,65	0,000	1,37	1,16	1,61	0,000
0 a 8	1,64	1,40	1,92	0,000	1,59	1,35	1,87	0,000
<b>Raça/cor<sup>f</sup></b>								
Branca	1,00				1,00			
Preta	1,16	0,96	1,41	0,132	1,08	0,88	1,31	0,463
Amarela	1,21	0,86	1,71	0,269	1,17	0,81	1,70	0,491
Parda	1,21	1,06	1,37	0,003	1,14	1,00	1,29	0,046
Indígena	1,05	0,58	1,90	0,865	0,98	0,51	1,87	0,940
<b>Situação Conjugal</b>								
Com companheiro(a)	1,00				1,00			
Sem companheiro(a)	1,06	0,95	1,19	0,315	1,12	1,00	1,25	0,047
<b>Plano de saúde</b>								
Sim	1,00				1,00			
Não	1,86	1,67	2,09	0,000	1,76	1,55	1,99	0,000
<b>Uso do tabaco</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,04	0,85	1,27	0,714	0,97	0,78	0,18	0,742
<b>Uso abusivo do álcool</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	0,76	0,63	0,91	0,003	0,79	0,66	0,95	0,013
<b>Hipertensão arterial</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,26	1,13	1,41	0,000	1,13	1,00	1,28	0,046
<b>Diabetes</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,22	1,04	1,44	0,017	1,10	0,92	1,30	0,289
<b>Obesidade</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,13	0,99	1,30	0,070	1,07	0,93	1,23	0,350

a) RP: Razão de Prevalência bruta. b) IC95%: intervalo de confiança de 95%. c) Valor de p considerado estatisticamente significativo: p<0,05.

d) RPajustada = Razão de Prevalência ajustada por escolaridade e cor da pele.

e) Razão de Prevalência ajustada por cor da pele. f) Razão de Prevalência ajustada por escolaridade.

Nota: Razão de Prevalência bruta, seus respectivos IC95% e a significância estatística (valor de p) foram estimados por o modelo de regressão de Poisson com estimador de variância robusta.

O Vigitel, por meio do módulo piloto de avaliação da APS em 2015, possibilitou a análise e identificação da população que utilizou a APS, mostrando, assim, como a APS contribui na ampliação do acesso ao SUS para as populações com baixa escolaridade, cor parda e sem acesso a planos de saúde.<sup>15,17</sup> O estudo mostra, ainda, a importância da APS e do SUS na redução das iniquidades, visto que a ESF amplia

o acesso aos cuidados de saúde na população mais vulnerável. Outras pesquisas também referiram que a cobertura da APS é mais elevada na população com essas características, o que indica a importância da ESF na inclusão social e na redução e iniquidades e determinação social da doença.<sup>14</sup>

O estudo também identificou o maior uso da APS pelas mulheres, o que já foi descrito por outros autores.<sup>14,18-20</sup> Fatores como maior percepção das mulheres a respeito de doenças e sintomas e maior demanda por ações de prevenção resultam na maior procura pelos serviços de saúde.<sup>14,18,20</sup>

Outra questão bastante evidente é que usuários com posse de plano de saúde usam menos os serviços de APS, o que corrobora os dados da PNS, que mostraram que as coberturas de ESF são mais elevadas entre populações de baixa escolaridade.<sup>7</sup> Entretanto, o estudo registra que 45,22% dos usuários com posse de plano de saúde também utilizaram os serviços da APS, o que reforça a abrangência desses serviços.

Salienta-se que a busca por consulta médica nos últimos 12 meses é considerada um indicador de acessibilidade aos serviços de saúde, bastante utilizado em estudos que analisam e comparam os diversos sistemas de saúde.<sup>2</sup> Esse indicador pode ser visto também nos trabalhos que analisam os dados da PNAD 2008 e PNS 2013 documentando que pessoas com plano de saúde apresentam frequências mais elevadas de consulta médica, internação nos últimos 12 meses e de uso de serviços nas últimas duas semanas, em comparação ao segmento social que não dispõe de plano de saúde.<sup>21,22</sup> Esses dados reforçam a importância da APS como porta de entrada da população de baixa escolaridade e renda, que tem no SUS a estratégia de redução de iniquidades e de entrada no sistema de saúde.<sup>18</sup> Em contrapartida, Hone *et al.*<sup>23</sup> realçam a tendência ao aumento da mortalidade infantil com o aumento das medidas de austeridade e redução da cobertura da APS.

No que se refere aos fatores de risco comportamentais para as DCNTs analisados, o uso do tabaco não foi associado à maior procura da APS, entretanto, o uso abusivo do álcool associou-se a menor procura pela APS. Esse indicador refere-se ao uso em episódio excessivo, isto é, usar cinco doses ou mais em uma única ocasião, no caso de homens, ou quatro doses no caso de mulheres. Machado *et al.*<sup>24</sup> encontraram em seu estudo com dados da PNS que esse indicador (uso abusivo do

álcool) foi mais frequente entre homens, jovens de alta escolaridade, que não correspondem ao público que frequenta os serviços de APS.

O estudo encontrou maior RP na utilização da APS entre os pacientes que referem diagnóstico de hipertensão arterial, o que está em conformidade com a literatura, que referencia que procuram mais serviços de saúde populações com doenças prévias, em busca de resposta aos seus problemas de saúde.<sup>13,14</sup>

Uma limitação deste estudo é sua natureza transversal, que embora vantajoso em função da rapidez e baixo custo, impossibilita a avaliação da relação temporal entre as variáveis pesquisadas. Outro aspecto a ser considerado é a variável desfecho selecionada, o uso de serviços de saúde no último ano (12 meses), que apesar do curto período deve-se levar em consideração um possível viés de memória. Um último aspecto refere-se a um possível viés de seleção, originado no uso do cadastro de linhas telefônicas fixas que foi minimizado com o uso do método de ponderação e pesos de pós-estratificação, ajustando a composição da amostra às características demográficas da população do município (de acordo com os dados do censo demográfico e projeções intercensitárias).

O estudo inova ao utilizar o inquérito telefônico para avaliação da APS sob a ótica do usuário do serviço<sup>9</sup>, o que permite estabelecer um conjunto de fatores associados à utilização da APS em Belo Horizonte.

Ainda são grandes os desafios na consolidação da APS no país, em especial na qualidade dos serviços. Destaca-se o importante papel na redução das iniquidades, constituindo-se como a porta de entrada de populações vulneráveis usuárias do SUS. Preocupante, as medidas de redução de investimento na saúde, em especial a Emenda Constitucional 95, que poderá trazer grandes prejuízos na eficiência do sistema, na expansão da APS, na qualidade dos serviços, afetando justamente a população mais pobre. Assim, recomenda-se, ao contrário, o investimento e fortalecimento da APS visando à melhoria da qualidade de vida e à redução de iniquidades em saúde.

## CONCLUSÃO

O estudo enfatiza que utilizam mais os serviços de APS populações vulneráveis, com baixa escolaridade, cor parda, sem planos de saúde, mulheres e com doenças prévias. Mostra ainda a importância da realização dos inquéritos de saúde que possibilitam o conhecimento de informações da população sobre sua condição de saúde, fatores de risco, características sociodemográficas, relacionados ao processo saúde-doença. Os inquéritos em saúde podem permitir o conhecimento da realidade de utilização e do acesso aos serviços de saúde, possibilitando a compreensão das desigualdades sociais relacionadas nesse acesso.

Este estudo apresenta uma nova possibilidade de análise do perfil de utilização dos serviços de saúde, em especial da APS, por meio do inquérito telefônico, que pode ser uma boa estratégia para avaliação dos serviços ofertados com o olhar do usuário, de baixo custo e rapidez.

## REFERÊNCIAS

1. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 183-206.
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 2018[citado em 2019 ago. 11];42(n. spe1):18-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União*. Brasília: MS; 2008[citado em 2019 ago. 30]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)

4. Starfield B. Avaliação Primária: uma visão da população. In: Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p. 481-532.
  
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 339, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2013[citado em 2019 ago. 30]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0339\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0339_04_03_2013.html)
  
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[citado em 2019 ago. 28]. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
  
7. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc Saúde Colet. 2016 [citado em 2019 ago. 28]; 21(2):327-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>
  
8. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 160p.: il.
  
9. Poças KC, Perillo RD, Bernal RTI, Malta DC, Duarte EC. Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. Epidemiol Serv Saúde. 2019[citado em 2019 ago. 29];28(2):e2018124. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v28n2/2237-9622-ress-28-02-e2018124.pdf>
  
10. Bernal RTI, Iser BPM, Malta DC, Claro RM. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. Epidemiol Serv Saúde. 2017[citado em 2019 ago. 29];26(4):701-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00701.pdf>

11. Cesar CLG, Goldbaum M. Usos de serviços de saúde. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Azevedo MB, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005. p. 185-98.

12. Iser BPM, Malta DC, Duncan BB, Moura L, Vigo A, Schmidt MI. Prevalence, correlates, and description of self-reported diabetes in Brazilian capitals: results from a telephone survey. PLoS ONE. 2014[citado em 2019 ago. 29];9(9):e108044. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177870/pdf/pone.0108044.pdf>

13. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev Saúde Pública. 2017[citado em 2019 ago. 29];51(Suppl 1):3s. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf)

14. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017[citado 2019 ago. 29];51(Suppl 1):4s. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102017000200306&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102017000200306&script=sci_arttext&tlng=pt)

15. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. Epidemiol Serv Saúde. 2017[citado 2019 ago. 12];26(2):275-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00275.pdf>

16. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990. Brasília: MS; 1990[citado em 2019 ago. 29]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

17. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc Saúde Colet. 2016[citado em 2019 ago. 29];21(2):327-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>

18. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004[citado em 2019 ago. 29];20(Supl 2):S190-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
  
19. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018[citado em 2019 ago. 29];27(4):e2017504. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/2237-9622-ress-27-04-e2017504.pdf>
  
20. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Colet*. 2006[citado em 2019 ago. 29];11(4):911-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32329.pdf>
  
21. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Colet*. 2016[citado em 2019 ago. 29];21(2):351-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0351.pdf>
  
22. Nunes BP, Flores TR, Garcia LP, Chiavegatto Filho ADP, Thumé E, Facchini LA. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016[citado em 2019 ago. 12]; 25(4):777-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00777.pdf>
  
23. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017[citado em 2019 ago. 29];14(5):e1002306. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>
  
24. Machado IE, Monteiro MG, Malta DC, Lana FCF. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2017 [citado em 2019 ago. 29];20(3):408-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n3/1980-5497-rbepid-20-03-408.pdf>



# *Artigo 2*

*Publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia*

*(2020; 23: E200013.SUPPL.1)*

*DOI: 10.1590/1980-549720200013.supl.1*



**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ÓTICA DOS USUÁRIOS:  
REFLEXÕES SOBRE O USO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL-BRASIL  
VERSÃO REDUZIDA NOS INQUÉRITOS TELEFÔNICOS**

AN EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE FROM THE USERS'  
PERSPECTIVE: REFLECTIONS ON THE USAGE OF THE PRIMARY

Rosângela Durso Perillo<sup>1</sup> – [orcid.org/0000-0003-4791-2317](https://orcid.org/0000-0003-4791-2317)

Regina Tomie Ivata Bernal<sup>1</sup> – [orcid.org/0000-0002-7917-3857](https://orcid.org/0000-0002-7917-3857)

Kátia Crestine Poças<sup>3</sup> – [orcid.org/0000-0002-1254-8001](https://orcid.org/0000-0002-1254-8001)

Elisabeth Carmen Duarte<sup>3</sup> – [orcid.org/0000-0001-9148-5063](https://orcid.org/0000-0001-9148-5063)

Deborah Carvalho Malta<sup>2</sup> – [orcid.org/0000-0002-8214-5734](https://orcid.org/0000-0002-8214-5734)

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Área de Medicina Social, Brasília, DF, Brasil.

**Autor Correspondente:** Rosângela Durso Perillo – Rua Engenheiro Aloísio Rocha 212/302 – CEP: 30575-260 - Belo Horizonte, MG, Brasil - E-mail: [rosangeladurso.perillo@gmail.com](mailto:rosangeladurso.perillo@gmail.com)

**Conflitos de interesses:** nada a declarar

**Fonte de financiamento:** nenhum

**Aprovação do CEP:** A realização do Vigitel foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) Parecer 355.590 de 26/06/2013 e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, sob parecer nº 089/12 CEP/FM/UnB, de 5 de maio de 2013.

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar os atributos da atenção primária à saúde (APS) na ótica dos usuários entrevistados em inquérito telefônico, em Belo Horizonte. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, com dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2015, que incluiu um módulo adicional, sobre a avaliação da APS. Utilizou-se o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) em versão reduzida, com adaptações. **Resultados:** Entrevistaram-se 872 usuários, com o predomínio de mulheres, adultos de maior idade, com baixa escolaridade, sem companheiro, que se autodeclararam de cor parda e não possuem plano de saúde. O escore geral do Vigitel avaliação foi 5,48 (intervalo de confiança — IC<sub>95%</sub> 5,35-5,61) e do PCATool reduzido 5,01 (IC<sub>95%</sub> 4,86-5,15). Em ambos os instrumentos, os escores dos atributos primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (cuidado) se apresentaram superiores ao escore geral de maior valor (5,48). O escore médio do atributo primeiro contato (utilização) foi o mais bem avaliado pelos usuários, considerando o instrumento Vigitel avaliação (7,09; IC<sub>95%</sub> 6,93-7,26). De modo geral, as avaliações dos instrumentos são coincidentes, porém os atributos primeiro contato (utilização), integralidade (serviços disponíveis) e coordenação (sistema de informação) apresentaram melhores escores médios no instrumento Vigitel avaliação quando comparado ao PCATool reduzido. Não houve diferença na avaliação segundo Regional de Saúde. **Conclusão:** A utilização do PCATool na versão reduzida em inquérito telefônico e com pequenas adaptações à realidade local, mostrou-se nova possibilidade de avaliação dos serviços da APS e pode se tornar útil na gestão dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde; Inquéritos epidemiológicos; Sistema de Vigilância por Inquérito Telefônico.

**Abstract**

**Objective:** To evaluate the attributes of PHC from the perspective of the user interviewed in a telephone survey in Belo Horizonte. **Methods:** Cross-sectional population-based study. Data from Vigitel 2015 that included an additional module on PHC assessment were used. The PCATool-Brasil reduced version with adaptations was used. **Results:** We interviewed 872 users with the predominance of women, older adults, with low education, without a partner, who described themselves as brown and without health insurance. The overall score of the Vigitel assessment was 5,48 (IC<sub>95%</sub> 5,35-5,61) and the reduced PCATool 5,01 (IC<sub>95%</sub> 4,86-5,15). In both instruments, the scores of the attributes first contact (utilization), longitudinality and coordination (care) were higher than the general score with the highest value (5,48). The mean score of the first contact attribute (utilization) was the highest rated by users considering the Vigitel assessment instrument (7,09; IC<sub>95%</sub> 6,93-7,26). In general, the evaluations of the instruments are coincident, but the attributes first contact (utilization), completeness (available services) and coordination (information system) presented better mean scores in the Vigitel evaluation instrument when compared to the reduced PCATool. There was no difference in the evaluation according to Regional Health. **Conclusion:** The use of the reduced version of PCATool in a telephone survey and with small adaptations to the local reality, showed a new possibility of evaluation of PHC services and may become useful in the management. of health services.

**Keywords:** Primary Health Care; Health Services Evaluation; Health Services; Health Surveys.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) proposta na Conferência de Alma-Ata, foi definida como parte integral do sistema de saúde e representa o primeiro contato do indivíduo com esse sistema. Deve funcionar como porta de entrada preferencial e articular-se aos demais níveis de atenção compondo assim a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma hierarquizada, integrada, resolutiva e sob base geográfica definida<sup>1</sup>.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para o fortalecimento da APS de forma a reafirmar a universalização e a equidade na assistência. Uma APS robusta é importante para o enfrentamento da crise pela qual passa o Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência das políticas liberais, de um modelo que privilegia tecnologias de alta intensidade e de um contexto de restrição de direitos<sup>2</sup>.

Segundo Starfield<sup>1</sup>, uma APS forte deve apresentar elementos estruturais como o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, bem como elementos derivados, como a orientação familiar e a comunitária.

A APS no Brasil, na última década, sofreu grande expansão, passando da cobertura de 50,9% (2008) a de 74,65% (outubro de 2019)<sup>3,4</sup>. Não obstante, o grande desafio continua sendo garantir a melhoria da qualidade dos serviços e aumentar a satisfação de usuários e dos profissionais.

Com vistas no estabelecimento de uma cultura de avaliação e intervenção, o Ministério da Saúde, em 2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para incentivar gestores e equipes na qualificação dos serviços com a adequação dos processos de trabalho<sup>5</sup>. Apesar da descontinuidade do programa em 2019, os resultados apresentados foram importantes para a melhoria dos serviços da APS.

Outro instrumento avaliativo utilizado no Brasil consiste no *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), conforme apresentam Fracolli *et al.*<sup>6</sup> em revisão de literatura sobre os principais instrumentos de avaliação da APS. O PCATool- Brasil versão-Adulto<sup>7</sup> é um instrumento composto por grupos de perguntas referentes aos atributos da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária). O instrumento foi traduzido e validado no Brasil na versão completa (88 itens)<sup>8</sup> e em versão reduzida (23 itens)<sup>9</sup>.

Diante da importância da avaliação dos serviços para o fortalecimento da APS, o Ministério da Saúde, com o intuito de buscar nova possibilidade de avaliação dos serviços, em 2015 agregou ao Sistema de Vigilância de Fatores de Risco por Inquérito Telefônico (Vigitel) um módulo piloto de avaliação da APS para duas capitais brasileiras (Belo Horizonte e Brasília)<sup>10</sup>. Contou com a parceria de pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade de Brasília (UnB) no desenvolvimento desse módulo.

Sabe-se que os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente não só para obter informações sobre a morbidade referida e os estilos de vida da população, como também para avaliar o funcionamento dos serviços, do ponto de vista do usuário, consistindo em boa oportunidade para a realização da avaliação da APS<sup>11</sup>.

Assim, este estudo apresenta algumas reflexões sobre a avaliação do desempenho da APS, utilizando a versão reduzida do PCATool-Brasil para usuários, em inquéritos telefônicos. Assim, seu objetivo é avaliar os atributos da APS na perspectiva dos usuários adultos entrevistados por telefone em Belo Horizonte.

## MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional com caráter descritivo, realizado em 2015 com dados do Vigitel<sup>12</sup>.

Realizou-se o estudo no município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, que possui 2.375.151 habitantes. O município é dividido em nove regionais de saúde que correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde. Implantou-se a ESF no município no ano de 2002, e, em 2017, a cidade possuía cobertura de 80,38% da população.

O Vigitel realiza anualmente entrevistas com a população adulta das capitais brasileiras e do Distrito Federal, utilizando linhas telefônicas fixas sorteadas. As entrevistas por telefone foram realizadas por empresa especializada<sup>12</sup>. O treinamento da equipe responsável pelas entrevistas foi realizado por pesquisadores da UFMG e da UnB e técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Da amostra Vigitel BH, selecionaram-se os entrevistados que seriam elegíveis para responder ao instrumento utilizado no *módulo avaliação da APS*, que avalia a presença e a extensão dos atributos da APS sob a perspectiva do usuário. Assim,

inicialmente os entrevistados responderam aos itens relacionados aos fatores de risco e proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) referentes ao inquérito Vigitel. Em seguida, responderam a perguntas relacionadas à utilização dos serviços de saúde e da APS nos últimos 12 meses. Os entrevistados que se declararam usuários da APS foram então convidados a participar deste estudo, respondendo ao *módulo avaliação da APS*.

Esse módulo, específico sobre a utilização de serviços de saúde e avaliação dos atributos da APS dos municípios de Belo Horizonte, utilizou como base a versão reduzida do PCATool-Brasil.

Desenvolveu-se o instrumento utilizado nesta pesquisa com vistas a complementar o PCATool reduzido com questões de interesse para a análise diante de particularidades relacionadas à cobertura e a diferentes arranjos dos serviços da APS das duas cidades selecionadas. Para isso, efetuou-se acréscimo de 11 itens, oito deles extraídos do PCATool-BRASIL (versão Adulto completa) e três retirados do instrumento utilizado na etapa da avaliação externa do PMAQ-AB<sup>13</sup>. Os itens que foram acrescentados à versão reduzida do PCATool-Brasil, contemplam praticamente todos os atributos da APS, com exceção de longitudinalidade, coordenação (cuidado) e integralidade (serviços prestados), que mantiveram os componentes da versão reduzida original (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos itens acrescentados no módulo avaliação do Vigitel, Belo Horizonte, 2015.

Atributos da APS	Itens	Descrição dos itens
Afiliação <sup>a</sup>		Itens do PCATool reduzido
Primeiro contato <sup>a</sup> (Utilização)	(*)	O horário de funcionamento atende às suas necessidades
	(**)	A localização atende às suas necessidades
	(*)	Funciona no horário do almoço (12h às 14h)
Primeiro contato <sup>a</sup> (Acesso)	(**)	Fica aberto pelo menos um dia até as 20hs
	(*)	Consegue ser acolhido/atendido por algum profissional
Longitudinalidade <sup>a</sup>		Itens do PCATool reduzido
Coordenação <sup>a</sup>		Itens do PCATool reduzido
Integralidade <sup>a</sup> (Serviços disponíveis)	(**)	Vacina (Imunização)
	(**)	Exame preventivo para câncer de colo de útero
Integralidade <sup>a</sup> (Serviços prestados)	(**)	Aconselhamento sobre dormir suficientemente
Enfoque familiar <sup>a</sup>	(**)	Doenças/problemas comuns que podem ocorrer em sua família
Orientação comunitária <sup>a</sup>	(**)	Faz visitas domiciliares
	(**)	Pesquisa com a comunidade como melhorar os serviços

(a) Inclui os itens do PCATool reduzido. (\*) Itens do PMAQ e (\*\*) do PCATool versão completa incluídos.

Nota: O módulo avaliação da APS do Vigitel 2015 é composto pelos 23 itens do PCATool reduzido (Oliveira, 2013) distribuídos em todos os atributos acrescentados dos 11 itens relacionados na tabela.

Analisaram-se os dados das entrevistas fazendo uma comparação entre os resultados dos escores obtidos com o uso do instrumento deste estudo (escore Vigitel avaliação) e, aqueles obtidos com o uso da versão reduzida do PCATool (escore PCATool reduzido).

Sortearam-se inicialmente cinco mil linhas telefônicas fixas, realizando-se o contato com 3.800, das quais 1.695 foram consideradas não elegíveis (linhas comerciais ou linhas que não responderam a seis tentativas de chamadas). Assim, conduziram-se 2.125 entrevistas, nas quais, 2.006 entrevistados relataram ter procurado algum serviço de saúde quando precisaram de atendimento. Quando indagados se haviam utilizado a APS nos últimos 12 meses, 957 usuários responderam positivamente, dos quais, 162 não aceitaram responder ao *módulo avaliação da APS*.

Com o intuito de ampliar a amostra, para este estudo, sortearam-se novas linhas telefônicas e entrevistaram-se mais 118 adultos, que responderam ao questionário reduzido do Vigitel. Esse instrumento continha itens selecionados sobre as condições sociodemográficas, condições de saúde autorreferida e fatores de risco comportamentais para DCNT, além do *módulo de avaliação da APS*. Totalizaram-se, assim, 913 entrevistas de adultos, que referiram utilizar os serviços de APS. Excluíram-se 41 entrevistas em virtude da impossibilidade de localização do endereço da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual o entrevistado disse ter utilizado. Desse modo, a população deste estudo foi de 872 entrevistados.

Os dados coletados das entrevistas do Vigitel utilizam amostras probabilísticas da população adulta, com base no cadastro das linhas de telefone fixo residenciais. Para igualar as distribuições sociodemográficas da amostra à distribuição estimada para a população total de 2015, após a coleta, os dados foram ponderados e passaram por procedimentos de pesos pós-estratificação calculados pelo método *rake*. Na ponderação, consideram-se o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio, o número de indivíduos no domicílio e o peso pós-estratificação, constituído segundo as características de sexo, idade e escolaridade da amostra e da população total do município. Bernal et al.<sup>14</sup> descrevem em detalhes o delineamento amostral do Vigitel.

A amostra empregada neste estudo também passou por outros procedimentos de pós-estratificação. Utilizaram-se as variáveis idade, sexo e escolaridade no seu

cálculo de forma que a distribuição sociodemográfica do Vigitel se igualasse à distribuição da população adulta de Belo Horizonte.

As variáveis do estudo podem ser divididas em três grupos:

- Escore (extraída do *módulo avaliação da APS*): O cálculo do escore se refere às respostas de cada item (componente) que forma os respectivos atributos.
- Características sociodemográficas (extraídas do questionário do Vigitel):
  - Sexo (masculino; feminino);
  - Faixa etária (em 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, amarela; parda; indígena);
  - Situação conjugal (com ou sem companheiro);
  - ter plano de saúde (sim ou não).
- Localização da UBS utilizada nos últimos 12 meses segundo regional de saúde à qual pertence (extraída do *módulo avaliação da APS*).

Antes de responder aos itens relacionados à avaliação da APS, fizeram-se duas perguntas abertas com o objetivo de identificar a UBS a qual o usuário se referia no momento da avaliação. São elas: “O(a) senhor(a) respondeu que procurou atendimento nos últimos 12 meses, em uma UBS (seja num Posto de saúde ou no Centro de Saúde ou na unidade saúde da família) para cuidar da própria saúde. O senhor confirma essa informação?”; e “Se sim, qual é a UBS que o senhor procurou nos últimos 12 meses?”.

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das variáveis sociodemográficas por meio das frequências absolutas e relativas. Em um segundo momento, calcularam-se as médias dos escores por atributo com intervalos de confiança de 95%. Descreveram-se os escores obtidos considerando-se os itens do PCATool reduzido e comparado-os aos escores obtidos por meio dos itens do instrumento utilizado no *módulo avaliação da APS*. E, no terceiro momento, descreveram-se os escores obtidos considerando-se as regionais de Belo Horizonte.

Fez-se o cálculo dos escores com base nas respostas aos itens que utilizaram a escala do tipo *Likert*, em que o entrevistado especifica seu nível de concordância com o item apresentado e, as respostas são dispostas de 1 a 4 (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; 4 = com certeza sim). Após a consolidação dos dados de cada atributo, os valores são transformados em escala



contínua, variando entre zero e dez, conforme mostra a equação: [escore obtido – 1 (valor mínimo)]  $\times 10 / 4$  (valor máximo) – 1 (valor mínimo).

Além do cálculo do escore por atributo, calculou-se também o escore essencial, que é a soma da média entre os componentes dos atributos primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, somados ao grau de afiliação. Obteve-se o escore derivado por meio da média dos atributos orientação familiar e orientação comunitária. Por fim, o escore geral foi obtido pelo valor médio dos escores essenciais, derivados e do grau de afiliação. Vale ressaltar que o grau de afiliação visa identificar o profissional ou o serviço que serve como referência para o entrevistado e, portanto, não é considerado atributo da APS, mas é incluído no cálculo dos escores essencial e geral<sup>7</sup>. Um escore geral  $\geq 6,6$  indica que há uma forte orientação à APS.

Todas as análises foram realizadas com o módulo Survey disponível no Data Analysis and Statistical Softwares (STATA) versão 14.0, para que fosse possível incorporar a ponderação dos dados do Vigitel e do *módulo avaliação da APS*.

A realização do Vigitel foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), parecer nº 355.590, de 26 de junho de 2013, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB, (CEP/FM/UnB), sob parecer nº 089/12, de 5 de maio de 2013. Dada a natureza das entrevistas, substituiu-se o consentimento livre e esclarecido pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados.

## RESULTADOS

Entre os 2.125 entrevistados em 2015 em Belo Horizonte, a frequência do uso de serviços da APS nos últimos 12 meses com endereço localizado foi de 41,04% (n=872).

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas dos entrevistados, dos quais 63,14% (intervalo de confiança — IC<sub>95%</sub> 58,94 - 67,2) eram do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, os que mais procuram os serviços são os adultos de maior idade, isto é, 32,92% estão na faixa de 40 a 59 anos (IC<sub>95%</sub> 29,26 - 36,79), seguidos de 28,79% com 60 anos e mais (IC<sub>95%</sub> 25,61 - 32,18).

Também utilizaram mais os serviços da APS, adultos com baixa escolaridade, isto é,  $\leq 8$  anos de estudo (39,97%; IC<sub>95%</sub> 36,00 - 44,07), além dos que se

autodeclararam pardos (45,52%; IC<sub>95%</sub> 41,35 - 49,75), os que viviam sem companheiro(a) (50,38%; IC<sub>95%</sub> 46,23 - 54,51) e os que não possuíam plano de saúde (53,23%; IC<sub>95%</sub> 49,12 - 57,30) (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização dos adultos que utilizaram os serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses. Vigitel, Belo Horizonte, 2015.

Variáveis	Usuários APS (n=872)		
	% <sup>a</sup>	IC95%	
<b>Sexo</b>			
Masculino	36,86	32,85	41,06
Feminino	63,14	58,94	67,15
<b>Faixa etária (anos)</b>			
18 a 29	20,27	16,64	24,45
30 a 39	18,03	14,87	21,69
40 a 59	32,92	29,26	36,79
60 ou mais	28,79	25,61	32,18
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>			
12 ou mais	19,41	16,55	22,63
9 a 11	40,62	26,60	44,77
0 A 8	39,97	36,00	44,07
<b>Raça/cor*</b>			
Branca	35,40	31,50	39,51
Preta	14,87	12,00	18,29
Amarela	2,82	1,69	4,67
Parda	45,52	41,35	49,75
Indígena	1,39	0,67	2,85
<b>Situação Conjugal*</b>			
Com companheiro(a)	49,62	45,49	53,77
Sem companheiro(a)	50,38	46,23	54,51
<b>Plano de saúde*</b>			
Sim	46,77	42,70	50,88
Não	53,23	49,12	57,30

(a) Frequência ponderada. IC95%: intervalo de confiança de 95%. \* Valores não somam 100% (missing).

Nota: Categorização dos entrevistados do Vigitel 2015 que responderam o módulo de avaliação da APS e com endereço localizado.

A Tabela 3 apresenta o escore geral obtido segundo a localização da UBS a que o usuário recorreu nos últimos 12 meses. Considerando-se a média dos escores obtidos do PCATool reduzido das unidades de cada regional de saúde, observa-se que, apenas as unidades da Regional Nordeste (5,77; IC<sub>95%</sub> , 5,06 - 6,48) apresentaram escore maior que o escore geral do módulo avaliação do Vigitel (5,48). Entretanto, ao se analisar o escore geral das regionais com os dados do *módulo avaliação da APS* do Vigitel, na Regional Nordeste (6,17; IC<sub>95%</sub> , 5,55 - 6,78), Regional Norte (5,70; IC<sub>95%</sub>, 5,33 - 6,07), Regional Oeste (5,57; IC<sub>95%</sub> , 5,10 - 6,05) e Regional Pampulha (5,60; IC<sub>95%</sub> , 5,40 - 6,80) os escores foram superiores ao geral de Belo Horizonte (5,48).

Tabela 3: Escore geral obtido na avaliação da Atenção Primária à Saúde, segundo localização da unidade utilizada pelo do usuário. Vigitel, Belo Horizonte, 2015.

Regional da UBS usada nos últimos 12 meses	n°	Escore Geral Vigitel avaliação <sup>a</sup>			Escore Geral PCATool reduzido <sup>a</sup>		
		Média	IC95%		Média	IC95%	
<b>Belo Horizonte</b>	<b>872</b>	<b>5,48</b>	<b>5,35</b>	<b>5,61</b>	<b>5,01</b>	<b>4,86</b>	<b>5,15</b>
Regional Barreiro	33	5,22	4,63	5,81	4,63	4,01	5,24
Regional Centro Sul	30	4,63	3,84	5,42	4,14	3,14	5,14
Regional Leste	23	4,91	4,20	5,63	4,38	3,61	5,14
Regional Nordeste	29	6,17	5,55	6,78	5,77	5,06	6,48
Regional Norte	79	5,70	5,33	6,07	5,21	4,77	5,64
Regional Noroeste	29	4,78	4,03	5,54	4,35	3,56	5,14
Regional Oeste	35	5,57	5,10	6,05	4,81	4,32	5,30
Regional Pampulha	302	5,60	5,40	5,80	5,14	4,91	5,38
Regional Venda Nova	395	5,40	5,16	5,64	4,95	4,68	5,21

(a) Frequência ponderada. Escore Médio Padronizado (escala 0 a 10).

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Nota: Categorização dos entrevistados do Vigitel 2015 que responderam o módulo de avaliação da APS e com endereço localizado (n=872).

A Tabela 4 apresenta o escores médios obtidos dos atributos da APS com intervalo de confiança de 95%. Calculou-se o escore geral de duas formas: com base nas médias dos escores dos atributos do PCATool reduzido (5,01; IC<sub>95%</sub> 4,86 - 5,15);

e o escore geral do instrumento adotado neste estudo (escore Vigitel avaliação) com base no Vigitel 2015 (5,48; IC<sub>95%</sub> 5,35 - 5,61).

Em ambos os instrumentos, os atributos primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (cuidado) apresentaram médias superiores ao escore geral de maior valor (5,48). O atributo primeiro contato (utilização) foi o mais bem avaliado pelos usuários, considerando o instrumento Vigitel avaliação (7,09; IC<sub>95%</sub> 6,93 - 7,26). Sendo assim, o único atributo que se considerou ter melhor grau de orientação do serviço em relação aos atributos da APS ( $\geq 6,6$ ). Em contrapartida, o atributo orientação familiar foi o que apresentou menor escore: no PCATool reduzido obteve 4,39 (IC<sub>95%</sub> 4,13 - 4,65) e no Vigitel avaliação 4,58 (IC<sub>95%</sub> 4,33 - 4,82) (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

Este estudo, analisou dados do *módulo avaliação da APS* do Vigitel 2015. Apresenta a potencialidade do uso do inquérito telefônico na avaliação da APS com a utilização do PCATool reduzido.

A análise mostrou que os usuários da APS são na maioria mulheres, adultos de maior faixa etária, com baixa escolaridade, sem companheiro, que se autodeclaram de cor parda e não possuem plano de saúde. Vários autores afirmam que o uso de serviços de saúde está relacionado a diversos fatores, tais como a percepção da doença, a necessidade dos usuários, a disponibilidade dos serviços ofertados, ou mesmo características sociodemográficas<sup>15,18</sup>. A maior utilização dos serviços da APS por mulheres pode estar relacionada à sua maior percepção da situação de saúde e, por conseguinte, à maior busca por ações de prevenção<sup>14,19,20</sup>.

Não houve diferenças de avaliação da APS segundo as regionais de saúde. Entretanto, o escore geral foi 5,48 menor que o esperado, apontando assim a necessidade da busca de alternativas para adequação dos processos de trabalho. Esse resultado difere dos obtidos no estudo de Turci et al.<sup>21</sup>, realizado em Belo Horizonte, que analisou a percepção dos profissionais e encontrou escore médio de 7,5. Entretanto, os estudos apontam que a avaliação realizada por usuários tende a ser mais rigorosa do que a de gestores e profissionais, em decorrência da sua maior implicação com a prática<sup>21, 22</sup>.

Tabela 4. Escore médio obtido por atributo da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários. Vigitel, Belo Horizonte, 2015.

Atributos da APS	Escore por atributo Vigitel avaliação <sup>a</sup>			Escore por atributo PCATool reduzido <sup>a</sup>		
	Média	IC 95%		Média	IC 95%	
Afiliação	4,67	4,42	4,92	4,67	4,42	4,92
Primeiro contato (utilização)	7,09	6,93	7,26	6,09	5,77	6,42
Primeiro contato (acesso)	4,73	4,54	4,91	4,51	4,25	4,77
Longitudinalidade	5,87	5,66	6,08	5,87	5,66	6,08
Coordenação (cuidado)	6,02	5,66	6,39	6,02	5,66	6,39
Coordenação (sistemas de informação)	6,08	5,89	6,28	4,84	4,56	5,11
Integralidade (serviços disponíveis)	6,06	5,89	6,23	4,91	4,71	5,12
Integralidade (serviços prestados)	5,31	5,10	5,52	5,31	5,10	5,52
Orientação familiar	4,58	4,33	4,82	4,24	3,99	4,49
Orientação comunitária	4,87	4,67	5,07	4,39	4,13	4,65
<b>ESCORE ESSENCIAL<sup>b</sup></b>	<b>5,68</b>	<b>5,55</b>	<b>5,81</b>	<b>5,51</b>	<b>5,37</b>	<b>5,65</b>
<b>ESCORE DERIVADO<sup>c</sup></b>	<b>4,70</b>	<b>4,55</b>	<b>4,86</b>	<b>4,43</b>	<b>4,25</b>	<b>4,61</b>
<b>ESCORE GERAL<sup>d</sup></b>	<b>5,48</b>	<b>5,35</b>	<b>5,61</b>	<b>5,01</b>	<b>4,86</b>	<b>5,15</b>

(a) Frequência ponderada. Escore Médio Padronizado (escala 0 a 10). (b) O escore essencial é a soma da média dos escores dos atributos primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, dos serviços prestados somados ao grau de afiliação. (c) O escore derivado é a soma da média dos escores dos atributos orientação familiar e orientação comunitária. (d) O escore geral é o valor médio dos escores essenciais e derivados e do grau de afiliação.

Em relação aos atributos, o escore do atributo primeiro contato (utilização) foi o mais bem avaliado pelos usuários, com valor médio superior ao parâmetro ( $\geq 6,6$ ). Os atributos longitudinalidade, coordenação e integralidade (serviços disponíveis) apresentaram médias superiores ao escore geral encontrado no estudo ( $> 5,48$ ).

De acordo com Donabedian<sup>23</sup>, na avaliação de serviço deve-se considerar o componente da qualidade da estrutura, que está relacionado às características do serviço, o componente do processo relacionado às ações por parte dos profissionais

de saúde e populações, e os resultados, que são o reflexo do estado de saúde alcançado.

O PCATool permite a avaliação dos componentes de estrutura e processo. Os atributos primeiro contato (utilização) e integralidade (serviços prestados) estão relacionados à avaliação dos processos. Nesse sentido, foi possível observar que também se chegou à boa avaliação do atributo primeiro contato (utilização) em outros estudos, bem como à boa avaliação dos atributos longitudinalidade, coordenação e integralidade<sup>22,24,28</sup>.

Os atributos primeiro contato (acesso), orientação comunitária e familiar apresentaram escores médios abaixo do esperado, o que corrobora outros estudos<sup>25,26,29</sup> e reforça a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas que busquem maior envolvimento da família e da comunidade na busca do direito à cidadania e da melhora da qualidade de vida. Em estudos realizados com profissionais, também se verificou menor escore nesses atributos<sup>21,24</sup>.

Em relação ao baixo escore encontrado na orientação familiar, vale ressaltar que tal atributo envolve a avaliação das necessidades de saúde do indivíduo e a relação com o ambiente familiar, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares disponíveis, que muitas vezes são limitados. Não obstante, esse atributo está relacionado também ao alcance de bom resultado no âmbito da integralidade e da coordenação do cuidado, mostrando assim a complexidade da sua avaliação<sup>22</sup>.

Em relação ao escore geral encontrado no PCATool reduzido e no instrumento utilizado neste estudo, ambos apresentaram valor menor que o esperado. Entretanto, observa-se que o instrumento utilizado no módulo avaliação apresentou maior escore. Esse achado indica a importância da adaptação do instrumento PCATool reduzido às características locais dos serviços da APS. Sugere-se, por exemplo, a possibilidade de inclusão de itens que mensurem o uso de outras formas de comunicação da equipe de saúde com os usuários, com o uso de aplicativos em dispositivos móveis ou mesmo por e-mail, o que poderia contribuir para a ampliação do acesso e da vinculação.

Outro aspecto interessante a ser incluído na avaliação da APS seria um item relacionado à utilização de telemedicina pela equipe, o que poderia potencializar o atributo coordenação do cuidado. No que se refere ao atributo coordenação (sistema de informação) percebe-se ainda a necessidade de investimentos nessa área.

Os serviços da APS em Belo Horizonte utilizam o prontuário eletrônico, porém, infelizmente, essa não é a realidade de muitos municípios, fato que pode dificultar o

acesso às informações dos usuários. É necessária também a integração das informações do usuário em toda a RAS, o que facilitaria muito a coordenação do cuidado.

Ademais, a transição epidemiológica com o aumento das DCNT<sup>16</sup> e os agravos relacionados à violência sugere a necessidade de incluir novos itens no atributo integralidade.

Vale ressaltar que o componente “sistema de informação” é considerado de difícil avaliação pelos usuários. Assim, outras abordagens metodológicas podem complementar a avaliação dos serviços com a análise da compreensão, em profundidade, da percepção dos usuários sobre os serviços da APS.

Uma limitação deste estudo se refere a um possível viés de seleção originado no uso do cadastro de linhas telefônicas fixas, que se minimizou com o uso da ponderação e pesos pós-estratificação, ajustando a composição da amostra às características demográficas da população do município.

Em relação à utilização do instrumento da versão reduzida do PCATool para usuários, a limitação refere-se ao fato de ele não ter sido desenvolvido para a análise de escores por atributo, sendo capaz de medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS por meio do escore geral. Entretanto, deve-se levar em consideração a viabilidade de utilização da versão completa ou mesmo da realização de adaptações na versão reduzida para uso em inquéritos telefônicos.

Outro aspecto a ser considerado é o tamanho da amostra quando se pretende calcular os escores por meio do PCATool, pois é necessário garantir a representatividade da população, especialmente para as análises de áreas menores, como as regionais de saúde.

Apesar das limitações levantadas, o estudo permitiu fazer a avaliação dos atributos da APS em Belo Horizonte por meio de inquérito telefônico, mostrando ser uma forma inovadora de avaliação e que pode ser replicada em todo país. O PCATool adotado em inquérito telefônico mostrou-se importante instrumento para verificação da presença dos atributos da APS, permitindo a avaliação de serviços de saúde na perspectiva do usuário, e além de ser útil na gestão dos serviços. Como é um instrumento utilizado mundialmente com diferentes versões validadas para contextos locais, permite a comparabilidade dos achados.

Apesar do uso do instrumento de avaliação validado nacionalmente, o estudo sugere ainda a necessidade de realizar adaptações à realidade local, podendo torná-lo, assim, mais sensível às diferentes realidades.

Existem ainda lacunas a ser exploradas, como a realização de estudos avaliativos em áreas menores, como as regionais de saúde, ou mesmo no contexto local da UBS, o que seria de grande valia para os gestores locais.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. 726p.
2. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate [Internet]. 2018 [acessado em 15 out. 2019]; 42: 38-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>
3. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2016 [acessado em 06 out. 2019]; 21(2): 327-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Cobertura da atenção básica. 2019 [acessado em 15 dez. 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
5. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [acessado em 22 set. 2019]; 34(2): e00201515. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00201515>
6. 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; 4851-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment tool PCATtool. Brasília: MS; 2010.



8. 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. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)
9. Oliveira, MMC Harzheim E, Riboldi J, Duncan. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)
10. Poças KC, Perillo RD, Bernal RTI, Malta DC, Duarte EC. Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2019 [acessado em 13 out. 2019] 28(2): e2018124. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200017>
11. Malta DC, Leal MC, Lima-Costa MF, Morais-Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(1):159-67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500017>
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 160p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acessado em 13 out. 2019]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento\\_ae\\_sfp.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf)
14. Bernal RTI, Iser BPM, Malta DC, Claro RM. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [acessado em 29 ago. 2019]; 26(4):701-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400003>
15. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acessado em 29 ago. 2019];51(1): 3s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>
16. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acessado em 29 ago. 2019]; 51(1): 4s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
17. Cesar CLG, Goldbaum M. Usos de serviços de saúde. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Azevedo MB, Goldbaum M. editores. *Saúde e condição de vida em*

São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005. p. 185-98.

18. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [citado em 12 ago. 2019]; 26(2):275-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200005>

19. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acessado em 29 ago. 2019]; 20(2):S190-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>

20. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 [acessado em 29 ago. 2019]; 11(4):911-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>

21. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acessado 06 out. 2019]; 31(9): 1941-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114>

22. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2006; 11(3):683-703. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>

23. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005; 83(4): 691-729. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00397.x>

24. Bulgarelli PT, Bulgarelli AF, Santos CM, Hilgert JB, Soares RR, Hugo FN. A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. *Tempus*. 2017; 13;11(3):216-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2443>

25. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão-Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 [acessado 12 abr. 2014]; 11(3): 633-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>

26. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [acessado em 13 out. 2019]; 41(114): 741-752. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406>

27. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do

Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [acessado em 20 set. 2013]; 24(1):148–58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>

28. Paula CC, Silva CB, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoin SMM. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Rev Eletr Enf. 2015; Disponível em: <http://doi.org/10.5216/ree.v17i4.31084>

29. Rodrigues EMD, Bispo GMB, Costa MS, Oliveira CAN, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Assessment of the attribute “Community Orientation” from the perspective of primary care adult users. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [acessado em 13 out. 2019]; 72(3): 632-639. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0601>



# *Artigo 3*

*Publicado na Revista  
Ciência & Saúde Coletiva  
(26(3):961-974, 2021)*

*DOI: 10.1590/1413-81232021263.45722020*

**FATORES ASSOCIADOS A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: RESULTADOS DO INQUÉRITO TELEFÔNICO VIGITEL, 2015**

**FACTORS ASSOCIATED WITH THE EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE FROM THE USER'S PERSPECTIVE: RESULTS OF THE TELEPHONE SURVEY VIGITEL, 2015**

Rosângela Durso Perillo (<https://orcid.org/0000-0003-4791-2317>)<sup>1</sup>

Kátia Crestine Poças (<https://orcid.org/0000-0002-1254-8001>)<sup>2</sup>

Regina Tomie Ivata Bernal (<https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>)<sup>1</sup>

Elisabeth Carmen Duarte (<https://orcid.org/0000-0001-9148-5063>)<sup>2</sup>

Deborah Carvalho Malta (<https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil. Av. Prof. Alfredo Balena 190/438, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. [rosangeladurso.perillo@gmail.com](mailto:rosangeladurso.perillo@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Área de Medicina Social, Brasília, DF, Brasil.

## RESUMO

O objetivo deste artigo é avaliar o desempenho da APS sob a perspectiva dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e fatores de risco comportamentais para Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estudo transversal de base populacional, com dados do Inquérito Telefônico Vigitel 2015. Utilizou-se o “*Primary Care Assessment Tool*” versão reduzida. A população do estudo são adultos maiores de 18 anos que utilizaram os serviços da APS em Belo Horizonte nos últimos 12 meses (n = 872). Realizado o modelo de regressão logística múltipla para estimar o *odds ratio*. Observa-se que adultos sem plano de saúde têm 3,21 (IC95% 2,08-4,96) mais chances do que com plano de saúde de avaliarem a APS com alto escore ( $\geq 6,6$ ), bem como adultos com baixa escolaridade

tem 2,81 (IC95% 1,48-5,32) mais chances, os diabéticos têm 1,84 (IC95% 1,05-3,24) mais chances, os obesos tem 1,97 (IC95% 1,20-3,24) mais chances e os idosos tem 1,19 (IC95% 1,00-1,41) chances de reportar alto escore para a qualidade da APS do que os demais. A utilização do PCATool na versão reduzida em inquérito telefônico, mostrou-se nova possibilidade de avaliação do desempenho da APS e pode se tornar útil na gestão dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Avaliação de serviços de saúde, Sistema de Vigilância por Inquérito Telefônico.

## ABSTRACT

Abstract This paper aims to evaluate the performance of PHC from the perspective of users and its association with sociodemographic characteristics, self-reported health conditions, and behavioral risk factors for Chronic Noncommunicable Diseases. This is a population-based cross-sectional study with data from the 2015 VIGITEL Telephone Survey. The Primary Care Assessment Tool short version was adopted. The study population covers adults over 18 years of age who used PHC services in Belo Horizonte in the last 12 months (n = 872). The multiple logistic regression model was performed to estimate the odds ratio. We observed that adults without a health insurance plan are 3.21 (95% CI 2.08-4.96) more likely than those with a health insurance plan to evaluate PHC with a high score ( $\geq 6.6$ ), and adults with low schooling (95% CI 1.48-5.32), people with diabetes (95% CI 1.05-3.24), obese (95% CI 1.20-3.24), and older adults (95% CI 1.00-1.41) were 2.81, 1.84, 1.97, and 1.19 more likely to report a high score for PHC quality than the others, respectively. The use of the PCATool short version in a telephone survey showed a new possibility for PHC performance assessment and can become useful in managing health services.

**Key words:** Primary Health Care, Health services assessment, Health surveillance by telephone survey.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o eixo norteador da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). É responsável por garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde disponíveis<sup>1</sup> e pela diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária. Uma APS forte e resolutiva contribui para a redução dos custos do sistema de saúde e para a manutenção dos princípios do SUS<sup>2</sup>.

Segundo Starfield e Shi<sup>3</sup>, a APS deve ser considerada a porta de entrada do sistema de saúde, além de oferecer acesso aos serviços de prevenção, cura e reabilitação. Deve ainda racionalizar todos os recursos disponíveis para promoção e manutenção da saúde. Deve também integrar os pontos de atenção do sistema de saúde de forma a garantir, em tempo oportuno, a realização do cuidado adequado às necessidades do usuário<sup>3</sup>.

Uma APS fortalecida e bem estruturada deve apresentar quatro elementos estruturais ou chamados de essenciais: a) primeiro contato; b) longitudinalidade; c) integralidade; e d) coordenação. Além desses, deve apresentar dois elementos chamados de derivados: centralização na família e orientação comunitária<sup>4</sup>. Assim, um dos marcos de referência para a avaliação de serviços da APS são a avaliação desses atributos.

Mesmo com os avanços ocorridos nas últimas décadas no âmbito da saúde com a consolidação do SUS e a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF)<sup>5</sup>, é importante garantir assistência de qualidade que atenda às necessidades dos usuários. Para que se possa qualificar os serviços é importante realizar processos avaliativos com abordagens que mostrem as perspectivas dos diversos atores envolvidos na atenção à saúde, como os gestores, os profissionais e os usuários. A avaliação contribui também na identificação dos entraves e das fragilidades dos serviços de APS<sup>6,7</sup>.

A avaliação dos serviços de saúde deve ser entendida como um instrumento de gestão presente em todas as ações de saúde. Pode direcionar e/ou redirecionar as políticas e os programas de saúde promovendo e qualificando a atenção à saúde e fortalecendo os princípios do SUS<sup>5</sup>. Contribui, ainda, no controle social quando os



resultados são compartilhados com a população, favorecendo a participação no processo de tomada de decisão dos gestores<sup>6-8</sup>.

Após 30 anos da origem do SUS, foi criada a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) enfatizando assim a relevância da APS enquanto prioridade do SUS. Entre os objetivos da SAPS estão o fortalecimento dos atributos essenciais da APS, bem como dos atributos derivados, formação e provimento profissional, estratégias de suporte assistencial, desenvolvimento de tecnologias de informação e cuidado, entre outros<sup>9</sup>.

Considerando a avaliação da APS, foram desenvolvidos alguns instrumentos utilizados em diversos países. Fracoli *et al.*<sup>10</sup>, em uma revisão e metassíntese realizada no período de 1979 e 2013, identificou os principais instrumentos utilizados nacional e internacionalmente na avaliação da APS. Afirmou ainda que o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)<sup>11</sup> é o instrumento mais utilizado no Brasil<sup>10</sup>. Ribeiro e Scatena<sup>12</sup> em outro estudo bibliográfico da produção científica entre 2007 e 2017 sobre a avaliação da APS no contexto brasileiro, também observou que o PCATool<sup>11</sup> foi o instrumento mais utilizado nos estudos publicados neste período. Este instrumento tem grande relevância considerando que já foi validado e utilizado em vários países e nas diversas regiões do Brasil, permitindo, assim, estabelecer comparações dos resultados obtidos nesta pesquisa com outros estudos<sup>12</sup>.

Outra questão importante se refere ao perfil dos usuários dos serviços de saúde. O estudo de Malta *et al.*<sup>13</sup> confirmou a maior utilização destes serviços por pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), fato este que pode ser explicado pela maior demanda de consultas de rotina ou intercorrências, maior comorbidades associadas, bem como a necessidade de um monitoramento contínuo<sup>14,15</sup>.

As condições crônicas são um grave problema de saúde pública<sup>16</sup> e acarretam altos custos para o sistema de saúde. Têm ainda grande impacto na qualidade de vida da população, o que nos mostra que a APS tem papel fundamental por representar o elo do sistema de saúde responsável pelo monitoramento destes casos, que muitas vezes exigem cuidados mais complexos e coordenados entre diversos serviços.

Vários fatores de risco estão relacionados às DCNT, tais como, a alimentação inadequada, a ingestão excessiva de sal, o consumo abusivo de álcool, a inatividade

física, o excesso de peso, o tabagismo e os distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios<sup>17</sup>. Estes fatores de risco são alvo de intervenções contempladas nas políticas de saúde, principalmente no âmbito da APS.

Neste contexto, este estudo tem relevância considerando a escassez de trabalhos de avaliação do desempenho da APS na perspectiva do usuário, bem como estudos que apresentem análise relacionando a avaliação do desempenho da APS com os desfechos clínicos. Ademais, é de grande importância a avaliação da APS utilizando uma base de dados populacional nacional como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)<sup>18</sup>. Foi usado pela primeira vez para este fim e apresenta-se assim, como uma possibilidade inovadora e de baixo custo.

Considerando o exposto acima, este estudo, realizado em Belo Horizonte mediante uso do PCATool, tem como objetivo avaliar o desempenho da APS sob a perspectiva dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo transversal de base populacional. Foram utilizados dados da amostra de Belo Horizonte do Vigitel 2015<sup>18</sup>. Este estudo foi realizado no município de Belo Horizonte (BH), capital do estado de Minas Gerais. Em 2019, a APS da rede o SUS-BH alcançou uma cobertura de 80,82%, contando com uma estrutura de 152 Centros de Saúde, 592 equipes de Saúde da Família, 304 equipes de Saúde Bucal, 152 equipes de Saúde Mental, 82 polos de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e 78 Academias da Cidade<sup>19</sup>.

O Vigitel 2015 entrevistou por meio de questionário estruturado, a população adulta ( $\geq 18$  anos de idade) residente em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa<sup>18</sup>. A entrevista telefônica inicia com a utilização de um questionário do Vigitel 2015 composto por questões que abordam as características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos, fatores de risco comportamentais para DCNT e

condições de saúde autorreferida<sup>18</sup>. Após a aplicação deste questionário, os entrevistados responderam perguntas em busca de identificar aqueles que utilizaram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses<sup>20,21</sup>.

São elas:

- “Quando está doente ou precisando de atendimento para cuidar da própria saúde, qual serviço de saúde o(a) senhor(a) costuma procurar?” (Se público ou privado, seja APS, hospital ou serviço de urgência);
- “Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) procurou atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (seja um posto de saúde ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) para cuidar da própria saúde? (Sim ou não). Se sim, quantas vezes?”.

Assim para este estudo foi considerado o adulto entrevistado que respondeu ter procurado algum serviço de saúde da APS pelo menos uma vez nos últimos 12 meses e que mencionaram o nome ou localização da UBS procurada no município de Belo Horizonte<sup>20,21</sup>. Esses entrevistados foram então convidados a responder o módulo avaliação Vigitel com a intenção de fazer a avaliação do desempenho dos serviços da APS do município<sup>22</sup>.

Neste estudo utilizou-se apenas a parte do módulo avaliação Vigitel composta pelo PCATool -Adulto-Brasil versão reduzida para usuários dos serviços de APS, traduzido para o português e validado no Brasil<sup>23</sup>. Este instrumento tem 23 itens dispostos em blocos de perguntas que correspondem à avaliação de desempenho dos atributos da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária)<sup>23</sup>.

O PCATool constitui uma ferramenta de avaliação da APS desenvolvida em Baltimore, Maryland (EUA), por Starfield e colaboradores na *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* e visa medir a presença e a extensão dos atributos da APS<sup>24</sup>. O instrumento foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian<sup>25</sup>, cuja avaliação apoia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. O PCATool<sup>11</sup> propõe medir a presença e a extensão dos atributos da APS segundo os aspectos de estrutura e processo. Potencializado por métodos estatísticos, o PCATool possibilita a associação à efetividade das ações

e serviços prestados, bem como estabelecer associações a outros desfechos clínicos<sup>26,27</sup>.

As respostas aos itens do PCATool utilizam a escala do tipo Likert onde o entrevistado especifica seu nível de concordância com o item apresentado, variando de 1 a 4 para a análise de cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; 4 = com certeza sim), com o acréscimo da opção 9 (não sei/não lembro)<sup>11</sup>. Após a consolidação dos dados de cada atributo, os valores são transformados em uma escala contínua, variando entre zero e dez (Quadro 1)<sup>11</sup>.

Além do cálculo do escore por atributo avalia-se também os escores essencial, derivado e geral. Para a realização das análises estatísticas calculou-se também o que chamamos de escore geral padronizado, que representa o ponto de corte considerando o escore geral encontrado (Quadro 1)<sup>11</sup>.

Um escore geral  $\geq 6,6$  evidencia uma forte orientação à APS, o que equivale na escala do tipo Likert o valor 3 (provavelmente sim) e conseqüentemente uma boa qualidade da assistência (Quadro 1)<sup>11</sup>.

Vale ressaltar que o grau de afiliação visa identificar o profissional ou o serviço que serve como referência para o entrevistado e, portanto, não é considerado atributo da APS, mas é incluído no cálculo dos escores essencial e geral<sup>11</sup>.

Na amostra Vigitel Belo Horizonte 2015, das 3.800 linhas telefônicas utilizadas (equivalente a 19 réplicas de 200 números de telefones cada) foram realizadas 2.125 entrevistas, nas quais, 2.006 entrevistados relataram ter procurado algum serviço de saúde quando precisaram de atendimento e, destes, 795 usuários responderam ao instrumento, o Vigitel completo e o módulo avaliação Vigitel (Figura 1).

A população do estudo foi composta por adultos usuários da APS e que aceitaram responder o módulo avaliação Vigitel. O tamanho da amostra foi definido como sendo 1.000 adultos e foi obtida pela expressão:

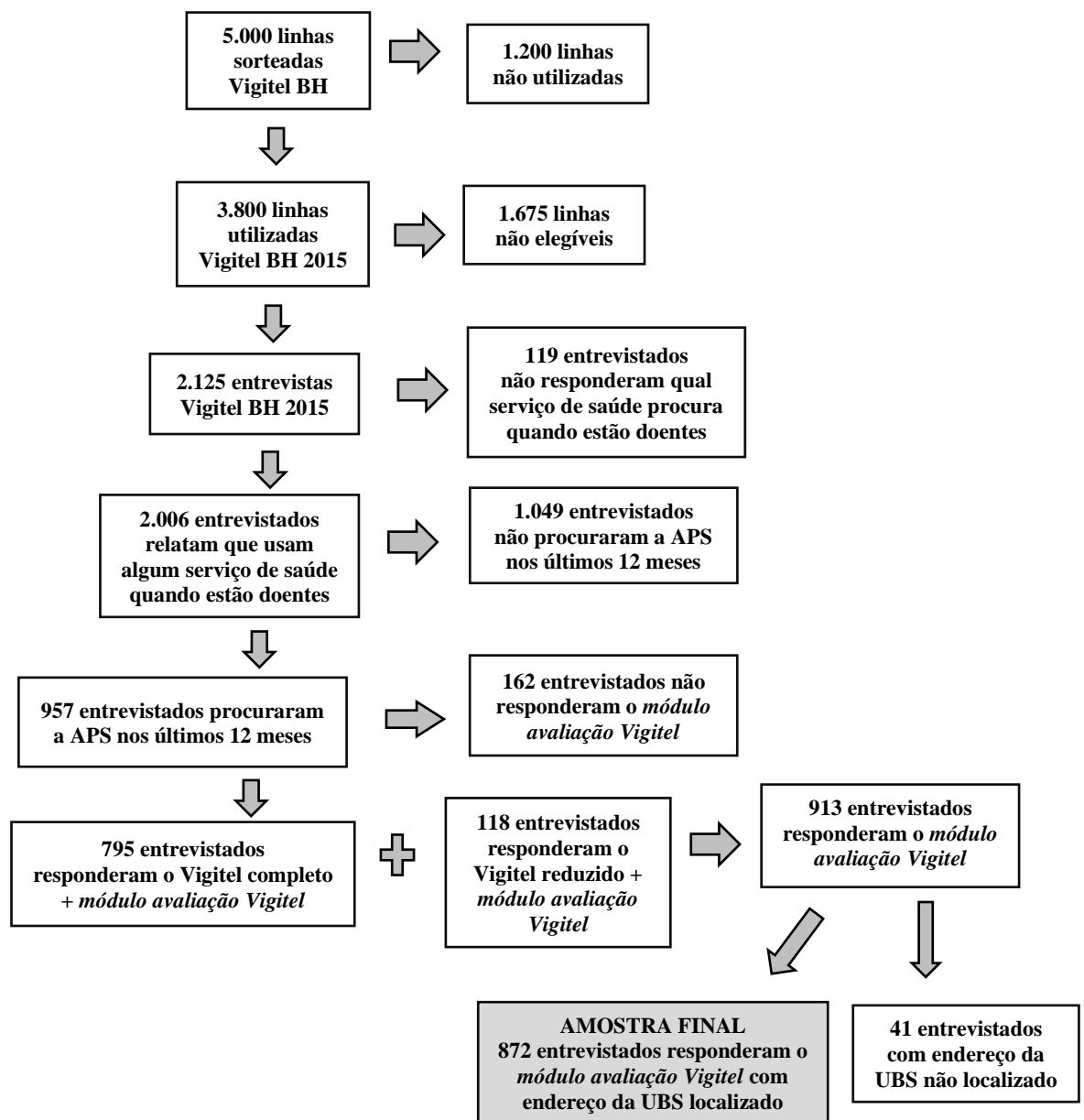
$$n = \frac{p \cdot (1 - p)}{(d/z)^2}, \text{ sendo } p = 50\%, z \text{ igual a } 1.96 \text{ e margem de erro de } 3.1.$$

**Quadro 1:** Descrição dos cálculos dos escores do PCATool

<b>Escore</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Descrição</b>
Escore geral padronizado	$\frac{(\text{escore} - \text{escore mínimo}) * 10}{\text{escore máximo} - \text{escore mínimo}}$	(1) se escore geral padronizado $\geq 6,6$ (0) se escore geral padronizado $< 6,6$
Escore Geral	$\frac{A + B + C + D + E + F + G + H + I}{9}$	Soma do grau de afiliação mais escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e derivados, dividido pelo número total de componentes
Escore Essencial	$\frac{A+B+C+D+E+F+G}{7}$	Soma do grau de afiliação mais escore médio entre os componentes dos atributos primeiro contato (B), longitudinalidade (C), coordenação (D e E) e integralidade disponível (F), dos serviços prestados (G), somados ao grau de afiliação (A)
Escore Derivado	$\frac{H+I}{2}$	Soma da média dos atributos enfoque familiar (H) e orientação comunitária (I)
Escore por atributo	Após a consolidação dos dados relativos de cada atributo, os valores são transformados em uma escala contínua, variando entre zero (0) e dez (10) dada pela expressão [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo)	(A) afiliação (B) utilização (C) atendimento (D) coordenação de cuidado (E) coordenação de informação (F) integralidade disponível (G) integralidade prestado (H) enfoque familiar (I) orientação comunitária

Nota: O grau de afiliação visa a identificar o serviço ou profissional de saúde (médico/enfermeiro) que serve como referência para o cuidado, o que não é considerado um atributo da APS, porém é utilizado no cálculo dos escores essencial e geral

A amostra obtida com o módulo avaliação Vigitel foi de 795 entrevistas e para alcançar o tamanho mínimo definido pelo cálculo amostral foi necessário acrescentar cinco réplicas com 200 números de telefones em cada, totalizando 1.000 números de telefones. Destes, entrevistaram-se mais 118 adultos, que responderam ao questionário reduzido do Vigitel e o módulo avaliação Vigitel, totalizando, assim, 913 entrevistas. Excluíram-se 41 entrevistas em virtude da impossibilidade de localização do endereço da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual o entrevistado disse ter utilizado (Figura 1).



**Figura 1:** Fluxo amostral do estudo da análise do desempenho dos serviços de APS na perspectiva do usuário. Belo Horizonte, Brasil. Vigitel, 2015.

Desse modo, a população deste estudo são adultos maiores de 18 anos de idade residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa de Belo Horizonte, que utilizaram os serviços da APS nesse município nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, com endereço da UBS localizado e que aceitaram responder o módulo avaliação Vigitel. (n = 872) (Figura 1).

Visando reduzir viés de seleção da amostra Vigitel Belo Horizonte 2015 que entrevista adultos com linha telefônica fixa, aplicou-se procedimentos pós-estratificação calculados pelo método *rake* para expansão da amostra para a população total. O detalhamento sobre o delineamento amostral da pesquisa Vigitel e do tratamento pós-estratificação foram descritos em outras publicações<sup>18,28</sup>.

Novos pesos de pós-estratificação foram calculados para ajustar a distribuição de usuários de APS segundo idade, sexo e escolaridade. Esses pesos foram calculados no programa *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA) versão 14.0 usando o pacote SURVWGT mediante uso do método *rake* e a estimativa da população usuária da APS obtida no módulo avaliação Vigitel como população de referência<sup>29,30</sup>.

Para caracterizar os usuários do serviço da APS em BH realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio das frequências absolutas e relativas. Em um segundo momento utilizou-se o teste  $\chi^2$  de Person para identificar associações, com nível de significância de 5%.

A variável desfecho deste estudo (extraídas do módulo avaliação Vigitel) foi o escore geral padronizado ( $se \geq 6,6$  ou  $< 6,6$ ). As variáveis explicativas (extraídas do questionário Vigitel) podem ser descritas em três grupos. O primeiro deles são as características sociodemográficas onde foram analisadas as variáveis sexo (masculino; feminino), faixa etária (em 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, amarela; parda; indígena), situação conjugal (com ou sem companheiro) e ter plano de saúde (sim ou não). O segundo grupo contempla os fatores de risco comportamentais para as DCNT selecionados no qual selecionou-se as variáveis uso de tabaco (sim ou não), isto é, os entrevistados que se declararam fumantes independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar e o uso abusivo de álcool (sim ou não). Neste último fator de risco foi considerado aquele entrevistado que relatou consumir cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. E o terceiro grupo analisa as condições de saúde autorreferida, como o relato de diagnóstico médico prévio de diabetes, hipertensão arterial; obesidade ( $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, calculados a partir de peso e altura autorreferidos).

Para a análise da associação de interesse entre o escore da APS e as variáveis explicativas foi utilizado o modelo de regressão logística múltipla para estimar o *Odds Ratio* (OR) bruto e ajustado por sexo e idade e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%.

Todas as análises foram realizadas utilizando o módulo *Survey* disponível no *Data Analysis and Statistical Softwares* (STATA) versão 14.0 para que fosse possível incorporar a ponderação dos dados do Vigitel.

A realização do Vigitel foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB, (CEP/FM/UnB). Dada a natureza das entrevistas, substituiu-se o consentimento livre e esclarecido pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados.

## RESULTADOS

Do total de 2.125 entrevistados, em 2015, em Belo Horizonte, quando indagados sobre a utilização dos serviços da APS nos últimos 12 meses, 872 usuários responderam positivamente (41,04%).

Dos 872 entrevistados que avaliaram a APS a maioria são mulheres (69,38%), idosos (44,04%), que se declaram pardos (44,06%), com plano de saúde (51,61%), com escolaridade menor que 11 anos de estudo (69,38%), sendo que destes 38,88% tem menos de 8 anos de estudo. Em relação à situação de saúde autorreferida e fatores de risco para as DCNT, 41,74% são hipertensos, 13,19% diabéticos, 20,51% obesos, 8,03% fumantes e 10,44% relataram uso abusivo de álcool.

Na avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, segundo escore geral obtido,

19,61% (n = 171) dos usuários avaliaram com escore  $\geq 6,6$ , enquanto que com 80,39% (n = 701) o escore dado foi  $< 6,6$  (Tabela 1).

A Tabela 1 descreve o perfil dos usuários dos serviços da APS, segundo escore geral de avaliação. Observa-se que, dentre os que melhor avaliaram a APS (escore  $\geq 6,6$ ), a maioria dos usuários tem baixa escolaridade, isto é  $\leq 8$  anos de estudo



(27,08%; IC95% 21,72-33,20) e não tem plano de saúde (28,85%; IC95% 23,96-34,28). Em relação aos que avaliaram negativamente estão os adultos com maior escolaridade, ou seja 12 ou mais anos de estudo (89,29%; IC95% 82,74-93,55), e os que têm plano de saúde (88,93%; IC95% 84,94-91,96).

**Tabela 1:** Caracterização dos usuários adultos dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, segundo características sociodemográficas e escores de avaliação. Vigitel, Belo Horizonte, 2015. (n=872)

Variáveis	Escore $\geq 6,6^a$ n= 171			Escore $< 6,6^b$ n= 701			Valor de p <sup>d</sup>
	% <sup>c</sup>	IC 95% <sup>d</sup>		% <sup>c</sup>	IC95% <sup>d</sup>		
<b>Sexo</b>							0,225
Masculino	23,27	17,77	29,85	76,73	70,15	82,23	
Feminino	18,96	15,44	23,07	81,04	76,93	84,56	
<b>Faixa etária (anos)</b>							0,181
18 a 29	14,26	8,30	23,42	85,74	76,58	91,70	
30 a 39	18,08	11,27	27,73	81,92	72,27	88,73	
40 a 59	22,00	16,75	28,34	78,00	71,66	83,25	
60 ou mais	24,86	19,80	30,70	75,14	69,30	80,20	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>							0,001
12 ou mais	10,71	6,45	17,26	89,29	82,74	93,55	
9 a 11	18,83	14,27	24,42	81,17	75,58	85,73	
0 A 8	27,08	21,72	33,20	72,92	66,80	78,28	
<b>Raça/cor*</b>							0,349
Branca	18,89	14,17	24,73	81,11	75,27	85,83	
Preta	18,77	11,96	28,21	81,23	71,79	88,04	
Amarela	11,04	3,16	32,05	88,96	67,95	96,84	
Parda	23,95	18,94	29,81	76,05	70,19	81,06	
Indígena	8,90	1,17	44,67	91,10	55,33	98,83	
<b>Situação Conjugal</b>							0,199
Com companheiro(a)	22,47	18,25	27,34	77,53	72,66	81,75	
Sem companheiro(a)	18,18	14,01	23,27	81,82	76,73	85,99	
<b>Plano de saúde</b>							0,000
Sim	11,07	8,04	15,06	88,93	84,94	91,96	
Não	28,85	23,96	34,28	71,15	65,72	76,04	

(a) n= 171 (b) n= 701 (c) Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta do BH (d) Valor de p do teste do  $\chi^2$  de Pearson (escore  $\geq 6,6$  e escore  $< 6,6$ ). (d) IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Nota: Categorização dos entrevistados do Vigitel 2015 que responderam o módulo de avaliação da APS dos itens relacionados ao PCATool-Brasil-Adulto versão reduzida e com endereço localizado.

A Tabela 2 apresenta a avaliação dos usuários dos serviços de APS, segundo fatores de risco comportamentais para as DCNT e as condições de saúde autorreferidas. Observa-se que, dentre os que melhor avaliaram a APS (escore  $\geq 6,6$ ) estão os usuários hipertensos (26,59%; IC95% 21,33-32,60), diabéticos (32,94%; IC95% 23,11-44,52) e obesos (31,23%; IC95% 23,16-40,64).

**Tabela 2:** Caracterização dos usuários adultos dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos últimos 12 meses, segundo fatores de risco comportamentais para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, condições de saúde autorreferida e escores de avaliação, Vigitel, Belo Horizonte, 2015.

Variáveis	Escore $\geq 6,6^a$ n= 171			Escore $< 6,6^b$ n= 701			Valor de p <sup>d</sup>
	% <sup>c</sup>	IC 95% <sup>d</sup>		% <sup>c</sup>	IC95% <sup>d</sup>		
<b>Uso do tabaco</b>							0,143
Sim	29,98	17,22	46,85	70,02	53,15	82,78	
Não	19,72	16,64	23,22	80,28	76,78	83,36	
<b>Uso abusivo do álcool</b>							0,396
Sim	16,24	8,51	28,77	83,76	71,23	91,49	
Não	21,22	17,96	24,89	78,78	75,11	82,04	
<b>Hipertensão arterial</b>							0,009
Sim	26,59	21,33	32,60	73,41	67,40	78,67	
Não	17,60	13,96	21,94	82,40	78,05	86,04	
<b>Diabetes</b>							0,007
Sim	32,94	23,11	44,52	67,06	55,48	76,89	
Não	19,07	15,88	22,72	80,93	77,28	84,12	
<b>Obesidade</b>							0,003
Sim	31,23	23,16	40,64	68,77	59,36	76,84	
Não	18,44	15,21	22,18	81,56	77,82	84,79	

(a) n= 171 (b) n= 701 (c) Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta do BH (d) Valor de p do teste do  $\chi^2$  de Pearson (escore  $\geq 6,6$  e escore  $< 6,6$ ). (d) IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Nota: Categorização dos entrevistados do Vigitel 2015 que responderam ao módulo avaliação do Vigitel dos itens relacionados ao PCATool-Brasil-Adulto versão reduzida e com endereço localizado (n=872)

A Tabela 3 apresenta o resultado encontrado na aplicação do modelo de regressão logística múltipla. No modelo bruto pode-se observar que os usuários sem plano de saúde têm 3,26 mais chances (IC95% 2,11-5,03) de reportar alto escore ( $\geq 6,6$ ) para a qualidade da APS do que os demais, os usuários com baixa escolaridade, ou seja, com menos de 8 anos de estudo, tem 3,10 mais chances (IC95% 1,66-5,79), bem como os usuários com 9 a 11 anos de estudo tem 1,93 mais chances (IC95% 1,01-1,41), os obesos têm 2,04 mais chances (IC95% 1,28-3,57), os diabéticos têm 2,08 mais chances (IC95% 1,14-3,57), os usuários hipertensos tem 1,70 mais chances (IC95% 1,14-2,53) e os idosos (com 60 anos e mais) têm 1,19 (IC95% 1,00-1,41) mais chances de reportar alto escore do que os usuários de outras faixas etárias. No modelo ajustado pelas variáveis confundidoras (idade e sexo), observa-se que usuários sem plano de saúde têm 3,21 mais chances (IC95% 2,08-4,96) de reportar alto escore ( $\geq 6,6$ ) para a qualidade da APS, do que adultos com plano de saúde, enquanto que usuários com baixa escolaridade (0 a 8 anos de estudo) têm 2,81 mais chances

**Tabela 3.** Fatores associados a avaliação com escore  $\geq 6,6$  feita pelos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte. Vigitel, 2015.

Variáveis	Modelo bruto			Modelo ajustado				
	OR <sup>a</sup> (bruto)	IC <sup>b</sup> (95%)		valor p <sup>c</sup>	OR <sup>d</sup> (ajustada)	IC <sup>b</sup> (95%)		valor p <sup>c</sup>
<b>Sexo<sup>e</sup></b>								
Masculino	1,00				1,00			
Feminino	0,77	0,51	1,17	0,226	0,77	0,51	1,18	0,236
<b>Faixa etária (anos)<sup>f</sup></b>								
18 a 29	1,00				1,00			
30 a 39	1,33	0,58	3,02	0,499	1,37	0,60	3,13	0,461
40 a 59	1,19	0,95	1,50	0,137	1,20	0,95	1,52	0,125
60 ou mais	1,19	1,00	1,41	0,046	1,19	1,00	1,41	0,048
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>								
12 ou mais	1,00				1,00			
9 a 11	1,93	1,01	3,69	0,045	2,00	1,03	3,89	0,042
0 a 8	3,10	1,66	5,79	0,000	2,81	1,48	5,32	0,002
<b>Raça/cor<sup>f</sup></b>								
Branca	1,00				1,00			
Preta	1,03	0,55	1,91	0,936	1,10	0,58	2,07	0,775
Amarela	0,55	0,14	2,18	0,395	0,66	0,17	2,59	0,549
Parda	1,40	0,90	2,18	0,137	1,42	0,91	2,21	0,126
Indígena	0,43	0,05	3,67	0,443	0,42	0,05	3,69	0,435
<b>Situação Conjugal</b>								
Com companheiro(a)	1,00				1,00			
Sem companheiro(a)	1,26	0,84	1,89	0,265	1,03	0,64	1,66	0,894
<b>Plano de saúde</b>								
Sim	1,00				1,00			
Não	3,26	2,11	5,03	0,000	3,21	2,08	4,96	0,000
<b>Uso do tabaco</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,74	0,82	3,69	0,147	1,69	0,80	3,56	0,169
<b>Uso abusivo do álcool</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	0,72	0,34	1,54	0,397	0,71	0,33	1,52	0,378
<b>Hipertensão arterial</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,70	1,14	2,53	0,010	1,49	0,93	2,40	0,095
<b>Diabetes</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	2,08	1,22	3,57	0,008	1,84	1,05	3,24	0,034
<b>Obesidade</b>								
Não	1,00				1,00			
Sim	2,04	1,28	3,27	0,003	1,97	1,20	3,24	0,007

(a) OR: Odds Ratio, ou razão de chances. (b) IC95%: intervalo de confiança de 95%. (c) Valor de p considerado estatisticamente significativo:  $p < 0,05$ . (d) OR ajustada = OR, ou razão de chances ajustada por sexo e idade.

(e) OR ajustada por idade. (f) OR ajustada por sexo.

Nota: Odds Ratio bruto, seus respectivos IC95% e a significância estatística (valor de p) foram estimados por modelos de regressão logística (bruto e ajustado).

(IC95% 1,48-5,32) de reportar alto escore, bem como os usuários com 9 a 11 anos de estudo têm 2,00 mais chances (IC95% 1,03-3,89) e os idosos têm 1,19 (IC95% 1,00-1,41) mais chances de reportar alto escore do que os usuários de outras faixas etárias (Tabela 3).

Considerando as condições de saúde autorreferidas, os diabéticos têm 1,84 mais chances (IC95% 1,05-3,24) de reportar alto escore, bem como os obesos têm 1,97 mais chances (IC95% 1,20-3,24).

Em relação a faixa etária, idosos (acima de 60 anos) têm 1,19 chances (IC95% 1,00-1,41) de reportar alto escore para a qualidade da APS, do que adultos em outras faixas etárias.

O desfecho “hipertensão arterial” perdeu significância estatística ( $p = 0,095$ ) e não conferiu diferença após aplicação do modelo ajustado (Tabela 3).

## **DISCUSSÃO**

O estudo de base populacional, a partir de entrevistas telefônicas, apresenta a avaliação do desempenho dos serviços da APS na perspectiva dos usuários em Belo Horizonte, utilizando o instrumento PCATool-Brasil versão reduzida<sup>23</sup>.

O estudo inova ao aplicar o PCATool em uma amostra populacional em Belo Horizonte, por entrevistas telefônicas buscando avaliar o desempenho da APS e sua associação com as características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT, o que difere da maioria dos estudos publicados.

O estudo permite identificar não somente o escore de avaliação dos atributos na ótica dos usuários, mas também conhecer o perfil de utilização dos serviços da APS e fatores associados ao uso<sup>20,31</sup>. Vale ressaltar que estudos que apliquem o PCATool e analisem o escore obtido com os estilos de vida e morbidade dos usuários ainda são escassos no país.

A análise utilizando o modelo de regressão logística múltipla mostra que o escore geral é melhor avaliado pelos usuários dos serviços da APS e apresenta associação com usuários idosos (com 60 anos e mais), de baixa escolaridade, que

não têm plano de saúde, e com fatores de risco comportamentais para DCNT ou doença autorreferida, como diabetes e obesidade.

Considerando o instrumento escolhido neste estudo para a avaliação de desempenho dos serviços de APS em Belo Horizonte, Prates *et al.*<sup>32</sup>, em revisão sistemática em âmbito mundial, buscaram estudos publicados entre os anos de 2007 e 2015 sobre a utilização do instrumento PCATool na perspectiva do usuário para a avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde. Constataram que vários países utilizaram o PCATool, tais como, Canadá, Espanha, Coreia e China, entretanto estudos que avaliem a APS sobre a ótica dos usuários no Brasil ainda são escassos<sup>32,33</sup>.

Os resultados apontam predominância de idosos que melhor avaliaram a APS (escore  $\geq 6,6$ ). As evidências apontam que idosos apresentam mais multimorbidade e conseqüentemente utilizam mais os serviços de saúde, em especial a APS, para atendimento individual ou em grupo, ou mesmo para aquisição de medicamentos, criando assim vínculo com o serviço e com as equipes, favorecendo uma melhor avaliação da assistência prestada<sup>17,20,34,35</sup>.

Pilger *et al.*<sup>36</sup>, em inquérito domiciliar para analisar o padrão de utilização dos serviços de saúde por idosos nos serviços públicos no município de Guarapuava no estado do Paraná, concluíram que essa população é grande usuária dos serviços de saúde<sup>36</sup>.

Dotto *et al.*<sup>37</sup> avaliaram a orientação dos serviços de APS e compararam a qualidade da APS entre as UBS e Unidades de Saúde da Família (USF), segundo a experiência de utilização dos idosos utilizando o PCATool, em dois distritos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e identificaram que a maioria (77,9%) utilizava os serviços de UBS e, quanto à qualidade dos serviços, observaram que 22,9% dos idosos avaliavam a APS com alto escore<sup>37</sup>.

Os usuários com baixa escolaridade e sem plano de saúde também avaliam melhor os serviços da APS corroborando com outros estudos que apontam que as pessoas com baixa escolaridade e sem plano de saúde usam mais os serviços da APS, pois estas em sua maioria são dependentes do SUS<sup>20</sup>. Os dados da PNS mostram que as coberturas de ESF são mais elevadas entre populações de baixa escolaridade. Vale ressaltar que os resultados encontrados mostram o potencial da

contribuição dos serviços da APS na redução das iniquidades em saúde, promovendo maior acesso à atenção à saúde<sup>15,31,38,39</sup>. Entretanto, o estudo de Perillo et al.<sup>20</sup> registra que 45,22% dos usuários com posse de plano de saúde também utilizaram os serviços da APS, o que reforça a abrangência desses serviços.

Augusto *et al.*<sup>40</sup> em seu estudo apresenta que os idosos que não possuem plano privado de saúde, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, mostraram melhor avaliação nos atributos coordenação do cuidado, acesso de primeiro contato e integralidade, e pior avaliação no atributo de orientação comunitária. Constatam ainda que os idosos mais velhos, as mulheres e os de maior escolaridade avaliaram melhor o serviço. Já aqueles que reportaram maior uso do serviço e ocorrência de condições crônicas fizeram uma pior avaliação da APS. Os autores concluem que piores condições de saúde e maior uso dos serviços estão associados à percepção mais negativa dos atributos da APS entre idosos<sup>40</sup>.

Araújo *et al.*<sup>41</sup> avaliam a qualidade do cuidado na APS ofertado à pessoa idosa segundo a sua perspectiva em município da região metropolitana de Natal/RN, identificam que os fatores sociodemográficos ligados à vulnerabilidade (menor renda, área rural e maior idade) associam-se positivamente a diferentes atributos da APS<sup>41</sup>.

Em relação à avaliação positiva dos usuários com DCNT, tais como diabetes e obesidade, mostra que os serviços da APS têm papel fundamental na vigilância das DCNT e monitoramento dos fatores de risco, pois buscam desenvolver atividades de prevenção desses agravos, promoção da saúde, além da redução de danos. Esses usuários necessitam de um monitoramento contínuo, intercorrências com especialistas, além da obtenção de insumos. A APS, assim, tem um papel importante na articulação dos pontos de atenção da RAS, garantindo os princípios da integralidade e coordenação do cuidado.

Sala *et al.*<sup>42</sup>, em um estudo que avalia o atributo integralidade nos serviços da APS na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo, mostra avaliação bastante favorável nas questões de porta de entrada, elenco de serviços e coordenação.

Não obstante, vale ressaltar a importância de investimentos para o fortalecimento da APS para a redução efetiva das DCNT<sup>7,43</sup>.

Estudos apontam que a melhor avaliação dos usuários diabéticos dos serviços de APS pode estar relacionado à baixa exigência individual deles. Além disso, um sentimento de gratidão poderia impedir que os usuários avaliassem mais criticamente os serviços recebidos devido ao receio de fragilizar o vínculo com a equipe de saúde e limitar o acesso aos cuidados recebidos ou à aquisição de insumos<sup>44</sup>.

Uma limitação deste estudo se refere a um possível viés de seleção originado no uso do cadastro de linhas telefônicas fixas, que foi minimizado com o uso da ponderação e pesos pós-estratificação, ajustando a composição da amostra às características demográficas da população do município.

Sabe-se que a escolha da utilização do PCATool-adulto-Brasil versão reduzida na perspectiva do usuário apresenta limitações. A primeira seria a utilização apenas da experiência dos atores envolvidos (no caso deste estudo os usuários) na atenção como critério avaliador, não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado. Entretanto, considerando que a opinião dos usuários dos serviços da APS é importante no processo avaliativo do serviço e que o inquérito telefônico pode ser útil no levantamento dos dados e é um processo de baixo custo pode-se realizar outros estudos com os profissionais de forma a complementar a avaliação. A segunda aponta uma limitação no que se refere ao fato deste instrumento não ter sido desenvolvido para a análise de escores por atributo, sendo capaz de medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS por meio do escore geral. Entretanto, deve-se levar em consideração a viabilidade de utilização da versão completa ou mesmo da realização de adaptações na versão reduzida para uso em inquéritos telefônicos.

A avaliação torna-se um importante instrumento para a tomada de decisão pelos profissionais, gestores e acadêmicos<sup>45,46,47,48</sup>, devendo ser incorporada na gestão, especialmente local.

Este estudo apresenta uma nova possibilidade de uso da avaliação dos serviços de saúde, em especial da APS, por meio do inquérito telefônico, que pode ser uma boa estratégia de monitoramento, captando o olhar do usuário, com menor custo e rapidez. Além disto, o instrumento PCATool – Brasil é uma importante ferramenta na avaliação da qualidade dos serviços na APS, considerando os aspectos estruturais e de processos nos serviços de saúde e possibilita estabelecer associações a desfechos clínicos.

## **CONCLUSÃO**

O estudo inova ao utilizar o PCATool em inquérito telefônico e mostrou-se útil na avaliação do desempenho da APS no município de Belo Horizonte, na perspectiva dos usuários e a sua associação com as características sociodemográficas, condições autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT.

Vale ressaltar a necessidade de realização de mais estudos que avaliem o desempenho da APS na perspectiva do usuário, bem como estudos que apresentem análise relacionando a avaliação do desempenho da APS com os desfechos clínicos.

O estudo mostra ser uma forma inovadora de avaliação e que pode ser replicada em todo país, além de contribuir na gestão dos serviços, além de ser de baixo custo e rapidez na aplicação do instrumento. Como é uma ferramenta utilizada mundialmente com diferentes versões validadas para contextos locais, permite a comparabilidade dos achados.

## **COLABORADORES**

RD Perillo e DC Malta trabalharam na concepção do estudo, na redação do artigo, na análise e interpretação dos dados, na revisão de literatura e na revisão final do texto. RTI Bernal e KC Poças participaram da concepção do estudo, da análise e interpretação dos dados e da revisão final do texto. EC Duarte participou da concepção do estudo e da revisão final do texto. Todos os autores aprovaram sua versão final.

## **AGRADECIMENTOS**

Os autores agradecem ao Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, pelo financiamento por meio de TED. Malta DC agradece ao CNPq pela bolsa de produtividade em pesquisa.



## REFERÊNCIAS

1. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde debate* 2018; 42(1):18-37.
2. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health [Internet]*. 2011 Oct [acessado 2020 Ago 4]; 101(10):1963-1970. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21330584>
3. Starfield B, Shi L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002.
4. Starfield B. *Atenção primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ª ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde do Brasil; 2004.
5. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e4.
6. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate [Internet]*. 2014 Oct [acessado 2020 Ago 4]; 38(n. esp.):252-264. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en)
7. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde Debate* 2017; 41(114):741-752.
8. Garcia LAA, Nardelli GG, Oliveira AFM, Casaburi LE, Camargo FC, Santos AS. Satisfação de idosos octogenários com os serviços de Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]*. 2020 [cited 2020 Oct 26]; 23(1):e190235. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232020000100204&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000100204&lng=en)
9. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC, D'Ávila O, Hauser L, Martins C, Pedebos LA, Pinto LF. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2019 Sep [cited 2020 Oct 27]; 24(9):3457-3462. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000903457&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903457&lng=en)
10. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Capellini, VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: Revisão de literatura e metassíntese. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4851- 4860.

11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool. Brasília: MS; 2010.
12. Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saude Soc* 2019; 28(2):95-110.
13. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [acessado 2020 Ago 4]; 51(Supl. 1):4s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004 [acessado 2020 Ago 4]; 20(Supl. 2):S190-S198. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en)
15. Stopa SR, Malta DC, Monteiro, CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica* [online] 2017; 51(Supl. 1):3s. [acessado 2020 Ago 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>
16. 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.* [Internet]. 2019 [acessado 2020 Ago 4]; 22(Epub):e190030. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en)
17. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo AE, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* [online]. 2016; 21(2):327-338. [acessado 2020 Ago 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015*. Brasília: MS; 2016.
19. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2019*. 2020. 136p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/controladoria/relatorios-de-gestao-2019>.
20. 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 [acessado 2020 Ago 4];24:e-1300. Disponível em:  
<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1446>

21. Poças KC. Avaliação da Atenção Primária À Saúde no Distrito Federal [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2017.

22. Perillo RD, Bernal RTI, Poças KC, Duarte EC, Malta DC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. Rev. bras. epidemiol. 2020; 23(Supl.1):e200013. [acessado 2020 Ago 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200013>

23. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi, J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. Rev Bras Med Fam Comunidade 2013 [acessado 2020 Ago 4]; 8(29):256-263. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/823>

24. Shi L, Starfield B, Jiahong, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice 2001; 50(2):161-175.

25. Donabedian A. Evaluacion de la calidad de la atención médica. Revista de Calidad Asistencial 2001;16:S11-S27.

26. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde do Brasil; 2006. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde nº 10).

27. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Avila OP, Hauser L, Pinto LF. Estudos do PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: SciELO-Editora Fiocruz; 2018. p.493-526.

28. Bernal RTI, Iser BPM, Malta DC, Claro RM. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. Epidemiol Serv Saúde 2017 [acessado 2020 Ago 4]; 26(4):701-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00701.pdf>

29. Flores-Cervantes I, Brick JM, Jones ME. Weighting for nontelephone household in the 2001 California Health Interview Survey. Joint Statistical Meetings – Section on Survey Research Methods, 2002. p. 1002-1007.

30. Nick W. SURVWGT: Stata module to create and manipulate survey weights. In: Statistical Software Components. Revised 11 Feb 2018. Boston: Boston College Department of Economics; 2002.

31. Poças KC, Perillo RD, Bernal RTI, Malta DC, Duarte EC. Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2019 Jun

- [acessado 2020 Ago 4]; 28(2):e2018124. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742019000200024&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000200024&lng=pt). Epub 29-Jul-2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200017>.
32. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar OS, Prates LL, Mendonça ET, Costa GD, Cotta RMM. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1881-1893.
33. Wkas P, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Silva SL. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50(2):331-340.
34. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica* [online]. 2018; 52(Supl. 2):10s. [acessado 2020 Ago 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000637>
35. Melo LA, Lima KC. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2018; 25(10):3869-3877.
36. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Feb [acessado 2020 Ago 4]; 47(1):213-220. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027&lng=en)
37. Dotto J, Ávila G, Martins A, Hugo F, D'Avila O, Hilgert J. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF* 2016; 21(1). [acessado 2020 Ago 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v21i1.5385>
38. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 Set [acessado 2020 Ago 4]; 31(9):1941-1952. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en)
39. Malta DC, Stopa SR, Pinto B, Iser M, Bernal RTI, Claro RM, Nardi ACF, Reis AAC, Monteiro CA. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, *Vigitel* 2014. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18(Supl. 2):238-255.
40. Augusto DK, Lima-Costa MF, Macinko J, Peixoto SV. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2019 [acessado 2020 Ago 4]; 28(1):e2018128. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222019000100316&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100316&lng=en)

41. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014 Aug [acessado 2020 Ago 17]; 19(8):3521-3532. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en)
42. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude soc* 2011; 20(4):948-960. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2011.v20n4/948-960/pt/>
43. Almeida LM, Ramos KFC, Randow R, Guerra VA. Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. *Rev. G&S* [Internet]. [acessado 2020 Ago 4]; 8(1):114-139. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3700>
44. Saes M, Facchini L, Tomasi E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. *APS Em Revista* 2019; 1(3):206-221.
45. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Clen Saude Colet* [Internet]. 2012 Abr [acessado 2020 Ago 4]; 17(4):821-828. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en)
46. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-20.
47. Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 Mar [acessado 2020 Ago 4]; 22(1):179-181. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000100019&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019&lng=pt)
48. Pinto Junior EP, Cavalcante JLM, Sousa RA, Morais APP, Silva MGC. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Mar [acessado 2020 Ago 4]; 39(104):268-278. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100268&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100268&lng=en)



## *5 Considerações finais*

A APS representa o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde e uma APS robusta e resolutiva é fundamental para o enfrentamento de um modelo que privilegia tecnologias de alta intensidade e de um contexto de restrição do direito à saúde.

Assim, o grande desafio continua sendo garantir a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e aumentar a satisfação de usuários e dos profissionais, sendo então importante avaliar os serviços em busca do fortalecimento da APS.

Neste contexto, este estudo avaliou o desempenho da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte, por meio dos seus atributos, na ótica dos usuários e a sua associação com as características sociodemográficas, condições autorreferidas e fatores de risco comportamentais para DCNT utilizando o inquérito telefônico.

Este estudo mostrou-se relevante considerando a escassez de trabalhos de avaliação do desempenho da APS na perspectiva do usuário, bem como estudos que apresentem análise relacionando a avaliação do desempenho da APS com os desfechos clínicos.

Ademais, é de grande importância a avaliação da APS utilizando uma base de dados populacional nacional como o Vigitel. Foi usado pela primeira vez para este fim e apresentou-se assim, como uma possibilidade inovadora de avaliação dos serviços da APS além de ter um baixo custo podendo ser replicada em todo país.

A ferramenta do PCATool utilizada em inquérito telefônico mostrou-se útil para verificação da presença dos atributos da APS. Permitiu a avaliação de serviços de saúde na perspectiva do usuário além de poder contribuir na gestão dos serviços. Pode ser uma boa estratégia para avaliação dos serviços ofertados, além de ser uma forma de avaliação rápida na utilização desse instrumento. Como é uma ferramenta utilizada mundialmente com diferentes versões validadas para contextos locais, permite a comparabilidade dos achados.

O estudo inova ao utilizar o inquérito telefônico para avaliação da APS sob a ótica do usuário do serviço, o que permitiu estabelecer um conjunto de fatores associados à utilização da APS em Belo Horizonte.

Os principais achados mostraram que os usuários que mais utilizaram os serviços da APS em Belo Horizonte foram as populações vulneráveis, com baixa

escolaridade, cor parda, sem plano de saúde, mulheres e com doenças prévias, mostrando uma associação desses fatores sociodemográficos e de estilo de vida do usuário no perfil da utilização.

Em relação a avaliação dos atributos da APS em Belo Horizonte, o estudo mostrou que o escore geral obtido foi 5,48 indicando uma fraca orientação à APS. Entretanto os atributos primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (cuidado) apresentaram médias superiores ao escore geral.

Outro resultado encontrado nesse estudo foi a associação entre os fatores de risco comportamentais para DCNT e doenças autorreferidas com a melhor avaliação dos serviços (escore  $\geq 6,6$  indica que há uma forte orientação à APS). O estudo apresentou que os usuários idosos ( $\geq 60$  anos), de baixa escolaridade ( $\leq 8$  anos de estudo), que não tem plano de saúde, com diabetes e obesidade avaliam melhor a APS.

Ainda são grandes os desafios na consolidação da APS no país como real porta de entrada de populações vulneráveis usuárias do SUS. Assim, recomenda-se, o investimento e fortalecimento da APS visando à melhoria da qualidade de vida e à redução de iniquidades em saúde.

Apesar do uso do instrumento de avaliação validado nacionalmente (PCATool), o estudo sugere ainda a necessidade de realizar adaptações à realidade local, podendo torná-lo, assim, mais sensível às diferentes realidades.

Existem ainda lacunas a ser exploradas, como a realização de mais estudos que apliquem o PCATool e analisem as possíveis associações do escore obtido com os estilos de vida e morbidade dos usuários, mais estudos avaliativos em áreas menores, como as regionais de saúde, ou mesmo no contexto local da UBS, o que seria de grande valia para os gestores locais. Sugerimos também o uso dos inquéritos populacionais para a avaliação dos serviços da APS.

Em relação à utilização do instrumento da versão reduzida do PCATool para usuários, a limitação refere-se ao fato de ele não ter sido desenvolvido para a análise de escores por atributo, sendo capaz de medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS por meio do escore geral. Entretanto, deve-se levar em consideração a viabilidade de utilização da versão completa ou mesmo da realização de adaptações na versão reduzida para uso em inquéritos telefônicos.





*Referências*

ABREU, D. M. X. *et al.* Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 67-80, Setembro 2018(a). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S105>.

ABREU, D. M. X. *et al.* Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27(3):e2017111, 2018 (b). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300002>.

ABEGUNDE, D. O.; MATHERS, C. D.; ADAM, T., ORTEGON, M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**. 2007;370(9603):1929-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1).

AGOSTINHO, M. R. *et al.* Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf5\(17\)175](https://doi.org/10.5712/rbmf5(17)175)

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde do Brasil, 2006. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde n. 10)

ALMEIDA, L. M.; RAMOS, K. F. C.; RANDOW, R.; GUERRA, V. A. Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. G&S** [Internet]. [acessado 2020 Ago 4]; 8(1):114-139. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3700>

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family health program on the infant mortality in Brazil municipalities. **Am J Public Health**. 2009; 99(1); 87-93.

ARAÚJO, L. U. A.; GAMA, Z. A. S.; NASCIMENTO, F. L. A.; OLIVEIRA, H. F. V.; AZEVEDO, W. M.; ALMEIDA JÚNIOR, H. J. B. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Cien Saude Colet** [Internet]. 2014 Aug [acessado 2020 Ago 17]; 19(8):3521-3532. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en)

AUGUSTO, D. K.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; PEIXOTO, S. V. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde** [Internet]. 2019 [acessado 2020 Ago 4]; 28(1):e2018128. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222019000100316&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100316&lng=en)

BARA, V. M. F. *et al.* Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 330-335, Set. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400080015>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2015000300330&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000300330&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BARBOSA, L. M. M., MACHADO, C. B. Glossário de Epidemiologia e Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M., editors. Rouquayrol: **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook. 2013. p.663-698.

BARROS, M.B.A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, Dec. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400014&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Belo Horizonte, 2014.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Belo Horizonte, 2018.

BERRA, S. *et al.* Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Revista Panamericana Salud Publica* 33(1), 2013.

BERNAL, R. T. I. *et al.* Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 701-712, Dec. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000400701&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400701&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400003>.

BOERMA, W.; KRINGOS, D.; VERSCHUUREN, M. *et al.* Primary Care Quality Management in Slovenia. Copenhagen: WHO, 2008.

BUTU, A. C.; TOMOIAIA-COTISEL, A. A look into primary care across middle income countries in Europe and Central Asia. **Management in Health**, 2014: 18(1).

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiro. **Cienc Saude Coletiva**. 2013;18(1):103-14. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196** de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996. Suplemento 3.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**. Brasília: MS; 2008. [citado

em 2019 ago. 30]. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 140 p.

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2010b. 80 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n 2.394, de 11 de outubro de 2011. Institui o Componente Ampliação no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 out. 2011a. Disponível em: <http://www.in.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto n 7.508, de 21 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 de junho de 2011b. Disponível em <http://www.in.gov.br>. Acesso em: 22 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 138 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 12 dez. 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 339, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado

em 2019 ago. 30]. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0339\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0339_04_03_2013.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2015**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 160p.: il. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2015.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf). Acesso em 15/06/2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2013-2014 [internet]. Brasília, DF: MS; 2015 [acesso em 2018 abr 6]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_riscos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf).

BULGARELLI, P. T. *et al.* A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2018 Apr 13;11(3):216-31.

CAMERON, A.; ROUBOS, I.; EWEN, M.; MANTEL-TEEUWISSE, A. K.; LEUFKENS H. G. M.; LAING, R. O. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. **Bull World Health Organ**. 2011;89(6):412-21. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.084327>

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, Oct. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 Dec. 2015.

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, Sept. 2012. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso). access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.

CASSADY, C. E. *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, 105(Supplement 3), 998-1003. 2000.

CESAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M. Usos de serviços de saúde. In: CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P.; AZEVEDO, M. B.; GOLDBAUM, M. **Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo: ISA-SP**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005. p. 185-98.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In Astrid BROUSSELE, et al., org. **Avaliação: conceitos e métodos**. Organizadores Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CHAVES, L. A. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00201515, 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000205004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205004&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. Epub Feb 19, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00201515>.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 220p.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA. (org) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997:29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, Sept. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>.

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

DONABEDIAN, A. Evaluacion de la calidad de la atención médica. **Revista de Calidad Asistencial**. Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Suplemento número 01, 2001. Volumen 16.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care.** The Milbank Quarterly. 2005; 83(4): 691-729.

DOTTO, J.; ÁVILA, G.; MARTINS, A.; HUGO, F.; D'AVILA, O.; HILGERT, J. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF** 2016; 21(1). [acessado 2020 Ago 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v21i1.5385>

DRONINA, Y.; MOON, J.; NAM, E. W. **A Comparative Study on Primary Health Care in Republic of Korea and Republic of Uzbekistan.** 보건행정학회지, 27(3), 256–266. 2017. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.3.256>

DUARTE, P. O. **Análise da política de atenção básica de saúde em âmbito municipal: o caso de Recife, 2001 a 2011 /** Petra Oliveira Duarte. Recife: [s.n.], 2014.

DWIVEDI, A. K. *et al.* Methods for estimating relative risk in studies of common binary outcomes. **Journal of Applied Statistics.** Vol. 41, n.3, p.484-500, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02664763.2013.840772>. Acesso em 08 ago 2018.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, Sept. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, Sept. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300002&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002>

FELISBERTO, E. O Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, Sept. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000300012>.

FERREIRA, T. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61132>

FLORES-CERVANTES, I.; BRICK, J. M.; JONES, M. E. Weighting for nontelephone household in the 2001 **California Health Interview Survey**. Joint Statistical Meetings – Section on Survey Research Methods, 2002. p. 1002-1007.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, Dec. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>.

FRIAS, P. G. *et al.* Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Orgs). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, cap. 4, p. 43-56.

GARCIA, L. A. A.; NARDELLI, G. G.; OLIVEIRA, A. F. M.; CASABURI, L. E.; CAMARGO, F. C.; SANTOS, A.S. Satisfação de idosos octogenários com os serviços de Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 26]; 23(1):e190235. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232020000100204&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000100204&lng=en)

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária em saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; Lobato, L. V. C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71p.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad Saúde Pública** 2017; 33 Suppl 2:e00118816.

GIOVANELLA, L. *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**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. Epub Mar 25, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.

GONTIJO, T. L. *et al.* Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, Sept. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000300741&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300741&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406>.



GORL, R.; WENSING, M. Patients Evaluate General/Family Practice. The EUROPEP Instrument. **Br J GEN Pract.**, v. 50, p. 882-887, 2000. Available from <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11141874>> access on 20 Feb. 2020.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. **Annals of Family Medicine**, v. 6, n. 2, p. 116-23, mar. 2008.

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde In: HARTZ, Z.M. A., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997:19-28. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>. Acesso em 14 out. 2015.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006.

HARZHEIM, E. *et al.* do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):274-84.

HARZHEIM, E.; GONÇALVES, M. R.; D'AVILA, O. P.; HAUSER, L.; PINTO, L. F.; Estudos do PCATool no Brasil. In: MENDONÇA, M. H.M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.) **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora Fiocruz; 2018. p.493-526.

HONE, T. *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS med**. 2017 [citado em 2019 ago. 29];14(5):e1002306. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>

HAUSER L. *et al.* Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Re Bras Med Fam Comunidade** [Internet]. 2013 [citado 2014 jan. 17];8(29):244-55. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/821>

IBANEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php). Acesso em: 18 out. 2016.

ISER, B. P. M. *et al.* Prevalence, correlates, and description of self-reported diabetes in Brazilian capitals: results from a telephone survey. **PLoS ONE**. 2014 [citado em 2019 ago. 29];9(9):e108044. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177870/pdf/pone.0108044.pdf>

JAHROMI, V. K. et al. "Continuity of Care Evaluation: The View of Patients and Professionals about Urban Family Physician Program." **International journal of preventive medicine** vol. 8 7. 20 Feb. 2017, doi:10.4103/2008-7802.200525

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W. G.; SPAAN, E. *et al.* A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. **BMC Health Serv Res** **11**, 90 (2011). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-90>

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W. G.; SPAAN, E.; PELLNY, M.; KARAKAYA, K. Evaluation of the Organizational Model of Primary Care in Turkey: A Survey-Based Pilot Project in Two Provinces of Turkey. **WHO** Regional Office for Europe. 2008.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, 20, 867-874. 2011.

LEE, J. H. *et al.* Development of the Korean primary care assessment tool - measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 2, p. 103-111, apr. 2009.

LIMA, R. T.; SILVA, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p.103-114. 2011.

LIMA, R. N. *et al.* Desempenho de indicadores em municípios com alta cobertura da Estratégia da Saúde da Família no Estado de São Paulo. **Ver. Bras. Med. E Com. Florianópolis**. 2012; 7(24): 164-70.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 52-66, setembro 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>

LINS, T. S.; SOARES, F. J. P.; COELHO, J. A. P. M. Avaliação dos Atributos em Atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 355-363, Sept. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000300355&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300355&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01862015>.

LUPPI, C. G. *et al.* Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P.H. (organizadores). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec/Cealag, p.332-54, 2011.

MACHADO, I. E. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 2012. 7(24), July 2017. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000300408&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000300408&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700030005>.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E.; SÁ, P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17.

MACINKO J. *et al.* Evolution of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil 1990-2002. *J Epidemiol.* 2006.

MACINKO J. *et al.* The influence of primary care on hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adult in Brazil. 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101(10); 1963-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21330584>. Doi: 10.2105/AJPH.2010.198887

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate.* 2018 [citado em 2019 ago. 11];42(n. spe1):18-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>

MALTA, D. C. *et al.* Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 159-167, May 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500017&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500017>.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 238-255, Dec. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000600238&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600238&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060021>.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, Feb. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017b. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 11s, 2017a. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Oct. 2019. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>.

MALTA, D. C., *et al.* Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 217-232, May 2017c. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000500217&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500217&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>.

MALTA, D. C., *et al.* "Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e Regiões, projeções para 2025." **Revista Brasileira de Epidemiologia** 22 (2019): e190030. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>

MALOUIN, R.; STARFIELD; SEPULVEDA, B. M. **Evaluating the tools used to assess the medical home** *Manag Care*, 18 (2009), pp. 44-48 <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-13>

MARSIGLIA, R. M. G. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 317-325, 2012.

MATY, S. C. *et al.* Education, income, occupation, and the 34-year incidence (1965-99) of type 2 diabetes in the Alameda County Study. **Int j. epidemiol.** 2005 [citado em 2019 ago. 29];34(6):1274-81. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/34/6/1274/707408>.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Polic Plan.** 2012; 27(4): 348-55.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Cien Saude Colet** 2018; 25(10):3869-3877.

MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2013/Set). [Citado em 20/02/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a->

atencao-primaria-a-saude-e-seus-atributos-a-situacao-das-criancas-menores-de-  
dois-anos-segundo-suas-cuidadoras/14216

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 15 fev. 2019.

NICK. W.; SURVWGT: Stata module to create and manipulate survey weights. In: **Statistical Software Components**. Revised 11 Feb 2018. Boston: Boston College Department of Economics; 2002.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in bodymass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. **Lancet** 2017; published online Oct 10. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)

NICK, W. SURVWGT: Stata module to create and manipulate survey weights. In: Statistical Software Components. **Revised** 11 Feb 2018. Boston: Boston College Department of Economics; 2002.

NUNES, E. D.; GARCÍA J. C. social medicine as project and endeavor. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.20, n.1, pp.139-144, 2015.

NUNES, B. P. *et al.* Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-787, Dec. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000400777&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400777&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400011>.

NUNES, B. P.; BATISTA, S. R. R.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LIMA-COSTA, M. F.; FACCHINI, L. A. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Rev Saude Publica** [online]. 2018; 52(Supl. 2):10s. [acessado 2020 Ago 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000637>

OGURTSOVA, K.; ROCHA-FERNANDES, J. D.; HUANG, Y.; LINNENKAMP, U.; GUARIGUATA, L.; CHO, N. H.; *et al.* IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. **Diabetes Res Clin Pract.** 2017; 128:40-50

OLIVEIRA, M. M. C. *et al.* PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):256-63.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian healthsystem: history, advances, and challenges. **Lancet** 377 (9779), 1778–1797. 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

PASARIN, M. I.; BERRA, S.; RAJMIL, L. *et al.* An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. **Aten Primaria**. 2007 Ago; 39 (8): 395-401.

PAULA, C. C. *et al.* Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, jan./mar., 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-27386>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

PAULA, W. K. A. S. *et al.* Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, Abr. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000200242&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200242&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Out. 2019. Epub July 10, 2019

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care** 1981; 19:127-40.

PERILLO, R. D. *et al.* Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2020a.

PERILLO, R. D. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2020b.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet]. 2013 Feb [acessado 2020 Ago 4]; 47(1):213-220. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027&lng=en)

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, Mar. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100268&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100268&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Jan 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040226>.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.1, p. 1009-1019, jun. 2010.

PIZANELLI, M. *et al.* Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, v. 27, n. 3, p.187-189, set. 2011.

POÇAS, K. C.; CAZARIN, G.; MENDES, M. Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n.29, p.51-58, mai/ago 2011.

POÇAS, K. C. *et al.* Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, e2018124, 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222019000200315&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000200315&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. Epub July 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200017>.

POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 275-284, June 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000200275&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200275&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200005>.

POÇAS, K. C. **Avaliação da atenção primária à saúde no Distrito Federal** [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2017.

PRATES, M. L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1881-1893, Jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov.2019.

RAMSAY, J.; CAMPBELL, J. I.; SCHROTER, S.; MARTIN ROLAND, J. G. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties, **Family Practice**, Volume 17, Issue 5, October 2000, Pages 372–379, <https://doi.org/10.1093/fampra/17.5.372>

REIS, A. F.N.; CESARINO, C. B. Risk factors and complications among patients registered in the hiperdia in São José do Rio Preto. **Cienc Cuid Saúde**; 2016. 15(1):118-124. doi:<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.24235>.

REIS, J. G.; HARZHEIM, E.; NACHIF, M. C. A.; FREITAS, J. C.; D'ÁVILA, O.; HAUSER, L.; MARTINS, C.; PEDEBOS, L. A.; PINTO, L. F. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Cien Saude Colet** [Internet]. 2019 Sep [cited 2020 Oct 27]; 24(9):3457-3462. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000903457&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903457&lng=en)

RODRIGUES, E. M. D. *et al.* Assessment of the tribute “Community Orientation” from the perspective of primary care adult users. **Rev Bras Enferm.** 2019;72(3):632-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0601>

ROQUE, H.; VELOSO, A.; FERREIRA, P. L. Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 61, 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

89102016000100243&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2020. Epub Oct 03, 2016. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006259>.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 95-110, June 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Aug. 2020. Epub July 01, 2019. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180884>.

SAES, M.; FACCHINI, L.; TOMASI, E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. **APS Em Revista** 2019; 1(3):206-221

SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saude soc** 2011; 20(4):948-960. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2011.v20n4/948-960/pt/>

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO E SILVA, G.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. 2011;377(9781):1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9).

SILVA, S. A. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 122-128, Ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10. Nov. 2019.

SILVA JUNIOR, A. G. Promoção à saúde e mudanças nas práticas da saúde suplementar In: **Panorama das ações de Promoção da saúde e Prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2008, v.1, p. 71-76.

SILVA JUNIOR, J. B.; RAMALHO, W. M. **Cenário epidemiológico do Brasil em 2033**: uma prospecção sobre as próximas duas décadas / Jarbas Barbosa da Silva Júnior; Walter Massa Ramalho. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16 p.– (Textos para Discussão; n. 17).

SILVA, S. S. *et al.* Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, e00014615, Oct. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001005002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001005002&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. Epub Oct 20, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00014615>.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, Parsippany, v. 50, n. 2, p. 161-175. 2001. Disponível em: Acesso em: 03 set. 2010.



SOUZA, M. F. et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. *Rev Saude Publica*. 2017;51:87. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007024>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002 (a), p. 481-564.

STARFIELD B. Avaliação Primária: uma visão da população. In: Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p. 481-532.

STARFIELD B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B, organizador. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002 (b) p. 207-45.

STARFIELD, B.; SHI, L. **Manual for the Primary Care Assessment Tools**. Baltimore: Johns Hopkins University, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª Ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. v.22, n.1, pp.179-181, 2013.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. saúde pública**. 2017 [citado em 2019 ago. 29];51(Suppl 1):3s. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf)

SUNG, N. J.; SUH, S. Y.; LEE DW, A. H. N. H. P.; CHOI, Y. J.; LEE, J. H. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. **Int J Qual Health Care** 2010; 22(6):493-499.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 2020; 44:e4.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O Papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-8, 2012.

TOMASI, E. *et al.* Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 800-806, Dec. 2003. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600017>.

TOURIGNY, A.; AUBIN, M.; HAGGERTY, J.; BONIN, L.; MORIN, D.; REINHARZ, D.; LEDUC, Y.; ST-PIERRE, M.; HOULE, N.; GIGUÈRE, A.; BENOUNISSA, Z.; CARMICHAEL, P. H. Patients' perceptions of the quality of care after primary care

reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician* 2010; 56(7):e273-e282.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.; editores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, Sept. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114>.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, Dec. 2002. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600009>.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>

VASCONCELOS, C. L. B. *et al.* Significados do processo saúde-doenças crônicas-cuidado para enfermeiros que atuam na saúde pública. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 96-109, 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702016000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 mar. 2020.

VIACAVAL, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, Sept. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>.

VIACAVAL, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, Feb. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>.

VIDAL, T. B. *et al.* Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e2017504, 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000400303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400303&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2019. Epub Nov 08, 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400006>.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2014. 110p.

WANG, W.; SHI, L.; YIN, A.; LAI, Y.; MAITLAND, E.; NICHOLAS, S. Development and Validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool. **Biomed Res Int** 2014; 2014:308739.

WKAS, P.; SAMICO, I. C.; CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M.; SILVA, S. L. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Rev Esc Enferm USP** 2016; 50(2):331-340.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Conference on Primary Health Care**. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc> (acessado em 27/Out/2018).



*Anexo A*

**Instrumento de avaliação do desempenho da APS - entrevista telefônica - USUÁRIO**

**MANUAL DO ENTREVISTADOR**

Questionário N°

Nome \_\_\_\_\_ do

entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário de início: \_\_\_:\_\_\_ Horário de término: \_\_\_:\_\_\_ de

**Questionário:**

Utilização da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte

Entrevistador, antes de iniciar a aplicação do questionário é importante alguns esclarecimentos:

- O questionário deve ser preenchido a cada contato telefônico.
- Todas as perguntas dos questionários foram redigidas de tal maneira que não induzem a uma resposta específica ou sugerem que uma resposta é melhor, pior ou preferível que outra. Por isso, é importante que o entrevistador as leia de forma exata e completa, sem fazer interpretações das mesmas.
- O questionário foi elaborado de acordo com uma sequência específica e lógica dos temas abordados. Por isso, as perguntas devem ser realizadas respeitando a sequência na qual se encontram no questionário, devagar e pausadamente, em voz alta e com a maior clareza.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão compostas no questionário. Assim como também, devem ser lidas de forma clara e separada, sobretudo aquelas que possuem uma formulação mais longa.
- Todas as questões são numeradas e pré-codificadas e a resposta deve ser marcada com "X" conforme a alternativa escolhida pelo entrevistador.
- Para as questões com o uso de escalas, estas devem ser bem explicadas à pessoa entrevistada. É necessário confirmar que a pessoa entendeu o sentido da mesma e a posição de sua possível resposta dentro dela.
- Fazer o contato telefônico com o entrevistado e se apresentar, apresentar os responsáveis pela pesquisa e o propósito da mesma.
- Convidar o entrevistado a participar informando que será uma entrevista bem rápida e que caso queira pode desistir de participar da entrevista ou interrompê-la a qualquer momento.
- Caso o entrevistado não tenha disponibilidade de responder no momento tentar agenda data e horário adequado ao entrevistado e informar que retornará à ligação conforme agendamento.
- Nunca alterar ou ignorar a informação ou opiniões proporcionadas pelas pessoas entrevistadas. Adulterar e/ou excluir informação não é permitido sob nenhuma circunstância, pois infere os princípios éticos
- É indispensável agradecer amigavelmente a colaboração do entrevistado e o tempo disponibilizado.
- Termo de apresentação da pesquisa:

<b>ITENS COMUNS AO VIGITEL (OU MINI VIGITEL) E AO ESTUDO EM BELO HORIZONTE</b>
--

**ENTREVISTA**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS –  
VIGITEL – 2014 (Disque Saúde = 136)**

Operador: **xx**Réplica: **xx**

Cidade: **xx**, confirma a cidade:     sim  não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e da agenda)

**1. Réplica XX número de moradores XX número de adultos XX**

**2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando em nome do Ministério da Saúde e da Universidade Federal de MG.**

**O número do seu telefone é XXXX?**

Sim                       Não – Desculpe, liguei no número errado

**3. Sr.(a) gostaria de falar com o(a) sr. (a) NOME DO SORTEADO. Ele(a) está?**

Sim                       Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr.(a) NOME DO SORTEADO?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

**3.a Posso falar com o (a) Sr. (a) <NOME DO SORTEADO> agora?**

Sim                       Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr.(a) NOME DO SORTEADO?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

**4. O(a) sr.(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?**

Sim (pule para Q5)                       Não – Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde em conjunto com a Universidade Federal de MG sobre condições de saúde da população adulta brasileira e a utilização dos serviços de saúde. O(a) Sr(a) pode colaborar respondendo esta avaliação bem rápida por telefone agora ou no horário que lhe for mais conveniente? Sr(a), a entrevista deverá durar cerca de 10 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas apenas para fins desta avaliação. Lembrando que para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. O(a) sr(a) poderá desistir de participar da entrevista ou interrompê-la a qualquer momento. Informamos que esta pesquisa está regulamentada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (CONEP) do Ministério da Saúde, sob o número do Parecer 355.590, podendo ser contatada no telefone (61) 3315-5878. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá também esclarecê-la diretamente no Disque-Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 136. O(a) sr.(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?

**5. Podemos iniciar a entrevista?**

Sim                      (pule para Q6)

Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. **(ENCERRAR)**



- 8A. Curso? COMPLETOU?**
- 1  curso primário
- 2  admissão
- 3  curso ginásial ou ginásio
- 4  1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau
- 5  2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau
- 6  3º grau ou curso superior
- 7  pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)
- 8  nunca
- (0)
- 777  não sabe (só aceita se q6>60)
- 888  não quis responder
- 8B- Qual a última série (ano) o Sr(a) 8.anos de estudo (out-put)**
- 1  2  3  4 (1,2,3,4)
- 4 (4)
- 1  2  3  4 (5,6,7,8)
- 1  2  3  4  5  6  7  8 (1 a 8)
- 1 ou + 20
- estudo

**Q9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥30 Kg e <300kg)**

\_\_\_\_\_ kg      777  não sabe      888  não quis informar

**Q11. O(a) sr(a) sabe sua altura? (só aceita ≥ 1,20m e <2,20m)**

\_\_\_ m \_\_\_ cm      777  não sabe      888  não quis informar

**Q14. A sra está grávida no momento?**

1  sim      2  não      777  não sabe

***Nas próximas questões, vamos perguntar sobre sua alimentação***

**Q21. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?**

- 1  1 a 2 dias por semana
- 2  3 a 4 dias por semana
- 3  5 a 6 dias por semana
- 4  todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5  quase nunca (pule para q23)
- 6  nunca (pule para q23)

**Q22. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:**

- 1  tirar sempre o excesso de gordura
- 2  comer com a gordura
- 3  não come carne vermelha com muita gordura

**Q23. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango/galinha?**

- 1  1 a 2 dias por semana
- 2  3 a 4 dias por semana
- 3  5 a 6 dias por semana



4  todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)

5  quase nunca (pule para q37)

6  nunca (pule para q37)

**Q24. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr(a) costuma:**

1  tirar sempre a pele

2  comer com a pele

3  não come pedaços de frango com pele

**Q35. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?**

1  sim

2  não (pula para q42)

888  não quis informar

(pula para q42)

**Q36. Com que frequência (a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?**

1  1 a 2 dias por semana

2  3 a 4 dias por semana

3  5 a 6 dias por semana

4  todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)

5  menos de 1 dia por semana

6  menos de 1 dia por mês (pule para q40b)

**Q37. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)**

1  sim

(pule para q39)

2  não (pule para q42)

**Q38. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)**

1  sim

2  não (pule para q42)

**Q39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?**

1  em um único dia no mês

2  em 2 dias

3  em 3 dias

4  em 4 dias

5  em 5 dias

6  em 6 dias

7  em 7 ou mais dias

777  Não sabe

***Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.***

**Q42. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?**

1  sim

2  não (pule para q60)

(não vale fisioterapia)

**Q43a. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou?**

**ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO**

1  caminhada (**não vale deslocamento para trabalho**)

2  caminhada em esteira

3  corrida (cooper)

4  corrida em esteira

- 5  musculação
- 6  ginástica aeróbica (spinning, step, jump)
- 7  hidroginástica
- 8  ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
- 9  natação
- 10  artes marciais e luta (jiu-jitsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira)
- 11  bicicleta (inclui ergométrica)
- 12  futebol / futsal
- 13  basquetebol
- 14  voleibol / futevolei
- 15  tênis
- 16  dança (balé, dança de salão, dança do ventre)
- 17  outros

**Q44. O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?**

- 1  sim
- 2  não – **(pule para q60)**

**Q45. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? \_\_\_\_\_**

- 1  1 a 2 dias por semana
- 2  3 a 4 dias por semana
- 3  5 a 6 dias por semana
- 4  todos os dias **(inclusive sábado e domingo)**

**Q46. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? \_\_\_\_\_**

- 1  menos que 10 minutos
- 2  entre 10 e 19 minutos
- 3  entre 20 e 29 minutos
- 4  entre 30 e 39 minutos
- 5  entre 40 e 49 minutos
- 6  entre 50 e 59 minutos
- 7  60 minutos ou mais

***Nas próximas questões, vamos perguntar seu hábitos de vida***

**Q60. Atualmente, o(a) sr(a) fuma?**

- 1  sim, diariamente (ir para q61)
- 2  sim, mas não diariamente **(pule para q61a)**
- 3  não – **(pule para q64)**

**Q61. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia? \_\_\_\_\_ (vá para Q62)**

- 1  1-4    2  5-9    3  10-14    4  15-19    5  20-29    6  30-39    7  40 ou +

**Q61a. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por semana? \_\_\_\_\_ (apenas se Q60=2)**

- 1  1-4    2  5-9    3  10-14    4  15-19    5  20-29    6  30-39    7  40 ou +

**Q62. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita  $\geq 5$  anos e  $\leq 6$ )**

\_\_\_\_\_ anos 777  não lembra

**Q63. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?**

1  sim (pule para q69)

2  não (pule para q69)

**Q64. No passado, o(a) sr(a) já fumou?**

1  sim, diariamente

2  sim, mas não diariamente

3  não

**Q69. A sua cor ou raça é:**

1  branca

2  preta

3  amarela

4  parda

5  indígena

777  não sabe (Se responder NAO SABE, abrir caixa de texto. O entrevistador deve ler as opções de cor/raça e questionar novamente o entrevistado, se ainda assim, insistir como MORENO, marcar NAO SABE e anotar na caixa de texto.)

888  não quis informar

**Q70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)**

1  sim

2  não – (pule para Q75)

**Q71. Se sim: Quantos no total? \_\_\_\_\_ números ou linhas telefônicas**

***Gostaríamos de saber um pouco mais sobre seu estado de saúde:***

**Q74. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:**

1  muito bom

2  bom

3  regular

4  ruim

5  muito ruim

777  não sabe

888  não quis informar

**Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?**

1  sim

2  não

777  não lembra

**Q76. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem diabetes?**

1  sim

2  não

777  não lembra

**Q79a. A sra já fez alguma vez exame de papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero? (apenas para sexo feminino – Q7=2)**

1  sim

2  não

(pule para q81)

777  não sabe (pule para

q81)

**Q80. Quanto tempo faz que a sra. fez exame de papanicolau? (só para mulheres)**

- 1  menos de 1 ano
- 2  entre 1 e 2 anos
- 3  entre 2 e 3 anos
- 4  entre 3 e 5 anos
- 5  5 anos ou mais
- 777  não lembra

**Q81. A sra já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino)**

- 1  sim
- 2  não (pule para q85a)
- 777  não sabe (pule para q85a)

**Q82. Quanto tempo faz que a sra fez mamografia?**

- 1  menos de 1 ano
- 2  entre 1 e 2 anos
- 3  entre 2 e 3 anos
- 4  entre 3 e 5 anos
- 5  5 ou mais anos
- 777  não lembra

**Q88. O(a) sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?**

- 1  Sim, apenas 1
- 2  Sim, mais de um
- 3  Não
- 888  Não quis informar

**AO FINAL DO QUESTIONÁRIO VIGITEL (OU MINI VIGITEL) FORAM INSERIDAS CINCO QUESTÕES PARA BELO HORIZONTE:**

Para finalizar, vou lhe fazer perguntas sobre os serviços de saúde que o (a) senhor(a) frequentemente usa.

**R301. Quando está doente ou precisando de atendimento para cuidar da própria saúde qual o serviço de saúde o (a) senhor(a) costuma procurar?**

**RESPOSTA ÚNICA - ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO**

**PÚBLICO**

- 1  Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
- 2  Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
- 3  PA (Unidade de Pronto Atendimento)
- 4  Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
- 5  Pronto-socorro ou emergência de hospital público
- 6  Hospital público/ambulatório
- 7  No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família

**PRIVADO/PARTICULAR**

- 8  Consultório particular ou clínica privada
- 9  Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
- 10  Pronto-atendimento ou emergência (pronto-socorro) de hospital privado

- 11  No domicílio, com médico particular  
 12  Farmácia  
 13  Outro ser viço (Especifique: \_\_\_\_\_)

**R302. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o (a) senhor(a) procurou atendimento em um Posto ou Centro de Saúde para cuidar da própria saúde?**

- 1  Nenhuma vez (**Agradeça e encerre a entrevista – vá para página final de encerramento**)  
 2  1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses  
 3  3 a 5 vezes nos últimos 12 meses  
 4  6 a 9 vezes nos últimos 12 meses  
 5  10 ou mais vezes nos últimos 12 meses  
 6  Procurou, mas não se lembra o número de vezes  
 7  Não se lembra se procurou

**R303. Na última vez que o (a) senhor(a) procurou por algum Posto ou Centro de Saúde o senhor foi atendido?**

- 1  Sim  
 2  Não  
 3  Não se lembra ou não sabe informar

**R304. Temos mais uma última pergunta: O (a) senhor(a) aceitaria receber outra ligação que deve durar cerca de 10 minutos para colaborar respondendo um pouco mais sobre sua experiência na utilização desse serviço de saúde?**

- 1  Sim (**registre melhor dia /horário ou período e vá para página final de encerramento**)  
 2  Não (**Agradeça e encerre a entrevista – vá para página final de encerramento**)

**R305. Qual o melhor dia da semana e horário para retornar a ligação?  
 REGISTRAR DATA E HORA**

DIA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / HORÁRIO: \_\_\_ : \_\_\_

- Outro (especifique): \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO VIGITEL 2015: MÓDULO AVALIAÇÃO DE SERVIÇO –  
PCATool VERSÃO ADULTO PARA BELO HORIZONTE:**

**P0a (A1 PCATool) – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre sua saúde?**

**GRAU DE AFILIAÇÃO**

1  **NÃO** <vá para P0b>

2  **SIM** (se sim, poderia nos passar o nome ou endereço, por favor?)

Nome do Profissional ou Serviço de Saúde: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

**P0b (A2 PCATool) – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde que o/a conhece melhor como pessoa?**

**GRAU DE AFILIAÇÃO**

1  **NÃO** <vá para P0c>

2  **SIM**, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde citado acima

3  **SIM**, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (nesse caso, poderia nos passar o nome ou endereço, por favor?)

Nome do Profissional ou Serviço de Saúde: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

**P0c (A3 PCATool) – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?**

**GRAU DE AFILIAÇÃO**

1  **NÃO** <vá para “A”>

2  **SIM** – é o mesmo que A1 (onde costuma ir) e A2 (conhece melhor)

3  **SIM** – é o mesmo que A1 (onde costuma ir) somente

4  **SIM** – é o mesmo que e A2 (conhece melhor) somente

5  **SIM**, mas é um médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente dos citados antes (nesse caso, poderia nos passar o nome ou endereço, por favor?)

Nome do Profissional ou Serviço de Saúde: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

**A. Dando continuidade, na nossa última entrevista, o (a) senhor (a) respondeu que procurou atendimento nos últimos 12 meses, em uma UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (seja num Posto de saúde ou no Centro de Saúde ou na unidade saúde da família) para cuidar da própria saúde. O senhor confirma essa informação?**

1  **SIM**

2  **NÃO (ENCERRE)**

**B. Se sim, qual é a UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (seja num Posto de saúde ou no Centro de Saúde ou na unidade saúde da família) que o senhor normalmente procurou nos últimos 12 meses? Anotar o nome citado:** \_\_\_\_\_

A partir de agora todas as perguntas seguintes serão sobre a Unidade \_\_\_\_\_

Para a avaliação das próximas perguntas, por favor considere a seguinte escala:

Com certeza, sim (4)                      Provavelmente, sim (3)                      Provavelmente, não (2)

Com certeza, não (1)                      Não sei / não lembro (9)

O Sr. (a) entendeu? Gostaria que repetisse as opções? Podemos começar?

< Entrevistador: para reforçar, ler a escala sempre que julgar necessário para reforçar >

	ITENS	RESPOSTA					REFERÊNCIA
		(4)	(3)	(2)	(1)	(9)	
1.	Quando o sr. (a) tem um novo problema de saúde, o sr. (a) vai ao (a) (NOME DA UBS) antes de ir a outro serviço de saúde?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(B2 – PCATool reduzido) <u>Acesso utilização</u>
2.	O horário de funcionamento do (a) (NOME DA UBS) atende às suas necessidades?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(III.4.4 PMAQ) <u>Acesso</u>
3.	A localização do (a) (NOME DA UBS) atende às suas necessidades?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	<u>Acesso</u>
4.	Esse (a) (NOME DA UBS) funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(I.4.6 PMAQ) <u>Acesso</u>
5.	Esse (a) (NOME DA UBS) fica aberto pelo menos um dia até as 8 hs da noite?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(C2- PCATool versão completa + III.4.4 PMAQ) <u>Acesso acessibilidade</u>
6.	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até o (a) (NOME DA UBS)?	Favor considerar o seu meio de transporte usual. (Anotar o tempo em minutos) ____ minutos					(III.5.1 PMAQ)
7.	Quando o (a) (NOME DA UBS) está aberto, o sr.(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(C4 - PCATool reduzido) <u>Acesso acessibilidade</u>

	ITENS	RESPOSTA					REFERÊNCIA
		(4)	(3)	(2)	(1)	(9)	
7.a	Quando o (a) (NOME DA UBS) está aberto, o sr. (a) consegue ser acolhido/aten- dido no grupo de acolhimento, enfermagem ou por outro profissional?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(III.6.9 PMAQ) <u>Acesso</u>
8.	É difícil para o sr. (a) conseguir atendimento médico no (NOME DA UBS) quando pensa que é necessário?	Com certeza, sim <b>(valor 4=1)</b>	Provavelmente, sim <b>(valor 3=2)</b>	Provavelmente, não <b>(valor 2=3)</b>	Com certeza, não <b>(valor 1=4)</b>	Não sei / não lembro	(C11 - PCATool reduzido) <u>Acesso</u> <u>acessibilidade</u>
9.	Quando o sr. (a) vai a (ao) (NOME DA UBS), é o mesmo médico ou enfermeiro que atende o sr. (a) todas as vezes?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(D1 - PCATool reduzido) <u>Longitudinalida</u> <u>de</u>
10.	O sr. (a) se sente à vontade contando suas preocupações ou problemas ao médico/enfermeiro no (NOME DA UBS)?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(D6 - PCATool reduzido) <u>Longitudinalida</u> <u>de</u>
11.	O médico/enfermeiro da (NOME DA UBS) sabe quais problemas são mais importantes para o sr. (a)?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(D9 – PCATool reduzido) <u>Longitudinalida</u> <u>de</u>



	ITENS	RESPOSTA					REFERÊNCIA
		(4)	(3)	(2)	(1)	(9)	
12.	O sr. (a) mudaria do (a) (NOME DA UBS) para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	Com certeza, sim <b>(valor 4=1)</b>	Provavelmente, sim <b>(valor 3=2)</b>	Provavelmente, não <b>(valor 2=3)</b>	Com certeza, não <b>(valor 1=4)</b>	Não sei / não lembro	(D14 – PCATool reduzido) <u>Longitudinalidade</u>
12.a	O sr.(a) já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que o sr.(a) utilizou o(a) (NOME DA UBS)?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não (ir para questão 18)	Com certeza, não (ir para questão 18)	Não sei / não lembro (ir para questão 18)	(E1 - PCATool completo) <u>Coordenação do cuidado</u>
13.	O médico/enfermeiro do (NOME DA UBS) sugeriu (indicou, encaminhou) que o sr. (a) fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(E6 - PCATool completo) <u>Coordenação do cuidado</u>
14.	O médico/enfermeiro do (NOME DA UBS) escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(E10 - PCATool reduzido) <u>Coordenação do cuidado</u>
15.	O médico/enfermeiro do (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB sabe quais foram os resultados desta consulta?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(E11 - PCATool reduzido) <u>Coordenação do cuidado</u>

	ITENS	RESPOSTA					REFERÊNCIA
		(4)	(3)	(2)	(1)	(9)	
16.	O médico/enfermeiro do (a) (NOME DA UBS) pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado) ?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(E13 - PCATool reduzido) <u>Coordenação do cuidado</u>
17.	O sr. (a) poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no (NOME DA UBS)?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(F3 - PCATool reduzido) <u>Coordenação do cuidado - SI</u>
18a.	Quando você vai ao (NOME DA UBS) você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? [Exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento, resultados de exames de laboratório].	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(F1 - PCATool versão completa) <u>Coordenação do cuidado - SI</u>
18b	Quando você vai no (NOME DA UBS) o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(F2 - PCATool versão completa) <u>Coordenação do cuidado - SI</u>

A seguir apresentamos uma lista de serviços/orientações que o sr. (a) e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.  
Indique, por favor, se no (a) (NOME DA UBS) esses serviços ou orientações estão disponíveis:

	ITENS	RESPOSTA					REFERÊNCIA
		(4)	(3)	(2)	(1)	(9)	
19.	Aconselhamento para problemas de saúde mental.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(G9 - PCATool reduzido) <u>Integralidade</u>
20.	Aconselhamento sobre como parar de fumar?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(G17 - PCATool reduzido) <u>Integralidade</u>
21.	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex. Diminuição da memória/risco de cair).	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(G20 - PCATool reduzido) <u>Integralidade</u>
22.	Aconselhamento sobre alimentação saudável	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(H1 - PCATool reduzido) <u>Integralidade</u>
22b	Aconselhamento sobre dormir suficientemente.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(H1 - PCATool versão completa) <u>Integralidade</u>
23.	Aconselhamento a respeito de exercícios físicos apropriados para o sr. (a).	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(H5 - PCATool reduzido) <u>Integralidade</u>
24.	Aconselhamento sobre como prevenir quedas.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(H11 - PCATool reduzido) <u>Integralidade</u>
25.	Verificação e discussão sobre os medicamentos que o sr. (a) está tomando.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(H7 - PCATool reduzido) <u>Integralidade</u>
25a	VACINAS (imunizações).	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(G4 - PCATool versão completa) <u>Integralidade</u>

	ITENS	RESPOSTA					REFERÊNCIA
		(4)	(3)	(2)	(1)	(9)	
25b	Exame preventivo para câncer de colo de útero (teste Papanicolau).	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(G16 - PCATool versão completa) <u>Integralidade</u>
26.	O médico/enfermeiro do (a) (NOME DA UBS) lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que o sr. (a) pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para o sr. (a) ou para um membro da sua família?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(11 - PCATool reduzido) <u>Orientação familiar</u>
26a	O médico/enfermeiro do (a) (NOME DA UBS) já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(12 - PCATool versão completa) <u>Orientação familiar</u>
27.	O médico/enfermeiro do (a) (NOME DA UBS) se reuniria com membros da sua família se o sr. (a) achasse necessário?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(13 - PCATool reduzido) <u>Orientação familiar</u>
27a	Alguém do (a) (NOME DA UBS) faz visitas domiciliares?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(11 - PCATool versão completa) <u>Orientação comunitária</u>

	ITENS	RESPOSTA					REFERÊNCIA
		(4)	(3)	(2)	(1)	(9)	
27b	O seu (sua) médico/enfermeiro OU (NOME DA UBS) houve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(J3 - PCATool versão completa) <u>Orientação comunitária</u>
28.	O (A)(NOME DA UBS) faz levantamentos (pesquisas) com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	(J4 - PCATool reduzido) Orientação comunitária

### Para finalizar, vou lhe fazer perguntas sobre episódios de internação

**27. Nos últimos 12 meses o sr. (a) ficou internado em hospital por 24 h ou mais?**

**PNS**

(1) Sim (2) Não (Vá para o final)

**28. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o sr. (a) esteve internado (a)?**

**PNS**

\_\_\_ vezes (anotar número de vezes)

**291. Qual foi o PRINCIPAL atendimento de saúde que o sr. (a) recebeu quando esteve internado**

**PNS**

(a) (pela última vez) nos 12 últimos meses?

(1) Tratamento clínico (Especifique: \_\_\_\_\_)

(2) Cirurgia (Especifique: \_\_\_\_\_)

(3) Exames complementares de diagnóstico

(4) Parto normal (aceitar essa opção apenas se Sexo = feminino)

(5) Parto cesáreo (aceitar essa opção apenas se Sexo = feminino)

(6) Tratamento psiquiátrico

(7) Outro (Especifique: \_\_\_\_\_)

Ser (a) \_\_\_\_\_, agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar.

Para confirmar: o (NOME DA UBS) a que o Sr (a) se refere é o (VER LISTA DE UBS) de BH?

“Não sei / não lembro / Não quer responder” caso não seja possível (re) classificar.

O sr(a) gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?

Se sim: O número é 136.

**OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!**

Observações (entrevistador):



*Anexo B*

## Parecer de Projeto de Pesquisa nº 089/2012 CEP-FM/UnB



Universidade de Brasília

Faculdade de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP-FM

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do projeto: CEP/FM 089/2012.

Título: "Avaliação da atenção básica à saúde no Distrito Federal".

Pesquisador responsável: Elisabeth Carmem Duarte

Documentos analisados: Folha de rosto, carta de encaminhamento assinada por todos os pesquisadores, projeto de pesquisa em português, "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", *curriculum vitae* do pesquisador principal e dos demais pesquisadores participantes, orçamento e cronograma do projeto de pesquisa, bibliografia pertinente.

Data de entrada: 19/12/2012.

Data da primeira avaliação: 30/01/2013

Proposição do(a) Relator(a):

 Aprovação Reencaminhar ao pesquisador responsável para atendimento de pendências Não aprovação

Data do parecer final do(a) Relator(a): 08/05/2013.

 Aprovação Não aprovação

Data da análise pelo CEP-FM/UnB: 08/05/2013

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS n.º 196/96 e resoluções posteriores que regulamentam a matéria, a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília decidiu aprovar, de acordo com o parecer do(a) Relator(a) e *ad referendum* do CEP-FM/UnB, o projeto de pesquisa acima especificado quanto aos seus aspectos éticos.

Observações:

1. Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP-FM/UnB antes de serem implementadas.
2. Os pesquisadores devem apresentar relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa ao CEP-FM.

Brasília-DF, 08/05/2013

Prof.ª Dr.ª Elaine Maria de Oliveira Alves  
Coordenadora do CEP-FM/UnB