

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

VINICIUS SIQUEIRA TAVARES MEIRA-SILVA

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E O USO DO INSTRUMENTO
PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL NO BRASIL

RIO DE JANEIRO
2022

Vinicius Siqueira Tavares Meira-Silva

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E O USO DO INSTRUMENTO *PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL* NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Felipe Pinto

Rio de Janeiro
2022

Ficha catalográfica

Meira-Silva, Vinicius Siqueira Tavares.

Pesquisa Nacional de Saúde e o uso do instrumento Primary Care Assesment Tool no Brasil. / Vinicius Siqueira Tavares Meira-Silva. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2022.

106 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Luiz Felipe Pinto

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde, 2022.

Referências: f. 70-82.

1. Avaliação em Saúde. 2. Estudos Populacionais em Saúde Pública. 3. Inquéritos Epidemiológicos. 4. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde – Tese. I. Pinto, Luiz Felipe. II. UFRJ, CCS, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Andreia de Oliveira Paim CRB - 7 /5183



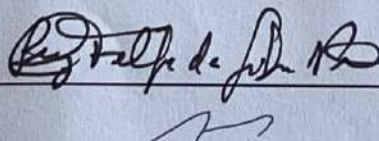
ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 13:30 hs do dia 02 de agosto de 2022 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS)**. A dissertação com o título: " **A Pesquisa Nacional de Saúde e o uso do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT) no Brasil**", foi apresentada pelo candidato: **Vinicius Siqueira Tavares Meira Silva**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro DRE n. 120074648 (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "art° 1°", () item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; (X) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **LUIZ FELIPE DA SILVA PINTO** (presidente); **MARCELO RODRIGUES GONÇALVES** (1° examinador); **GERSON LUIZ MARINHO** (2° examinador), em sessão REMOTA, () PARCIAL (X) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção (X) **APROVADO** () **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

APROVADO COM LOUVOR

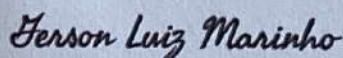
Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pelo aluno examinado.

Presidente/Orientador(a):

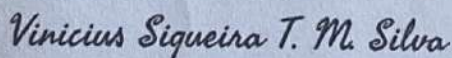


1° Examinador(a):

2° Examinador(a):



Aluno(a)/Examinado(a):



A todas as pessoas que lutam e lutaram por uma Saúde Pública e universal.
Aos abnegados trabalhadores e trabalhadoras da atenção primária no Brasil.
Aos que constroem uma atenção primária forte.
Em defesa do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que me ensinam diariamente o privilégio de cuidar e o valor de ser cuidado. A todos e todas que compartilham comigo o encantamento pelo trabalho na atenção primária e que são meus companheiros na sua defesa e no seu fortalecimento.

Aos professores que me apresentaram a atenção primária, em especial, Luiz Felipe Pinto, Maria Tavares, Maria Kátia Gomes e Valéria Romano.

Às pessoas que tive o privilégio de conhecer durante a Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – a experiência mais forte que vivenciei em minha formação profissional.

Aos meus colegas de trabalho e aprendizagem na Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, sobretudo os meus amigos Letícia Bimbi, Fábio Dezo e Marcos Adams e os profissionais e usuários da equipe Cachopinha, a minha maior escola médica.

Aos meus alunos no Centro Saúde-Escola da Lapa, que me permitem, gentilmente, participar de sua formação profissional e que me ensinam a beleza de aprender todo dia. Aos meus colegas professores, que me conduzem nesta experiência nova.

A todos os usuários, estudantes, internos, residentes e colegas das unidades de atenção primária do Rio de Janeiro a que pertenci durante meu percurso profissional como médico de família e comunidade.

Aos colegas e professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde e, novamente, ao meu orientador, Luiz Felipe Pinto, a quem agradeço pela parceria neste processo crucial de minha formação profissional e pessoal.

Aos servidores públicos da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Saúde que, com seu trabalho, viabilizaram a realização desta pesquisa.

O agradecimento mais importante faço a meus pais, Luciana e Sérgio, que prepararam as bases sobre as quais eu seguirei realizando sonhos. Ao meu primeiro e maior companheiro, meu irmão Matheus. Aos meus avós, tias, tios, primas e primos.

“Equity is the only acceptable goal.”

– Paul Edward Farmer
(1959-2022)

RESUMO

MEIRA-SILVA, Vinicius Siqueira Tavares. **Pesquisa Nacional de Saúde e o uso do instrumento Primary Care Assessment Tool no Brasil**. Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A incorporação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) ao questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, representou uma aquisição sem precedentes para a avaliação dos serviços de atenção primária à saúde (APS) no Brasil. A PNS é executada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD). Utiliza setores censitários de todo o território nacional como unidades primárias para o seu plano de amostragem conglomerada em três estágios. O instrumento inserido no Módulo H (“Atendimento Médico”) foi uma versão resumida e validada do PCAT para a população adulta, um clássico questionário em escala Likert que utiliza os atributos essenciais e derivados da APS como base teórica para avaliação dos serviços. Neste estudo, foram examinados os resultados das 30 questões do Módulo H, as quais foram aplicadas apenas a moradores adultos aleatoriamente selecionados e que foram atendidos na unidade primária nos seis meses precedentes à entrevista, além de atender a outros critérios. Na PNS-2019, a APS foi indicada como principal referência para os brasileiros que buscaram atendimento no período, porém a avaliação dos serviços quanto à orientação para os atributos foi baixa. Em parte, a generalização dos resultados ficou prejudicada pela reduzida amostra selecionada para responder ao PCAT – insuficiente para a desagregação dos dados ao nível de capitais de estado, como planejado. Além disso, a versão reduzida do PCAT fornece como resultado apenas uma pontuação geral para a APS, não permitindo a verificação do desempenho individual de cada atributo, informação essencial para o planejamento e gestão do setor. Como reafirmado na PNS-2019, a APS desempenha uma função de destaque no Sistema Único de Saúde. Neste sentido, a incorporação do PCAT à pesquisa acompanha a demanda por dados robustos que fomentem a melhoria da qualidade dos serviços e orientem a formulação de políticas públicas. É fundamental que a próxima PNS aprimore o seu questionário e incorpore a versão extensa para adultos do PCAT, além de aumentar o período de referência utilizado na seleção da amostra para doze meses.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; avaliação em saúde; estudos populacionais em saúde pública; inquéritos epidemiológicos; qualidade da assistência em saúde.

ABSTRACT

MEIRA-SILVA, Vinicius Siqueira Tavares. **Pesquisa Nacional de Saúde e o uso do instrumento Primary Care Assessment Tool no Brasil**. Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The Primary Care Assessment Tool (PCAT) was incorporated in the Brazilian National Health Survey (PNS) questionnaire in 2019. It denoted an unprecedented acquisition for primary health care (PHC) services evaluation in Brazil. The PNS is carried out by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) as part of the Household Surveys Integrated System (SIPD). Census-designated places from across the country are used as primary units for the survey three-stage cluster sampling plan. A validated short version of the PCAT for adult population, a traditional Likert scale questionnaire for services assessment, was included in Module H (“Medical Care”). PCAT’s theoretical basis are the essential and derivative attributes of PHC. In this study, the results of the 30 questions of Module H were examined. They were applied only to randomly selected adult residents who were attended at the primary care unit in the six months before the interview, in addition to meeting other criteria. In the PNS-2019, PHC was indicated as the main reference for Brazilians who sought care in the period, but the evaluation of the services regarding the orientation to the attributes was low. In part, the generalization of the results was hampered by the small sample selected to respond to the PCAT – not enough to disaggregate the data at the level of state capitals, as planned. In addition, the short version of the PCAT results in only a general score for PHC, not allowing the verification of the individual performance of each attribute, an essential information for planning and management in the sector. As reaffirmed in the PNS-2019, PHC plays a prominent role in the national Unified Health System. In this sense, the incorporation of the PCAT into the survey goes along with the demand for robust data to foster the quality improvement of services and to guide the public policies formulation. It is key that the next PNS improves its questionnaire and incorporates the extended version for adults of the PCAT, in addition to increasing the reference period used in the selection of the sample to twelve months.

Keywords: health evaluation; health surveys; population studies in public health; primary health care; quality indicators, health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Da atenção médica primária para a atenção primária à saúde	16
Quadro 2	– Medição dos atributos da Atenção Primária	30
Figura 1	– Mapa conceitual	38
Quadro 3	– Evolução do questionário do módulo “utilização de serviços” da PNAD e PNS de 1998 a 2019	43
Figura 2	– Construção da amostra final do Módulo H após critérios de seleção	56
Figura 3	– Estimativa de construção da amostra final do novo Módulo J após critérios de seleção	63
Quadro 4	– Quadro comparativo dos Módulos J (“Utilização de serviços de saúde”) e H (“Atendimento médico”) da PNS-2019 com a proposta do novo Módulo J	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Características sociodemográficas selecionadas dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	47
Tabela 2	– Cadastramento em unidade de APS e visitas de ACS ou membro da eSF e de AE para usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	48
Tabela 3	– Características socioeconômicas selecionadas dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	49
Tabela 4	– Posse de plano de saúde médico e avaliação do estado de saúde dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	49
Tabela 5	– Relato de diagnósticos de condições selecionadas em usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	50
Tabela 6	– Condições de habitação de usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	51
Tabela 7	– Escore geral da APS no Brasil, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	53
Tabela 8	– Proporção de pessoas que costumavam procurar o mesmo local, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde, no Brasil e regiões, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o local de procura por atendimento, em 2019	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	atenção primária à saúde
AB	atenção básica
ACE	agente de combate a endemias
ACS	agente comunitário de saúde
AMS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DMC	dispositivo móvel de coleta
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de saúde da família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAPS	internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde
IOM	<i>Institutes of Medicine</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações sobre Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	unidade primária de amostragem

SUMÁRIO

1 ATENÇÃO PRIMÁRIA: DEFINIÇÕES E ATRIBUTOS.....	12
1.1 Definições.....	12
1.1.1 Atenção Primária.....	12
1.1.2 Atenção Primária à Saúde.....	14
1.1.3 Correlacionando os termos.....	15
1.1.4 Atenção Básica e Saúde da Família.....	16
1.2 Atributos.....	17
1.2.1 Acesso de primeiro contato.....	18
1.2.2 Longitudinalidade.....	18
1.2.3 Integralidade ou abrangência.....	19
1.2.4 Coordenação do cuidado.....	20
1.2.5 Orientação familiar.....	21
1.2.6 Orientação comunitária.....	21
1.2.7 Competência cultural.....	21
2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	23
2.1 Caracterização da pesquisa de avaliação em saúde.....	23
2.1.1 Nível e objeto.....	24
2.1.2 Atributos e características.....	24
2.1.3 Indicadores.....	25
2.2 Tipologia.....	26
3 AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	28
3.1 Avaliação dos atributos.....	28
4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	32
4.1 Sistemas de informação em saúde.....	32
4.2 Inquéritos populacionais em saúde.....	32
4.3 Instrumentos de avaliação da APS.....	33
5 A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	36
5.1 Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS-2019).....	36

5.2 Avaliação da APS na PNS-2019.....	37
6 OBJETIVOS.....	39
6.1 Geral.....	39
6.2 Específicos.....	39
7 MATERIAL E MÉTODOS.....	40
7.1 PNS-2019.....	40
7.1.1 Abrangência, população-alvo e plano de amostragem.....	40
7.1.2 Coleta de dados.....	40
7.1.3 Módulo H (“Atendimento Médico”).....	41
7.1.4 Módulo J (“Utilização de Serviços de Saúde”).....	42
7.2 Aspectos éticos.....	42
8 PNS-2019: PERFIL DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	47
9 PNS-2019: ESCORE GERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	52
9.1 Análise comparativa.....	54
9.2 Módulo H: incorporação do PCAT.....	55
9.3 Módulo H: seleção da subamostra.....	56
10 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	58
10.1 Módulo J: uma proposta de modernização.....	60
11 DISCUSSÃO.....	66
12 CONCLUSÃO.....	69
13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	83

1 ATENÇÃO PRIMÁRIA: DEFINIÇÕES E ATRIBUTOS

1.1 Definições

Os termos “atenção primária” e “atenção primária à saúde” são frequentemente utilizados como sinônimos. Dependendo do contexto, são empregados com sentidos diferentes, embora complementares. Seus conceitos foram construídos ao longo do tempo e de maneira dispersa, adequando-se aos objetivos e ideologias dos autores ao desenvolvê-los. Há definições mais populares para ambos, embora sejam encontradas várias formulações que os sintetizam de modos distintos.

1.1.1 Atenção Primária

A caracterização de uma unidade da rede de saúde como “primária” foi introduzida pelo Relatório Dawson (1920), documento encomendado pelo Ministério da Saúde inglês, que propunha um esquema hierárquico para a organização dos serviços de saúde em uma região determinada. O primeiro nível de atenção, que deveria funcionar como porta de entrada do usuário para o sistema, seria desempenhado nos “Centros de Saúde Primários” (*Primary Health Centres*), operados por médicos generalistas (*general practitioners*).

Um estudo clássico, “A Ecologia do Cuidado Médico” (WHITE et al, 1961), consolidou a importância de uma “atenção primária”, embora não empregue este termo exatamente, ao demonstrar a distribuição da população pelos diferentes níveis de cuidado, evidenciando que esta modalidade é buscada por uma quantidade significativamente maior das pessoas, em comparação com os outros níveis de atenção.

Posteriormente, o Relatório Millis (MILLIS, 1966), um estudo que analisou os problemas da graduação em Medicina nos Estados Unidos, propôs o título de “médico primário” (*primary physician*) para os médicos generalistas que estavam em escassez desde a reforma curricular que priorizou o estudo das ciências biológicas e o ambiente hospitalar como cenário de prática, conduzindo para a formação majoritária de profissionais cada vez mais especializados, em contraposição aos generalistas, propensos a adotar uma atuação mais abrangente, relações mais duradouras e uma visão integral da pessoa.

Alpert et al (1974), preocupados em fomentar a formação de médicos de família nos EUA, tentaram delimitar um campo de atuação para a atenção primária, propondo alguns pontos fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, abrangência e coordenação.

Uma outra apresentação para o conceito de atenção primária foi proposta a partir de um painel de especialistas, usuários e profissionais da Saúde Pública e do Serviço Social, que resultou na seguinte formulação:

A atenção primária oferece serviços básicos, inclusive de emergência, a partir de uma abordagem holística. Fornece um manejo contínuo e exerce a coordenação de todos os serviços de cuidados médicos com a retenção ou derivação apropriada para os outros níveis. Dá ênfase, quando possível, à finalidade preventiva do espectro preventivo-curativo do cuidado. Seus serviços são disponibilizados de forma equitativa, de maneira digna, personalizada e cuidadosa (PARKER et al, 1978, p. 428).

Algumas das definições mais populares de “atenção primária” foram elaboradas pelo antigo *Institute of Medicine* (IOM), hoje, Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos. A entidade tentou produzir um conceito de “atenção primária” a partir do consenso das opiniões colhidas com várias partes interessadas. O resultado pôde ser sintetizado na proposição de alguns atributos essenciais para a “atenção primária”: acessibilidade, abrangência, coordenação, continuidade e responsabilização (*accountability*) (IOM, 1978). A definição foi ampliada alguns anos mais tarde (DONALDSON et al, 1994) para incorporar o paciente, a família, a comunidade e a integração com a rede de assistência, embora não deixe explícita sua função de porta de entrada, ficando assim formulada:

Atenção primária oferece serviços de saúde integrados e acessíveis, através de clínicos comprometidos em atender a grande maioria das necessidades de cuidados em saúde da pessoa, desenvolvendo uma parceria continuada com seus pacientes e considerando o contexto familiar e comunitário (DONALDSON et al, 1994, p. 15).

Além desta definição, os mesmos autores apresentam algumas conclusões, como a de que a “atenção primária” deve ser o fundamento lógico de um sistema de saúde eficiente, dada sua capacidade de abordar a maior parte dos problemas das pessoas, deve fornecer assistência de alta qualidade, satisfatória para os usuários e eficiente no uso de recursos, deve promover interações de confiança e parceria entre profissional e paciente, deve dar forte ênfase à promoção de saúde e prevenção de doenças e ao cuidado dos doentes crônicos e idosos com múltiplas morbidades.

A Associação Médica Canadense (*Canadian Medical Association*) incluiu, ainda, dimensões como prevenção e promoção de saúde, além de intervenções familiares e comunitárias, como atribuições da atenção primária (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994).

1.1.2 Atenção Primária à Saúde

O conceito clássico de “atenção primária à saúde” foi estabelecido em 1978 na Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada por organizações das Nações Unidas. Naquele contexto, muitos sistemas de saúde estavam totalmente orientados para a doença (modelo biomédico) e extremamente dependentes de tecnologias, apresentando custos cada vez mais altos, incompatíveis com os parcos benefícios experimentados pela população. A alternativa proposta pela cúpula foi fortalecer a APS e atribuí-la uma função primordial na organização dos sistemas, a fim de superar algumas dessas inadequações (RAWAF et al, 2008; HONE et al, 2018).

Neste contexto, na Declaração de Alma-Ata é conferida uma definição muito abrangente para a APS, incluindo componentes da “atenção primária”, mas ampliando seu sentido ao vinculá-la a uma série de outros compromissos, como educação em saúde, promoção de nutrição adequada e garantia de alimentação, acesso a água de qualidade e a saneamento básico, cuidados materno-infantis e planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Deve estar integrada ao sistema de saúde, buscando garantir acessibilidade e cobertura universal e equitativa, sem perder de vista os determinantes sociais, e tendo como pressupostos a participação comunitária, o trabalho intersetorial e o uso racional dos recursos (OMS, 1978).

A definição abrangente de Alma-Ata, reunindo aspectos relacionados à assistência com outros tipicamente atribuídos a outros setores, gerou múltiplas interpretações e foi duramente criticada em algumas publicações (NAVARRO, 1984). Entre os países desenvolvidos, que já haviam superado muitas das questões levantadas como metas, os recursos acabaram por ser destinados a outros níveis de atenção (GREEN et al, 2003). Outro impedimento ao fortalecimento da APS foram as medidas de austeridade econômica aplicadas com a expansão do neoliberalismo (CUETO, 2015).

Algumas entidades, como a Fundação Rockefeller, sugeriram um plano alternativo e provisório para os países mais pobres, considerando a meta de Alma-Ata inatingível. A estratégia consistia em selecionar apenas alguns problemas de saúde para receber intervenção. De maneira simplificada, atuar apenas sobre as condições associadas a altas mortalidade e morbidade e cujo tratamento e prevenção envolvessem tecnologias de baixo custo (WALSH et al, 1979). Esta modalidade ficou conhecida como “APS seletiva” e divergia da ideia original em inúmeros aspectos, a começar pelo objetivo estritamente baseado no provimento de

tecnologia e intervenção médica, negligenciando o processo de desenvolvimento local preconizado em Alma-Ata como modo de produzir saúde e bem-estar (RIFKIN et al, 1986).

1.1.3 Correlacionando os termos

Entende-se, portanto, apesar das diferentes definições propostas ao longo do desenvolvimento dos cuidados primários em saúde, que elas guardam semelhanças entre si, de modo que há muitos elementos que se repetem nas tentativas de dar significado aos termos.

De modo geral, a “atenção primária” é representada pelos serviços de saúde que estão mais próximos da população e promovem e coordenam seu acesso ao sistema da maneira mais facilitada possível. Caracteriza-se pela abrangência de atuação de seus profissionais, com formação generalista, pelo cuidado continuado e pela compreensão do indivíduo como um todo, inserido em um contexto familiar, cultural e social.

A “atenção primária”, portanto, sendo o primeiro nível de assistência e portadora de uma compreensão ampliada de saúde, que leva em conta os determinantes sociais e ambientais e não se restringe à dimensão biomédica, está comprometida com os princípios estabelecidos para a “atenção primária à saúde”, em Alma-Ata, executando um papel fundamental para que sejam alcançadas as metas da Conferência (AWOFESO, 2004). Porém, também devem ser considerados outros eixos para a conquista da “Saúde para Todos”¹, que dependem de processos políticos e institucionais de reforço dos sistemas de proteção social e da disponibilização de recursos humanos e econômicos suficientes para possibilitar esta mudança (OPAS, 2019).

Com o propósito de estimular as escolas médicas a incorporar o conceito de APS em substituição à atenção “médica” primária e entendendo que a definição de Alma-Ata não era suficientemente concreta para motivar as modificações curriculares, Vuori (1985) tentou dissecar o conceito de APS em quatro eixos, a fim de alcançar seu objetivo sem abandonar os princípios da Conferência. O autor propôs que a APS deveria ser entendida como: (1) cenário de muitas práticas (educação em saúde, apoio à nutrição e ao acesso a água e saneamento, cuidados materno-infantis, imunizações, prevenção de doenças etc.); (2) um nível de cuidado

¹ A Assembleia Mundial de Saúde de 1977 lançou a estratégia “Saúde para Todos até o Ano 2000” (*Health for All by the Year 2000*), um movimento de estímulo aos governos para garantir condições de saúde a fim de que toda a população pudesse ter “uma vida social e economicamente produtiva”. O objetivo era garantir acesso universal à atenção primária para todo cidadão nas décadas seguintes (MAHLER, 2016). A meta já era considerada ambiciosa desde o início e não foi atingida na data prevista, porém ajudou a consolidar a ideia de acesso à saúde como direito humano (HONE et al, 2018). Em 2018, a OMS realizou a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde na cidade de Astana, no Cazaquistão. A Declaração de Astana reafirmou os compromissos de Alma-Ata, inclusive o de alcançar a cobertura universal de saúde até 2030, sobretudo a partir da expansão e do fortalecimento da APS no mundo (OMS, 2018).

do sistema de saúde (o primeiro contato); (3) uma estratégia de reorientação do sistema de saúde; e (4) uma filosofia, compromissada com justiça e equidade sociais, responsabilização, solidariedade internacional e um conceito ampliado de saúde. Ele apresentou um diagrama para sintetizar a proposta de transição (QUADRO 1).

Quadro 1 – Da atenção médica primária para a atenção primária à saúde

FOCO	
<i>De</i> Doença Cura	<i>Para</i> Saúde Prevenção e cuidado
CONTEÚDOS	
<i>De</i> Tratamento Cuidado episódico Problemas específicos	<i>Para</i> Promoção de saúde Cuidado continuado Cuidado abrangente
ORGANIZAÇÃO	
<i>De</i> Especialistas Médicos Prática individual	<i>Para</i> Médicos generalistas Outros grupos Equipe
RESPONSABILIDADE	
<i>De</i> Setor saúde isolado Dominação profissional Recepção passiva	<i>Para</i> Colaboração intersetorial Participação comunitária Autorresponsabilidade

Fonte: Adaptado de Vuori (1985).

Os termos são frequentemente aplicados como sinônimos, embora exista uma distinção entre os significados de “atenção primária” e “atenção primária à saúde”, estando a primeira mais atrelada ao *locus* de assistência de primeiro contato e a segunda a uma compreensão ampla que extrapola o nível de cuidado para incorporar a abordagem de questões locais, determinantes de saúde e doença e oferta de serviços. Isto é ainda mais comum nos países em desenvolvimento, em que a atenção primária exerce um papel que não se limita a ser o primeiro nível de cuidado, mas peça-chave na organização do sistema.

1.1.4 Atenção Básica e Saúde da Família

Com o título “atenção básica à saúde” (AB), o movimento sanitário brasileiro adotou uma terminologia própria, em contraposição àquela já difundida pelo mundo. Assim, tentava se diferenciar ideologicamente do conceito de “atenção primária”, que considerava reducionista.

A AB também preconiza a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, estratégia de cidadania e redução de iniquidades, mas se distinguiria da “atenção primária à saúde” de Alma-Ata, por se tratar de um “projeto tecnopolítico que mobilizou, e ainda mobiliza, que encantou e ainda encanta, trabalhadores, militantes, gestores, conselheiros de saúde e tantos outros atores sociais no país” (CECÍLIO et al, 2018, p. 4).

O Programa Saúde da Família (PSF), implementado em 1994, tornou-se o modelo prioritário de organização dos serviços de cuidados básicos em saúde no Brasil. Compartilhava, por conseguinte, muitos princípios e ideias com APS/AB, como a responsabilização, criação de vínculo, compreensão ampliada do processo saúde-doença e porta de entrada e de integração com o restante do sistema, proposto para substituir o modelo hegemônico de oferta de cuidados (BRASIL, 1997). Convertido em Estratégia Saúde da Família (ESF), passou a ser um elemento estruturante no reordenamento deste nível de atenção.

Apesar do apreço de alguns autores por uma ou por outra nomenclatura, na prática, demonstrou-se que os termos APS, AB e PSF/ESF têm sido utilizados como sinônimos em publicações brasileiras, indicando uma inconsistência teórico-conceitual, uma tendência à convergência entre eles, mas, principalmente, uma disputa superada (GIL, 2006; MELLO et al, 2009; PORTELA, 2017). Por fim, o título APS é o que se alinha com a literatura internacional e a experiência dos sistemas universais (GIOVANELLA, 2018).

1.2 Atributos

O principal referencial teórico para a discussão dos atributos da atenção primária está contido no trabalho de Barbara Starfield (1932-2011), pediatra e pesquisadora, vinculada à Universidade Johns Hopkins, que dedicou boa parte de sua vida ao estudo e divulgação da atenção primária. Diante de uma grande indefinição quanto ao conceito do tema e preocupada em formular uma base teórica que pudesse ser útil para a pesquisa, a implantação e o desenvolvimento da atenção primária pelo mundo, Starfield foi a principal responsável pela estruturação do conhecimento acumulado até então. Em sua produção, estabeleceu alguns atributos para a atenção primária e cuidou de discutir em minúcias cada uma dessas características específicas do modelo.

Os atributos elencados por Starfield (2002) sintetizam as principais funções da atenção primária no contexto dos serviços do sistema de saúde e tentam escapar das definições por demais genéricas que não são eficazes em estabelecer padrões para a avaliação e melhoria da qualidade da assistência. Foram agrupados em quatro atributos essenciais (acesso de primeiro

contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado) e três derivados (orientação familiar, orientação comunitária, competência cultural), os quais discutiremos em detalhes a seguir.

1.2.1 Acesso de primeiro contato

A função de possibilitar o acesso do indivíduo ao sistema de saúde, consistindo no primeiro nível de atenção dentro de um sistema hierárquico, resume uma das características da atenção primária: a de funcionar como “porta de entrada” ou “primeiro contato” do usuário com a rede. O acesso requer a disponibilidade física do serviço de saúde, profissionais e equipamentos, que possam ser utilizados pelo usuário (TRAVASSOS et al, 2012).

Este caráter singular da atenção primária, o de constituir a primeira referência para o indivíduo que busca atenção, exige uma organização dos serviços para oferecer o acesso mais amplo possível para sua população, idealmente universal e independente do seu grau de necessidade (MENDES, 2016).

Há uma série de barreiras que podem dificultar o acesso do cidadão ao serviço, em outras palavras, reduzir sua “acessibilidade”. Estas podem ser de caráter geográfico, relacionadas à localização física da unidade, que deve estar preferencialmente próxima de sua população. Também influenciam a faixa de horários e dias disponíveis para atendimento, a receptividade para demandas espontâneas, a cobrança de taxas, as diferenças culturais, entre outras.

A atenção primária pode encerrar em si própria a demanda do indivíduo que busca assistência ou pode servir, ainda, como sua porta de entrada para outros níveis de atenção, nos casos que necessitem de alguma abordagem especializada. Esta função de filtro desempenhada pelos médicos de família, mostra-se mais econômica para os sistemas (STARFIELD, 2002).

1.2.2 Longitudinalidade

Outra característica essencial da atenção primária e que a diferencia dos outros níveis de cuidado é a construção de uma relação de longo prazo entre a pessoa e a unidade de saúde, o que se chamou “longitudinalidade”. O termo “continuidade” pode ser empregado com significado semelhante, porém Starfield (2002) pondera que esta não é exclusividade da atenção primária e a descreve, basicamente, como a frequência em que o indivíduo recebe atendimento pelo mesmo profissional ou no mesmo local.

Saultz (2003) reconhece três dimensões deste atributo a partir de uma aprofundada revisão da literatura acerca do conceito: (1) informacional, (2) longitudinal e (3) interpessoal. O autor descreve a importância de haver uma coleção organizada das informações médicas e sociais do cidadão, acessível a todos os profissionais envolvidos no cuidado. Em seguida, sustenta a existência de um lugar de referência que seja acessível e represente o principal ambiente de assistência em saúde para o sujeito. Por fim, afirma a necessidade de se estabelecer uma relação entre o paciente e seu médico pessoal, que seja baseada na confiança e na responsabilização e que esteja assegurada mesmo em sua ausência.

Este atributo fortalece o papel do serviço como local de primeiro contato, além de possibilitar uma visão integral da pessoa, a partir da relação duradoura, dos encontros múltiplos e em contextos distintos, e a função de coordenação do cuidado. Tem sido reconhecido por melhorar alguns resultados em saúde (MAESENEER et al, 2003; FAN et al, 2005; GRAY et al, 2018).

1.2.3 Integralidade ou abrangência

A obra de Starfield, que nos tem servido como referencial teórico para a descrição dos atributos da atenção primária, emprega o termo “comprehensiveness”, na sua versão original em inglês (STARFIELD, 1998) para se referir ao terceiro atributo essencial. Em sua tradução para o português, adotou-se uma nomenclatura pouco específica: “integralidade” (STARFIELD, 2002). Seguimos adiante com uma discussão pormenorizada acerca da polissemia deste conceito.

A descrição de Starfield (1998) determina que o atributo está intrinsecamente relacionado ao completo reconhecimento das “necessidades em saúde” das pessoas e à capacidade de lidar com todas elas. Isto significa que os serviços devem estar preparados para resolver a maior parte das demandas mais comuns da sua população, numa perspectiva curativa ou preventiva, e, quando não for possível, providenciar que assistência específica seja fornecida em outro nível da rede. A atenção primária também está comprometida com a oferta de cuidados em domicílio e com os esforços pela busca ativa, como parte da sua atuação de longo alcance.

A tradução literal de “comprehensiveness” para o português seria “abrangência”, o que parece contemplar inteiramente a definição que é apresentada no texto original. Porém, o emprego da palavra “integralidade” na tradução brasileira conflita com os outros usos que já estavam em curso no país, como no ideário do movimento sanitário (MATTOS, 2006).

Ao tomar como elemento norteador o conceito de necessidades de saúde, central nas intervenções e práticas de cuidado, em sua reflexão sobre a “integralidade”, Cecílio (2006) propõe uma definição ampliada do princípio, vinculando-o à tríade universalidade, integralidade e equidade numa dimensão utópica:

Podemos trabalhar com a idéia de que há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia no modo de andar a vida. A busca da integralidade, se levada às últimas conseqüências, revelaria as diferentes iniquidades vividas por cada um que busca os serviços de saúde. Da mesma forma, a integralidade seria impensável sem a garantia de universalidade do acesso. Recompõe-se assim o signo: universalidade, equidade e integralidade. Signo produzido pela Reforma Sanitária brasileira que fala de uma utopia, no limite “projeto irrealizável; quimera; fantasia” (AURÉLIO, 2000) por tudo que está em jogo: *a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las* (CECÍLIO, 2006, p. 128-129).

A campanha aguerrida do movimento sanitário conquista a inscrição, no texto da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), do “atendimento integral” como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a primazia das atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais. A lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) ou “Lei orgânica do SUS” assinala a “integralidade” como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de orientação preventiva e curativa, individual e coletiva, referindo-se a todos os níveis de complexidade.

A definição de Starfield, por sua vez, traz a objetividade necessária para o termo, uma vez que se propõe a conceituar de modo específico e bem delimitado uma das atribuições da atenção primária, focalizando seu cenário de práticas em saúde. Porém, não anula, de modo algum, a relevância das perspectivas ampliadas, sobretudo para a orientação de políticas públicas de saúde que não se restrinjam à dimensão tecnocrática e levem em conta a complexidade do processo saúde-doença e dos sistemas de saúde.

1.2.4 Coordenação do cuidado

O quarto atributo essencial integra-se a todos os outros. A “coordenação” é uma função importante dos serviços e está relacionada ao compromisso primordial do profissional da atenção primária com o paciente (FREEMAN, 2018). É esperado que os responsáveis pelo cuidado estejam cientes de todos os problemas concernentes à saúde da pessoa e que sejam

capazes de referenciar aqueles que necessitam de assistência em outros níveis de atenção por qualquer motivo pertinente, a partir de seu julgamento.

A atenção primária exerce um papel de moderadora ao longo do percurso do paciente por outros especialistas e, idealmente, detém a dominância sobre a tomada de decisões, esperando do especialista apenas que responda às suas solicitações, que devem subsidiar a definição de um plano em conjunto com o paciente. Em alguns casos, esta referência resultará em um manejo continuado do especialista, exigindo um diálogo contínuo entre os dois níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

O papel central desempenhado pelo profissional da atenção primária no controle do acesso aos outros níveis (*gatekeeper*) é complementado pela sua função de coordenação durante este percurso, o que tende a fortalecer a continuidade do cuidado, desde que haja efetividade na interação e comunicação entre os serviços (CALMAN, 2007).

1.2.5 Orientação familiar

O primeiro atributo derivado da atenção primária, segundo Starfield (2002), é a “orientação familiar” ou “centralidade na família”. Entende-se família como “qualquer grupo de pessoas relacionadas biológica, emocional ou legalmente” (MCDANIEL, 2005).

A “orientação familiar” engloba tanto a consideração do contexto familiar ao lidar com os problemas de saúde do sujeito, quanto o conhecimento dos demais membros da família, o que possibilita a identificação de padrões de doença na família.

1.2.6 Orientação comunitária

A “orientação comunitária” ou “orientação para a comunidade” compõe um atributo derivado da atenção primária que se resume à consideração do contexto social no reconhecimento das necessidades de saúde da pessoa (STARFIELD, 2002). Desta maneira, o serviço de atenção primária deve estar a par dos dados clínico-epidemiológicos de sua área de atuação, bem como dos recursos nela disponíveis (ABRAMSON et al, 1983).

1.2.7 Competência cultural

São encontradas algumas definições para “competência cultural” na literatura. Este atributo pode ser resumido à “habilidade de um sistema de saúde em prover cuidado para pacientes com

valores, crenças e comportamentos diversificados e de se adaptar às suas necessidades sociais, culturais e linguísticas” (BETANCOURT et al, 2002) ou ao “conjunto de comportamentos, atitudes e políticas que permitem a um sistema, agente ou indivíduo atuar efetivamente em um contexto ou situação transcultural” (CROSS et al, 1989).

2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Apesar de consistir em uma atividade rotineira dos seres humanos, a avaliação, enquanto ferramenta capaz de ampliar o conhecimento sobre as coisas e permitir a tomada de decisões com embasamento racional, começa a se estruturar de maneira sistemática apenas por volta do início do século XIX.

Neste mesmo período, surgem os estudos epidemiológicos, que inauguram a análise quantitativa com base probabilística de eventos em saúde. A Epidemiologia, em sua primeira fase, recolhia os dados individuais registrados pela clínica para produzir medidas de dimensão coletiva, como mortalidade, morbidade e presença de fatores de risco (GORDIS, 2017).

No próximo século, surgem abordagens cada vez mais sofisticadas de avaliação em saúde, introduzindo novas técnicas, além de conhecimentos das ciências sociais, o que amplia a sua versatilidade ao incluir a dimensão qualitativa às já estabelecidas metodologias quantitativas para a avaliação. Também são incorporados métodos e funções que possibilitam ao avaliador a emissão de um julgamento do objeto. Aos gestores interessa muito a produção deste tipo de pesquisa para a orientação das políticas públicas, de modo que começam a ser institucionalizadas e são criadas agências governamentais dedicadas ao tema (DUBOIS, 2011).

Apesar da evolução dos métodos de avaliação, na década de 1990, são difundidas metodologias de pesquisa participativas, isto é, que integram ativamente os atores envolvidos em todo o processo de construção da avaliação, destituindo o especialista como único pesquisador. A técnica busca o interesse prático e a emancipação da comunidade, questionando a supremacia do julgamento dos métodos experimentais, entendidos como portadores de uma objetividade demasiado simplificadora em face de situações complexas (ISRAEL, 1998).

2.1 Caracterização da pesquisa de avaliação em saúde

Considerando a complexidade do campo da saúde, a necessidade de controlar o crescimento dos gastos e, ao mesmo tempo, de garantir acesso equitativo a serviços de qualidade, a avaliação em saúde constitui uma ferramenta relevante no processo de tomada de decisões. Entretanto, não existe uma uniformidade terminológica sobre sua definição, a qual pode estar associada a diversos modelos e conceitos, muitas vezes divergentes.

Champagne et al. (2011, p. 51) atribuem à avaliação a finalidade fundamental de “contribuir para o avanço dos conhecimentos empíricos e teóricos sobre a intervenção, assim como para a

construção e validação de normas” e propõem a seguinte definição, valendo-se da ideia de “juízo de valor” para compô-la:

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. (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 44)

Este conceito determina um caráter “operacional” à avaliação, ao fundamentá-la na aplicação de um método científico a fim de medir objetivamente o “valor” de alguma coisa. Porém, a própria ideia de “valor” carrega para o processo de avaliação uma subjetividade que lhe é intrínseca, pressupondo a existência de princípios, prioridades, necessidades, demandas e objetivos em sua origem. Entretanto, prepondera a dimensão “operacional” da avaliação, enquanto campo do conhecimento na saúde (FONSECA et al, 2014).

Em se tratando de um processo que pode se realizar em múltiplos contextos e atender a diversas funções e objetivos, toda avaliação exige uma sistematização particular para a escolha da estratégia de abordagem mais adequada, iniciando pela determinação do objeto e do nível em que se dará a avaliação. Em seguida, estabelecem-se os atributos ou características que se deseja aferir, assim como os indicadores que mais se aproximam da informação desejada.

2.1.1 Nível e objeto

Assim, é importante definir o nível e o objeto da avaliação, que na saúde podem corresponder, por exemplo, a ações individuais, a serviços específicos, a estabelecimentos de saúde ou ao próprio sistema de saúde (SILVA, 2005). Também podem configurar objeto de avaliação políticas, programas e projetos de saúde implementados, em geral, para análise de seu impacto, dado que tem interessado à administração pública desde a popularização da ideia de uma “gestão orientada por resultados” (PAULO, 2016; SERRA, 2007).

2.1.2 Atributos e características

A definição dos atributos ou características a serem avaliados também é indispensável para a escolha da metodologia a ser adotada. Eles podem estar relacionados a múltiplas dimensões

da intervenção em análise. Por exemplo, o propósito de um estudo pode ser avaliar a disponibilidade de um recurso, bem como seus efeitos, custo e produtividade, qualidade técnico-científica, adequação aos seus objetivos, além de uma série de outras características (SILVA, 2005).

Enquanto campo de estudo, a avaliação de qualidade dos cuidados em saúde se consolidou a partir da década de 1960 e teve como um de seus principais expoentes o médico libanês radicado nos Estados Unidos, Avedis Donabedian (1919-2000), que estabeleceu no artigo seminal, “*Evaluating the Quality of Medical Care*”² (DONABEDIAN, 2005) os sete pilares da qualidade em Medicina (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), a partir dos quais propõe um modelo clássico de avaliação em três elementos: “Estrutura”, “Processo” e “Resultado”.

O modelo de Donabedian se destinava a avaliar exclusivamente a qualidade da assistência no nível da interação médico-paciente, não levando em conta outros aspectos implicados no desempenho dos serviços de saúde, embora tenha servido como base para diversificados processos de avaliação (NOVAES, 2000).

2.1.3 Indicadores

A avaliação de um programa em saúde costuma se basear em um conhecimento teórico que incorpora conceitos que o sustentam como solução – ainda que teórica – para uma questão. Para tanto, cria-se um modelo lógico que pretende racionalizar os resultados esperados de uma dada intervenção, os quais poderiam ser medidos objetivamente, a fim de determinar a contribuição do objeto sob análise para os resultados obtidos. Desta maneira, a associação dos resultados à intervenção se sustentaria em pressupostos teóricos plausíveis, a partir dos quais seriam definidas metas mensuráveis (MEDINA et al, 2005).

A literatura apresenta diversos modos de avaliação de programas em saúde. Em resumo, um que é fundamentado na medida dos seus efeitos esperados e outro que é expresso pela sua associação aos componentes do modelo lógico que buscam viabilizar seus resultados. A avaliação baseada em um modelo lógico é especialmente útil nas fases iniciais da

² “*Evaluating the Quality of Medical Care*” foi publicado na revista “*The Milbank Memorial Fund Quarterly*”, em julho de 1966. Considerado uma obra-prima da teoria e prática no campo da pesquisa em serviços de saúde, foi um dos artigos de Saúde Pública mais citados nos 50 anos subsequentes (AYANIAN et al, 2016). O mesmo periódico, atualmente intitulado “*The Milbank Quarterly*”, reimprimiu a versão original de 1966 numa publicação de 2005 (DONABEDIAN, 2005).

implementação de um programa, inclusive na APS, uma vez que é capaz de explicitar, precocemente, os elementos envolvidos no sucesso, ou não, do programa (ROWAN et al, 2000).

O desempenho do objeto analisado pretende ser estimado a partir do cálculo de indicadores representados por parâmetros definidos previamente. Em geral, estes indicadores têm caráter quantitativo ou qualitativo e são obtidos a partir de dados primários ou secundários. Para cada um dos elementos, devem ser escolhidos ou desenvolvidos um conjunto de indicadores específicos, isto é, capazes de sintetizar uma ou mais das diferentes dimensões daquilo que se pretende avaliar (TANAKA et al, 2004; REDE, 2008).

Amparando-nos no modelo de Donabedian em três elementos, podemos exemplificar indicadores de “Resultado”, como recuperação, restauração de funções, sobrevivência, morte etc. Estes são classicamente utilizados na avaliação da qualidade da prática médica. O autor propõe em seu modelo uma ampliação para outras dimensões relevantes do cuidado, identificando fatores adicionais relacionados à qualidade, os quais categorizou como “Estrutura” e “Processo”. Os elementos da “Estrutura” se refeririam às instalações, equipamentos, processos administrativos, modelo de organização institucional etc. Na perspectiva do “Processo”, seriam focalizados os valores, padrões e validações que medeiam a relação entre profissional-usuário na prestação do serviço.

Alguns critérios são desejáveis na adoção de um bom indicador. Um dos principais é a sua validade para aquilo que pretende medir, a qual pode ter um embasamento teórico ou consensual. Deve ser uma informação relevante e utilizar dados disponíveis em registros de boa qualidade. Espera-se, também, que ele seja adaptável a variações (MEDINA, 2005).

2.2 Tipologia

Como a avaliação consiste em uma ferramenta que pode ser aplicada para se alcançar múltiplos objetivos, a partir da análise de cenários igualmente diversos, existe uma série de tipos de avaliação. O avaliador definirá a modalidade mais adequada para o seu objetivo e que comporte os critérios planejados.

A avaliação tecnológica em saúde toma como elemento de análise uma tecnologia, seja ela um produto ou um processo, buscando produzir um conhecimento aprofundado do objeto que pode ser de natureza técnica, como segurança, ou econômica, relacionadas aos custos. Associa-se a outras áreas, como a engenharia biomédica, que realiza a avaliação de equipamentos e materiais incorporados aos serviços de saúde. O desenvolvimento de diretrizes clínicas

(*guidelines*) também pode ser incluído nesta categoria. Atualmente, tem sido executada por agências públicas, serviços de assessoria e em empresas do setor privado (NOVAES, 2000).

Por sua vez, a avaliação de programas em saúde se dedica a analisar modelos de organização das práticas em saúde que buscam alcançar um objetivo específico, podendo, para isso, englobar atividades desenvolvidas por diversos componentes do sistema. Esta categoria abrange aspectos da avaliação tecnológica e de qualidade, além de incorporar análises conjunturais, a partir de abordagens sociológicas e políticas do contexto em que se insere o objeto. Dependendo da fase em que se encontra o programa em questão, podem ser consideradas avaliações estratégicas, de implantação e de resultados e impacto (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2020).

Outro tipo de avaliação, já mencionado anteriormente, é centrado na qualidade. Para Donabedian (1988), a qualidade não constitui um atributo abstrato e deve ser bem especificada em cada situação, uma vez que é o ponto de partida de todo o processo. O conceito de qualidade tem três dimensões: técnica, interpessoal e organizacional. A técnica diz respeito à aplicação do conhecimento e da tecnologia médica adequadamente. As relações sociais entre os provedores e usuários são avaliadas na perspectiva interpessoal da qualidade. Os elementos que dizem respeito às condições em que é provido o cuidado, situam-se na dimensão organizacional da qualidade (CHAMPAGNE et al, 2011). Esta categoria também engloba as pesquisas de satisfação dos usuários (ESPERIDIÃO et al, 2005).

Todo o desenvolvimento inicial da avaliação em saúde se deu no contexto hospitalar. Alguns exemplos clássicos desse período são: a proposta do “resultado final”, formulada pelo cirurgião americano Ernest Codman (1869-1940), que sugeria aos médicos o acompanhamento de seus pacientes após a alta para verificar e tornar públicos os resultados do tratamento instituído (DONABEDIAN, 1989) e o desenvolvimento da auditoria interna, que, baseada em critérios para a avaliação da atenção prestada, passou a fundamentar a acreditação dos hospitais pela *Joint Commission on the Accreditation of Hospitals* (ROBERTS et al, 1987).

3 AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

As definições de atenção primária e dos termos correlatos, como apresentado anteriormente, são variáveis e inespecíficas, o que dificulta a determinação das características que devem ser consideradas em um processo de avaliação: metas que sejam capazes de medir o seu desempenho, comparar com outros modelos e promover seu contínuo aperfeiçoamento.

Starfield (2002) se dedicou a propor uma estrutura teórica que pudesse servir de base para o estabelecimento de padrões indispensáveis para os processos de avaliação de desempenho da atenção primária. A partir de uma ampla revisão sobre a construção deste conceito, buscou identificar as suas características mais importantes. A autora recuperou o modelo clássico de Donabedian (1966) para avaliação, a fim de determinar os elementos relacionados à estrutura (capacidade) e ao processo (desempenho) desse sistema de serviços que pudessem ser mensurados para produzir uma avaliação.

A capacidade ou estrutura estariam relacionadas àquilo que o serviço é capaz de oferecer, na dependência de uma série de aspectos, como: pessoal, instalações e equipamentos, gerenciamento e comodidade, variedade de serviços ofertados, modelo de organização, mecanismos de garantia de continuidade e de acesso, financiamento, definição da população abrangida e aspectos do sistema de saúde.

O desempenho ou os processos de um sistema de serviços podem estar relacionados tanto ao profissional, quanto ao usuário, e se referem às ações empreendidas na prestação e no recebimento da assistência. Dos provedores, espera-se o reconhecimento de um problema ou necessidade, que pode resultar em um diagnóstico, terapia e reavaliação. A utilização dos serviços pelos usuários, isto é, a sua decisão individual por buscá-lo, também fala sobre desempenho.

A abordagem capacidade-desempenho para a avaliação da atenção primária, conforme postulado por Starfield, pode ser resumida em quatro elementos da estrutura (acessibilidade, variedade de serviços, definição de população eletiva e continuidade) e dois do processo (utilização e reconhecimento de um problema/necessidade), os quais serão utilizados para medir o potencial e o alcance de cada atributo.

3.1 Avaliação dos atributos

Na avaliação da atenção primária (QUADRO 2), o atributo “porta de entrada” para o sistema pode ser representado pela “acessibilidade”, um aspecto estrutural, e pela “utilização”,

um aspecto processual. São duas dimensões que devem ser mensuradas ao examinar o grau de orientação de um serviço de atenção primária para este atributo (STARFIELD, 2002). A “acessibilidade” pode ser inferida a partir da identificação de impedimentos ou dificuldades de qualquer ordem para alcançar a assistência. A “utilização”, por sua vez, é uma medida de acesso que é obtida pelo uso efetivo do serviço, porém está bem estabelecido que sofre influência de múltiplos fatores, não necessariamente a ela relacionados, portanto, tem limitações (TRAVASSOS et al, 2004).

O modelo clássico para a utilização de serviços de saúde foi desenvolvido por Andersen e Newman (1973) e propõe três características do indivíduo que podem influenciá-lo na utilização do sistema: (1) “fatores predisponentes”: precedem o surgimento do problema e se relacionam à predisposição de ele buscar um serviço; (2) “fatores capacitantes”: dizem sobre a disponibilidade de meios para realizar a busca; e (3) “necessidades de saúde”: condições de saúde notadas através da percepção subjetiva ou de um profissional. Em seguida, foram incluídos no modelo os determinantes contextuais: (1) fatores do sistema de saúde; e (2) da sociedade.

Na proposta de Penchansky e Thomas (1981), o “acesso” é entendido a partir de cinco dimensões: (1) disponibilidade: relativa ao tipo e volume dos serviços e recursos disponíveis e as necessidades da população; (2) acessibilidade: relativa à localização do serviço e da população; (3) comodidade: adequação da organização da oferta do serviço com as possibilidades dos usuários; (4) custo: relativo ao valor necessário para utilizar o serviço e à renda da pessoa ou seguro de saúde; e (5) aceitabilidade: relativa às atitudes e práticas pessoais do usuário e do prestador.

Um dos aspectos mais frequentes na avaliação da “longitudinalidade” é a capacidade de a população identificar o serviço como sua fonte habitual de atenção primária. Por outro lado, no nível da unidade, a existência de um cadastro dos pacientes também demonstra sua orientação para a longitudinalidade. A recorrência de consultas com o mesmo profissional também é um indicador utilizado nesse sentido. A qualidade da relação interpessoal com o médico/equipe, levando em conta satisfação e confiança da pessoa, pode ser representativa da extensão da longitudinalidade (STARFIELD, 2002).

A “integralidade”, como os outros atributos, pode ser medida a partir de uma perspectiva do sistema de saúde/populacional ou da unidade de saúde/individual. A variedade de serviços oferecidos, parte da estrutura, é um parâmetro comum na avaliação da integralidade e, em geral, é ditada por diretrizes externas e alvo de processos de auditoria. Três componentes ajudam a orientar a lista de competências de uma unidade de atenção primária: os

problemas/necessidades da população e dos pacientes, as ações necessárias para a abordagem desses problemas e o local em que devem ser realizados. A habilidade da equipe para lidar com as tarefas também é objeto de análise. A capacidade de reconhecer as necessidades da população (componente processual) também é uma variável a ser levada em conta. A frequência relativa de encaminhamentos para outros níveis de atenção e a variabilidade diagnóstica são outros fatores que expressam a integralidade (STARFIELD, 2002).

Quadro 2 – Medição dos atributos da Atenção Primária

Atributo	Tipo de informação necessária	Fonte(s) de informação
Atributos essenciais		
Atenção ao primeiro contato	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato	Projeto do programa Pesquisa Formulário de queixa, auditoria, entrevista
Longitudinalidade	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e de seu meio social Extensão e força da relação com os pacientes não importando o tipo de necessidade para a atenção	Registro de idade e sexo Auditoria de registros, entrevista Queixas, auditoria de registros, entrevista Entrevista, pesquisa
Integralidade	Espectro de problemas a serem tratados Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população Porcentagem de pessoas manejadas referenciadas sem encaminhamento	Projeto do programa Formulários de queixa, auditoria de prontuário, inclusive eletrônico Projeto do programa (por exemplo, consultas domiciliares), auditoria de registros, entrevista Sistemas de informações clínicas
Coordenação da atenção	Mecanismos para continuidade Reconhecimento de informações de consultas prévias Reconhecimento de informações para encaminhamentos, consultoria (ocorrência e resultados)	Projeto do programa (pessoal, registros) Auditoria do prontuário, inclusive eletrônico Projeto do programa, auditoria do prontuário, inclusive eletrônico
Atributos derivados		
Orientação familiar	Conhecimento dos membros da família Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família	Auditoria do prontuário, inclusive eletrônico, entrevista
Competência cultural	Providências para atender a necessidades especiais associada às características culturais Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais	Projeto do programa (administração) Levantamento
Orientação comunitária	Mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias Envolvimento comunitário na unidade	Conhecimento das estatísticas da unidade, entrevista Entrevista Projeto do programa

Fonte: Adaptado de Starfield (2002, p. 483).

Um apontamento essencial deve ser feito sobre os desafios à avaliação da “integralidade”. Não existe um consenso na definição das tarefas e condições que são da competência da atenção primária, havendo uma grande variabilidade entre os sistemas e serviços. Além disso, as necessidades da população servida são igualmente variáveis. A formação dos profissionais para a atenção primária também não é homogênea e não há uma concordância quanto às indicações de encaminhamento (O’MALLEY et al, 2015).

A continuidade é um elemento estrutural de avaliação da “coordenação do cuidado” (CHRISTAKIS et al, 2003) e esta pode ser representada pela manutenção do mesmo profissional ou equipe nos últimos eventos e, o que é peculiar a este atributo, pela existência de mecanismos de transferência de informação (canais de comunicação ou algum tipo de registro eletrônico ou escrito). A oportunidade de um indivíduo conseguir um atendimento com o mesmo profissional na sequência do encaminhamento e a adequação e acessibilidade dos prontuários eletrônicos complementam estas medidas. O desempenho do serviço em relação à “coordenação” é dado pelo processo de reconhecimento do problema ou da atenção recebida, valorizando o fornecimento de um sumário dos problemas ao paciente encaminhado, bem como a busca ativa dos profissionais por uma devolutiva (STARFIELD, 2002). A avaliação da “coordenação” é ainda incipiente, comparada aos outros atributos, e alvo de estudos para aprimorar a adequação e validação das variáveis (MCDONALD, 2014).

Os atributos derivados da atenção primária: “orientação familiar”, “orientação comunitária” e “competência cultural” também estão sujeitos à avaliação através de indicadores específicos. A medida da “orientação familiar” pode ser obtida a partir da revisão de prontuários ou entrevista individual, com enfoque no conhecimento de membros da família e de seus problemas de saúde. É possível mensurar a “orientação comunitária” pela compreensão dos mecanismos para alcance das necessidades da comunidade e a participação/envolvimento nas atividades comunitárias. As providências para a atenção às necessidades culturais específicas da população expressam a “competência cultural” da atenção primária (STARFIELD, 2002).

4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

4.1 Sistemas de informação em saúde

É a partir dos dados – representações do mundo real, isto é, medidas objetivas de um fato ou circunstância – que são construídas as “informações em saúde”. Estas se originam da reunião de dados a fim de gerar um conhecimento. Os “sistemas de informação” são aplicações que permitem a organização e gestão das informações, a partir da utilização de recursos tecnológicos das ciências da computação (CARVALHO, 2000).

As fontes primárias de dados, de modo geral, são os registros realizados no campo, pelos profissionais diretamente encarregados pelo cuidado. Os relatos obtidos através do prontuário eletrônico ou de fichas específicas, como as de notificação de agravos, por exemplo, que seguem um fluxo de validação, transcrição e transmissão para os sistemas de informação, onde serão processados, tabulados e disponibilizados para o público (REZENDE et al, 2020).

O Ministério da Saúde do Brasil mantém uma série de sistemas de informação em saúde. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e o Sistema de Informações sobre Atenção Básica (SIAB) reúnem informações sobre a produção dos serviços hospitalares e ambulatoriais. Para a vigilância epidemiológica e o monitoramento de situação de saúde da população, dispõe do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). O Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) agrega informações orçamentárias do sistema público. Os dados sobre capacidade física instalada, vínculos profissionais e disponibilização de serviços são encontrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que abrange tanto as unidades de saúde públicas, como as privadas. Os registros de administração de imunobiológicos, bem como seus efeitos adversos e população vacinada, são reunidos no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (REZENDE et al, 2020).

4.2 Inquéritos populacionais em saúde

Outras variáveis importantes para pesquisas de avaliação em saúde, como características sociodemográficas, econômicas, ambientais e, inclusive, relacionadas à saúde da população, podem ser encontradas nos resultados de outras investigações. Diferente dos sistemas de

informação em saúde, cujos dados são majoritariamente oriundos dos registros dos serviços e profissionais de saúde, os inquéritos domiciliares coletam dados diretamente do usuário através de questionários aplicados no seu local de moradia (VIACAVA, 2002).

No Brasil, uma rica fonte de informações sobre as condições de vida e saúde da população são os inquéritos populacionais. Em geral, tratam de pesquisas amostrais representativas da população brasileira, historicamente, desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Consistiram, durante um longo período, nas únicas fontes de dados sobre saúde em nível nacional.

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada pela primeira vez na década de 1970, pelo IBGE em convênio com o Ministério da Saúde, pode ser considerada o marco inicial da institucionalização da avaliação em saúde no país. Tratava-se de um inquérito nacional administrativo e censitário destinado a traçar o perfil dos serviços de saúde brasileiros, no que diz respeito à capacidade instalada, recursos humanos e equipamentos em saúde (OLIVEIRA, 1991).

Criada na década de 1960, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) investiga aspectos variados sobre a população e o domicílio. Desde 2012, foi transformada numa pesquisa contínua, visitando cerca de 200 mil domicílios brasileiros a cada três meses (BRASIL, 2019). Periodicamente, a PNAD ia a campo com um questionário temático sobre saúde, os chamados Suplementos Saúde, publicados nos anos de 1981, 1986, 1998, 2003 e 2008 (TRAVASSOS et al, 2008).

Mais recentemente, como um desdobramento dos Suplementos Saúde da PNAD, foi criada a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). A partir de uma parceria do IBGE com o Ministério da Saúde, sua primeira versão aconteceu em 2013 e, previa-se uma periodicidade de 5 anos. A PNS é o inquérito domiciliar de saúde mais completo já realizado no Brasil, fazendo parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) (PINTO et al, 2018). Em 2019, foi a campo a sua segunda versão, com a atualização de alguns módulos e a inclusão de outros.

4.3 Instrumentos de avaliação da APS

Uma série de autores têm proposto instrumentos para a avaliação da APS. Uma revisão recente da literatura (FRACOLLI et al, 2014) identificou cinco deles como os principais instrumentos validados de coleta de dados: *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET), *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP), *General Practice Assessment*

Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (aplicativo para atenção primária à saúde) e os *Primary Care Assessment Tools* (PCATs).

O PCET foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem sido aplicado em alguns países. É composto por três questionários que abordam estado, estrutura e contexto da APS em nível nacional, na visão dos médicos da APS e na experiência dos usuários. Este instrumento busca medir quatro funções do sistema de saúde: governança, geração de recursos, financiamento e oferta de serviços, além de incluir aspectos relacionados a atributos da APS (OMS, 2014).

O questionário AQ-PCP busca avaliar alguns aspectos relacionados ao manejo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) por profissionais da APS, explorando o papel que estes desempenham no cuidado, além dos desafios diagnósticos e terapêuticos (POWER et al, 2008).

O GPAQ tem sido utilizado no Reino Unido, desde 2004, como ferramenta de avaliação da APS. Os dados são coletados a partir da resposta dos usuários a um questionário sobre sua experiência com os serviços, sobretudo em relação a acesso, relação interpessoal e continuidade do cuidado (ROLAND et al, 2013).

Uma ferramenta inovadora para a avaliação da APS, o aplicativo PACOTAPS foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores brasileiros com o objetivo de fornecer informações para os gestores e as equipes de saúde da família sobre a sua população de referência. O instrumento utiliza dados secundários de pesquisas do IBGE e registros de demanda ambulatorial para fornecer o perfil populacional, bem como de demanda (TOMASI et al, 2003).

O PCAT foi desenvolvido, inicialmente, pelo grupo da professora Barbara Starfield no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* em Baltimore, Maryland (EUA). Esse instrumento é o único que mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados nos serviços de APS (STARFIELD et al, 1998; CASSADY et al, 2000; SHI et al, 2001; MALOUIN et al, 2009). Todas as versões do PCAT seguem a mesma metodologia de coleta de dados – aplicação de questionários com escala psicométrica de Likert de quatro pontos – havendo apenas algumas adaptações em determinadas indagações para que se adequem ao seu público-alvo, preservando o modelo original quase integralmente. Quando uma pessoa é entrevistada a partir de um questionário baseado na escala de Likert, ela informa o grau de concordância com uma afirmação feita pelo pesquisador.

Além dos cinco instrumentos descritos anteriormente, podemos enumerar outros mais, como o *Components of Primary Care Instrument* (CPCI) (FLOCKE, 1997), o *Primary Care*

Assessment Survey (PCAS) (SAFRAN et al, 1998), o questionário EUROPEP (GROL et al, 2000), o *Interpersonal Processes of Care* (IPC-I) (STEWART et al, 2007) e o Qualicopc (SCHÄFER et al, 2011).

Em 2011, o governo brasileiro instituiu uma ferramenta de avaliação da APS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A adesão ao programa era voluntária, mediante uma contratualização de compromissos, cujo êxito implicaria num repasse de recursos adicionais para o município. Na fase inicial, era prevista uma autoavaliação para identificar situações, problemas e potências, a partir da qual os atores locais poderiam planejar as intervenções necessárias para alcançar os compromissos firmados. O PMAQ-AB tinha a ambição de produzir uma cultura de análise, avaliação e intervenção em cada instituição (PINTO et al, 2014).

5 A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

5.1 Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS-2019)

A PNS-2019 foi realizada a partir de um convênio entre o IBGE e o Ministério da Saúde. A pesquisa foi a campo entre agosto de 2019 e março de 2020, em busca de cerca de 100 mil domicílios em todo o território nacional. Em sua segunda versão, o questionário foi ampliado, passando das 751 perguntas da PNS-2013 para 803, um incremento de 52 questões. Foram removidas algumas questões com alto coeficiente de variação (acima de 30%) e a coleta de dados passou a ser dirigida a indivíduos a partir dos 15 anos (exceto nos blocos temáticos), antes restrita àqueles com 18 anos ou mais.

Houve a incorporação de cinco novos módulos (Módulo Z: “Paternidade e pré-natal do parceiro”; Módulo V: “Violência”; Módulo T: “Doenças transmissíveis”; Módulo Y: “Atividade sexual”; Módulo AA: “Relações e condições de trabalho”), integrando novas temáticas à pesquisa. Além dos novos módulos, mantiveram-se os 21 remanescentes da versão anterior, alguns com alterações. Foram coletadas medidas antropométricas de uma subamostra (SILVA et al, 2020).

O questionário definitivo da PNS-2019 (disponível na íntegra em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5569.pdf) foi organizado em três seções (STOPA et al, 2020):

(1) questionário domiciliar: tratava das informações do domicílio e das visitas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e de combate a endemias (ACE) e era respondido pelo morador identificado como responsável pelo domicílio;

(2) questionário para todos os moradores do domicílio: respondido por um morador de idade igual ou superior a 18 anos e era composto por questões que buscavam informações sobre todos os moradores (*proxy*), como nível de escolaridade, ocupação, renda, deficiência física e/ou intelectual, saúde suplementar, acesso e utilização dos serviços de saúde, saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais e com menos de 2 anos de idade;

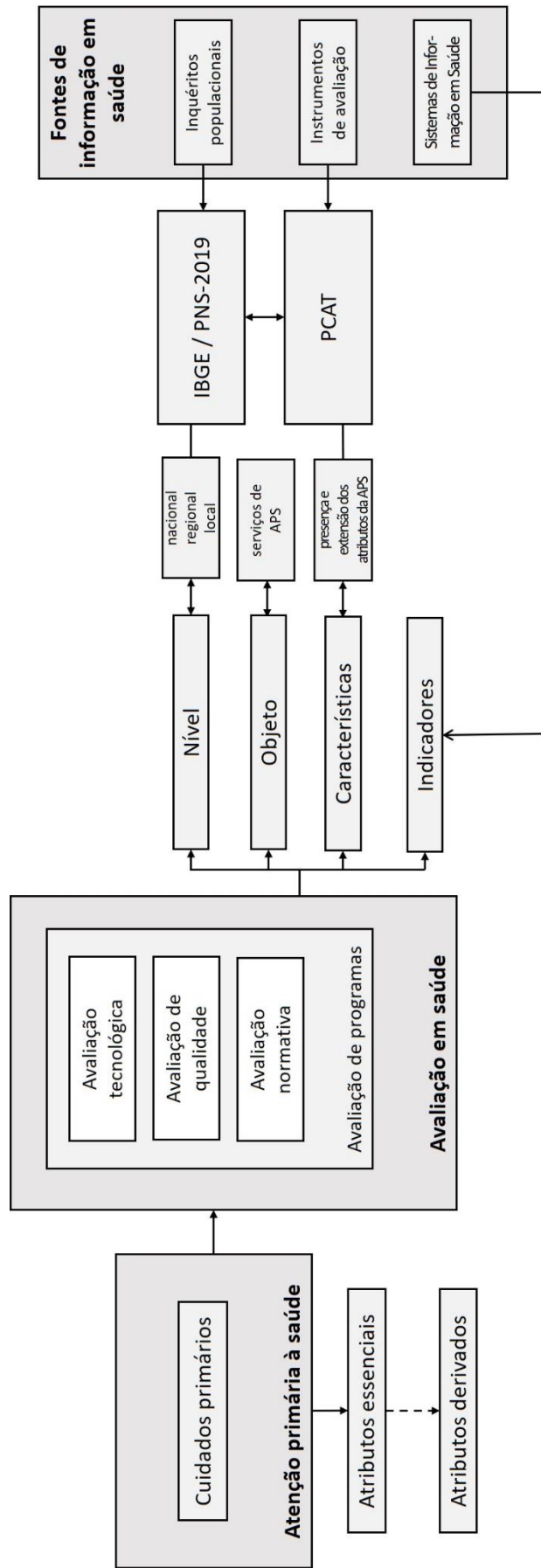
(3) questionário do morador selecionado: destinado a um morador com 15 anos ou mais, tratava de informações relacionadas ao trabalho, assistência social, estado de saúde, acidentes, estilo de vida, doenças crônicas, saúde da mulher, pré-natal, incluindo o parceiro, saúde bucal; o bloco sobre violência, doenças transmissíveis, atividade sexual, relações e condições de trabalho e atendimento médico foram respondidos por aqueles com 18 anos ou mais.

5.2 Avaliação da APS na PNS-2019

A introdução do Módulo H (“Atendimento Médico”) no questionário da PNS-2019 representa um avanço na avaliação dos serviços de APS no Brasil. Esta seção incorporou integralmente a versão reduzida do PCAT-Adulto-Brasil (OLIVEIRA et al, 2013), composta por 25 questões extraídas da versão original traduzida e validada para a língua portuguesa (HARZHEIM et al, 2006). Adotando como metodologia a “Teoria de Resposta ao Item”, foram identificados os itens que contribuíam de forma mais expressiva para a obtenção do traço latente “Orientação à APS” e comparados os resultados com a versão completa, o que revelou a segurança da versão proposta para a avaliação da APS.

As perguntas sobre a avaliação da APS só foram aplicadas aos entrevistados com 18 anos ou mais que passaram por algum atendimento médico em unidade básica de saúde nos 6 meses anteriores, com a condição de ser, pelo menos, o segundo atendimento do usuário pelo mesmo médico (BRASIL, 2019).

Figura 1 – Mapa conceitual



Fonte: Elaboração própria

6 OBJETIVOS

6.1 Geral

Avaliar os serviços de atenção primária à saúde no Brasil, a partir da percepção dos usuários adultos.

6.2 Específicos

- (1) Analisar a incorporação do instrumento PCAT versão reduzida ao questionário da PNS-2019 à luz de outros instrumentos semelhantes existentes em outros países no mundo.
- (2) Avaliar o perfil da população brasileira que procura a atenção primária segundo algumas variáveis sociodemográficas, econômicas e de acesso e utilização dos serviços de saúde no SUS.
- (3) Propor uma nova redação para o Módulo J da PNS-2019, de forma a contemplar os atributos da APS no PCAT.

7 MATERIAL E MÉTODOS

7.1 PNS-2019

7.1.1 Abrangência, população-alvo e plano de amostragem

A PNS é uma pesquisa domiciliar. A abrangência geográfica da PNS-2019 englobou todo o território nacional, a partir da divisão por setores censitários, excluídas áreas especiais como setores de quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, setores com baixo patamar domiciliar, agrupamentos indígenas, unidades prisionais, Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI), Atendimentos Integrados à Criança e ao Adolescente (AICA), conventos, hospitais, Agrovilas de Projetos de Assentamentos Rurais e Agrupamentos Quilombolas. A população-alvo foram moradores de domicílios particulares permanentes da área.

O plano amostral foi definido pela amostragem conglomerada em três estágios com seleção das unidades primárias de amostragem (UPAs) a partir da Amostra Mestre do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD). Em seu primeiro estágio, a subamostra foi realizada por amostragem aleatória simples das UPAs. No segundo estágio, foi selecionado, por amostragem aleatória simples, um número fixo de domicílios das UPAs anteriormente definidas. Houve uma diferença entre a quantidade de domicílios escolhidos em cada UPA para se adequar ao tamanho da amostra, com 18 domicílios por UPA para os estados de Roraima, Amapá e Tocantins, 12 domicílios para o Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e 15 domicílios para as demais Unidades da Federação. No terceiro estágio, foi selecionado, também por amostragem aleatória simples, um morador de 15 anos ou mais, a partir da lista de moradores, para responder ao questionário específico.

7.1.2 Coleta de dados

A coleta de dados ficou a cargo do IBGE, que contou com uma equipe de agentes de coleta, supervisores e coordenadores devidamente capacitados. Foram utilizados dispositivos móveis de coleta (DMC), *smartphones*, programados com o questionário.

A abordagem inicial no domicílio era feita a um morador responsável, a quem era descrito o estudo, seus objetivos e procedimentos, seguida da elaboração da lista de todos os moradores.

A partir de então, realizava-se a seleção do entrevistado (acima de 15 anos) e agendava-se a entrevista em horário conveniente.

7.1.3 Módulo H (“Atendimento Médico”)

Este módulo de avaliação da atenção primária derivou do PCAT-Adulto-Brasil versão reduzida e é composto por 30 itens, sendo 25 relacionados aos atributos, propriamente ditos, e outras cinco questões que exercem a função de filtro (ANEXO 1). Trata-se de uma modificação ao antigo módulo da PNS-2013. O módulo foi aplicado a apenas um morador do domicílio selecionado aleatoriamente.

As opções de respostas são em escala Likert, atribuindo-se uma pontuação de 1 a 4 para cada, exceto a alternativa “Não sei/Não lembro” codificada com 9. A média destes valores resultarão no escore geral, a medida final do instrumento que expressa o grau de orientação do serviço para os atributos da APS.

Conforme orienta o manual do instrumento (BRASIL, 2020), para o cálculo do escore geral, é primeiro preciso fazer a inversão na escala dos itens C11 e D14. Em seguida, são desconsiderados para o cálculo os entrevistados com mais de 50% de respostas com código 9, valor considerado ausente (“Não sei/Não lembro” e eventuais questões não respondidas). Para os outros entrevistados, deve-se converter os valores ausentes para valor 2, para minimizar a perda. Juntos, os itens A1, A2 e A3 compõem o grau de afiliação representado por um único valor, determinado pelo arranjo das respostas do entrevistado.

O escore geral da APS é calculado através da Equação 1:

$$\text{Escore geral} = \frac{\left(\begin{array}{l} \text{afiliação} + B2 + C4 + C11 + D1 + D6 + D9 \\ + D14 + E2 + E6 + E7 + E9 + F3 + G9 + G17 \\ + G20 + H1 + H5 + H7 + H11 + I1 + I3 + J4 \end{array} \right)}{23} \quad (1)$$

O escore obtido consistirá em uma medida com valor de 1 e 4. Para simplificar a leitura, este escore, no Brasil, passou a ser convertido, a partir de uma transformação matemática, para uma escala com valores de 0 a 10 através da aplicação da Equação 2:

$$\text{Escore geral} = \frac{(\text{escore obtido} - 1)}{4-1} \times 10 \quad (2)$$

O escore geral tem como ponto de corte o valor 6,6, o que indica, no mínimo, a primeira categoria de resposta positiva: “provavelmente sim”. Os escores altos, iguais ou superiores a 6,6, indicam serviços com melhor orientação para a APS.

7.1.4 Módulo J (“Utilização de Serviço de Saúde”)

Atualmente, o Módulo J, dedicado à apreciação da utilização de serviços de saúde, conta com 56 itens (ANEXO 2). Este grupo de perguntas foi introduzido no Suplemento Saúde 1998 da PNAD e mantido quase inalterado nas versões posteriores (2003, 2008) (TRAVASSOS et al, 2008) e, mesmo depois, nas PNS-2013 e PNS-2019 (QUADRO 3). Os itens deste módulo eram direcionados a todos os moradores do domicílio, mas somente um indivíduo com 18 anos ou mais realizava a entrevista. Este deveria responder por todos os outros habitantes (*proxy*).

Nesta parte do questionário, havia questões sobre restrições às atividades habituais por motivos de saúde, costume de procurar atendimento em um mesmo lugar, médico ou serviço, frequência de consultas médicas e a dentista nos 12 meses anteriores, procura e obtenção de atendimento de saúde nas duas semanas anteriores, obtenção de medicamentos, internações hospitalares e utilização de práticas integrativas e complementares.

7.2 Aspectos éticos

A proposta da PNS-2019 foi apreciada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019.

O presente projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery e do Hospital-Escola São Francisco de Assis (UFRJ) e liberado sem necessidade de análise, por utilizar dados de domínio público e não envolver pesquisa com seres humanos, sob o parecer nº 4.447.733 de 8 de dezembro de 2020 (ANEXO 3).

Quadro 3 – Evolução do questionário do módulo “utilização de serviços” da PNAD e PNS de 1998 a 2019

PNAD-1998		PNAD-2003		PNAD-2008		PNS-2013		PNS-2019	
Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde	
50	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	50	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	50	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	J14	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	J14	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?
51	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	51a	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	51a	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	J15	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	J15a	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?
52	Quantas vezes ... procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	52	Quantas vezes ... procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	52	Quantas vezes ... procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?				
53	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	53	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	53	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	J16	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	J16a	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?
54	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	54	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	54	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	J17	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	J17a	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas:
55	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	55	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	55a	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	J18	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	J18a	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

PNAD-1998		PNAD-2003		PNAD-2008		PNS-2013		PNS-2019	
Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde	
56	Nas duas últimas semanas ... voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?	56	Nas duas últimas semanas ... voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?	56	Nas duas últimas semanas ... voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?	J19	Nas duas últimas semanas, quantas vezes ... voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?	J19	Nas duas últimas semanas, quantas vezes ... voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?
57	Onde ... procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	57	Onde ... procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	57	Nas duas últimas semanas ... voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?	J20	Onde ... procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	J20a	Onde ... procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?
58	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	58	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	58	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	J21	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	J21	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?
59	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	59	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	59a	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	J22	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	J22a	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?
60	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?	60a	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?	60b	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?	J27	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?	J27a	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?
61	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:	61	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:	61	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:	J23	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:	J23	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:
64	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	64	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	64	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	J24	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	J24	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?

PNAD-1998		PNAD-2003		PNAD-2008		PNS-2013		PNS-2019	
Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde	
65	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	65	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	65	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	J25	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	J25	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?
66	Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	66	Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	66	Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	J26	Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	J26	O atendimento de ... foi feito pelo SUS?
67	... considera que o atendimento recebido foi:	67	... considera que o atendimento recebido foi:	67	... considera que o atendimento recebido foi:				
		62	Neste atendimento de saúde foi receitado algum medicamento?	67a	Neste atendimento de saúde, foi receitado algum medicamento?	J29	Neste atendimento de saúde, foi receitado algum medicamento?	J29a	Neste atendimento de ..., foi receitado algum medicamento?
		63	Neste atendimento de saúde ... recebeu algum medicamento gratuitamente (exceto amostra grátis)?	67b	Neste atendimento de saúde, recebeu gratuitamente os medicamentos receitados?	J30	... conseguiu receber os medicamentos receitados?	J30a	... conseguiu obter os medicamentos receitados?
				67c	Dos medicamentos receitados que não recebeu gratuitamente, ... comprou:	J31	Qual o principal motivo de ... Não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?	J31a	Qual o principal motivo de ... não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?
				67d	Qual o principal motivo de não ter comprado todos os medicamentos receitados?	J32	Alguns dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?	J32	Alguns dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?

PNAD-1998		PNAD-2003		PNAD-2008		PNS-2013		PNS-2019	
Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde	
						J33	Algum dos medicamentos foi obtido no Programa Farmácia Popular (PFP)?	J33a	Algum dos medicamentos foi obtido no Programa Aqui Tem Farmácia Popular?
						J34	Algum dos medicamentos foi obtido em serviços públicos de saúde?	J34	Algum dos medicamentos foi obtido em serviços públicos de saúde?
						J35	... pagou algum valor pelos medicamentos?	J35	... pagou algum valor pelos medicamentos?
68	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?	68a	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?	68a	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?	J36	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?	J36a	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008), Pesquisa Nacional de Saúde (2013, 2019).

8 PNS-2019: PERFIL DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dentro da amostra global da PNS-2019, um total de 9.677 pessoas foram elegíveis para responder o questionário de avaliação dos cuidados médicos na atenção primária no Brasil, incluído no Módulo H da pesquisa. Deste modo, estima-se que, no Brasil, nos seis meses anteriores à entrevista, cerca de 17,3 milhões de pessoas a partir de 18 anos procuraram uma consulta em um serviço de atenção primária e o atendimento foi realizado por um mesmo médico que já a atendera previamente.

Conforme mostra a TABELA 1, entre os usuários da atenção primária no país, 69,9% se identificaram como do sexo feminino. A região Nordeste apresentou a menor percentagem de usuários do sexo masculino (27,5%) e a maior foi observada na região Sul (33,9%). Não houve grande variação de faixa etária entre os utilizadores adultos da população brasileira.

Tabela 1 – Características sociodemográficas selecionadas dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Sexo		Grupos de idades			Cor/Raça		Estado conjugal	
	masculino	feminino	18-39 anos	40-59 anos	60 anos ou mais	branca	parda ou preta	tem cônjuge	não tem cônjuge
Brasil (n=17.261)	30,1% [28,7-31,6]	69,9% [68,4-71,3]	32,6% [31,0-34,3]	35,8% [34,2-37,4]	31,6% [30,1-33,1]	38,0% [36,2-39,8]	60,9% [59,1-62,7]	65,0% [63,4-66,6]	35,0% [33,4-36,6]
Norte (n=1.172)	29,6% [26,4-33,1]	70,4% [66,9-73,6]	46,5% [43,1-50,0]	31,6% [28,4-35,0]	21,9% [19,3-24,7]	12,8% [10,1-16,2]	85,9% [82,5-88,7]	68,1% [64,4-71,5]	31,9% [28,5-35,6]
Nordeste (n=4.870)	27,5% [25,5-29,6]	72,5% [70,4-74,5]	37,8% [35,4-40,3]	35,8% [33,4-38,2]	26,4% [24,3-28,6]	19,1% [17,2-21,1]	79,7% [77,6-81,6]	65,7% [63,0-68,2]	34,3% [31,8-37,0]
Sudeste (n=7.097)	30,4% [27,6-33,4]	69,6% [66,6-72,4]	28,7% [25,5-32,1]	35,9% [32,7-39,1]	35,4% [32,5-38,5]	42,7% [39,2-46,2]	56,3% [52,8-59,8]	62,2% [59,1-65,2]	37,8% [34,8-40,9]
Sul (n=3.061)	33,9% [31,2-36,8]	66,1% [63,2-68,8]	26,9% [24,2-29,8]	37,2% [34,3-40,1]	35,9% [33,2-38,8]	69,3% [65,8-72,6]	29,7% [26,5-33,2]	70,7% [67,6-73,6]	29,3% [26,4-32,4]
Centro-Oeste (n=1.060)	30,4% [27,1-34,0]	69,6% [66,0-72,9]	35,8% [31,6-40,1]	36,0% [32,1-40,0]	28,3% [24,9-32,0]	30,9% [26,8-35,3]	67,9% [63,5-72,1]	60,9% [56,6-65,2]	39,1% [34,8-43,4]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nas regiões Norte e Nordeste, os mais jovens foram os que mais recorreram à APS, enquanto no Sul e Sudeste, houve ligeira predominância das faixas etárias mais avançadas. Pardos e pretos compuseram 60,9% da população de usuários no Brasil, com maior proporção no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto Sul e Sudeste registraram o inverso, com predomínio de pessoas que se identificaram como brancas. A maioria dos entrevistados que

referiram utilização de serviços de atenção primária apontaram ter cônjuge (65%). Esta predominância foi observada em todas as regiões.

No Brasil, conforme a TABELA 2, os usuários cadastrados em algum serviço de APS foram aqueles que mais utilizaram no período avaliado. Eles representaram 76,5% dos utilizadores em todo o país. De igual maneira, aqueles que apontaram já ter recebido alguma visita de ACS ou de membros da eSF (62,5%), bem como de agentes de endemia (73%), recorreram mais à unidade de APS.

Tabela 2 – Cadastramento em unidade de APS e visitas de ACS ou membro da eSF e de AE para usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Cadastramento em unidade de APS		Visita do ACS ou membro da eSF		Visita do AE	
	cadastrados	não cadastrados	pelo menos uma vez	nunca receberam	pelo menos uma vez	nunca receberam
Brasil (n=17.261)	76,5% [74,5-78,4]	16,8% [15,1-18,6]	62,5% [60,3-64,5]	14% [12,8-15,3]	73% [71,4-74,6]	27% [25,4-28,6]
Norte (n=1.172)	72,3% [68,2-76]	20,2% [16,9-24]	61,2% [56,9-65,4]	11% [8,7-13,9]	67,1% [63,1-70,8]	32,9% [29,2-36,9]
Nordeste (n=4.870)	84,1% [81,9-86,1]	8,4% [7,3-9,8]	71,9% [69,3-74,3]	12,2% [10,5-14,2]	77,2% [74,6-79,7]	22,8% [20,3-25,4]
Sudeste (n=7.097)	70,1% [65,8-74]	24,8% [21,1-28,9]	55,7% [51,3-60]	14,4% [12,2-16,9]	75,6% [72,6-78,4]	24,4% [21,6-27,4]
Sul (n=3.061)	81,3% [77,7-84,4]	11,5% [9,3-14,1]	63,1% [59-67,1]	18,2% [15,5-21,1]	61% [57,3-64,5]	39% [35,5-42,7]
Centro-Oeste (n=1.060)	75,3% [70,9-79,2]	13,3% [10,2-17,1]	63,9% [59-68,6]	11,4% [8,8-14,6]	77,9% [73,4-81,7]	22,1% [18,3-26,6]

Legenda: ACS – agente comunitário de saúde; AE – agente de endemias;
APS – atenção primária à saúde; eSF – equipe de saúde da família.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Os indivíduos identificados como não ocupados foram 53,8% dos utilizadores da APS no país. Apenas o resultado encontrado na região Centro-Oeste foi oposto, com ligeira maioria (51,9%) de ocupados entre os clientes. Na população geral, 64,7% dos utilizadores da APS informaram como renda familiar per capita mensal a faixa de nenhum rendimento até 1 salário-mínimo, 32,4% mais de 1 a 3 salários mínimos e 2,9% mais de 3 salários mínimos. As regiões Norte e Nordeste exibiram as maiores proporções de usuários com renda inferior a 1 salário-mínimo (81,7% e 86,3%) e o Sudeste e o Sul apresentaram uma maior representação da faixa de 1 a 3 salários mínimos entre os usuários (41,9% e 46,3%) ao lado do grupo de menor renda (54,5% e 49%), que também prevaleceu. Mais dados estão disponíveis na TABELA 3.

Tabela 3 – Características socioeconômicas selecionadas dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Situação de ocupação		Rendimento mensal domiciliar per capita		
	ocupadas	não ocupadas	sem rendimento até 1 salário-mínimo	mais de 1 a 3 salários-mínimos	mais de 3 salários-mínimos
Brasil (n=17.261)	46,2% [44,5-47,9]	53,8% [52,1-55,5]	64,7% [62,9-66,4]	32,4% [30,7-34,1]	2,9% [2,3-3,5]
Norte (n=1.172)	46,7% [42,8-50,7]	53,3% [49,3-57,2]	81,7% [78,6-84,4]	16,6% [14-19,5]	1,7% [1-2,9]
Nordeste (n=4.870)	41,2% [38,7-43,6]	58,8% [56,4-61,3]	86,3% [84,7-87,7]	12,9% [11,5-14,5]	0,7% [0,4-1,1]
Sudeste (n=7.097)	48,3% [44,9-51,7]	51,7% [48,3-55,1]	54,5% [50,9-58,1]	41,9% [38,4-45,5]	3,5% [2,5-4,9]
Sul (n=3.061)	47,1% [43,9-50,3]	52,9% [49,7-56,1]	49% [45,8-52,3]	46,3% [43,1-49,5]	4,7% [3,5-6,3]
Centro-Oeste (n=1.060)	51,9% [47,9-55,9]	48,1% [44,1-52,1]	60,3% [56-64,4]	35,4% [31,4-39,7]	4,3% [3-6,1]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 4 – Posse de plano de saúde médico e avaliação do estado de saúde dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Posse de plano de saúde médico		Avaliação do estado de saúde	
	possui plano de saúde médico	não possui plano de saúde médico	muito bom	regular, ruim e muito ruim
Brasil (n=17.261)	5,6% [4,7-6,6]	94,4% [93,4-95,3]	50,1% [48,3-52]	49,9% [48-51,7]
Norte (n=1.172)	2,9% [1,9-4,4]	97,1% [95,6-98,1]	49% [45-52,9]	51% [47,1-55]
Nordeste (n=4.870)	2,3% [1,5-3,4]	97,7% [96,6-98,5]	43% [40,3-45,7]	57% [54,3-59,7]
Sudeste (n=7.097)	7,2% [5,4-9,4]	92,8% [90,6-94,6]	52,9% [49,2-56,6]	47,1% [43,4-50,8]
Sul (n=3.061)	9% [7,2-11,2]	91% [88,8-92,8]	54,5% [51,1-57,8]	45,5% [42,2-48,9]
Centro-Oeste (n=1.060)	3,9% [2,8-5,4]	96,1% [94,6-97,2]	53,2% [48,7-57,6]	46,8% [42,4-51,3]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

O inquérito apontou que 94,4% dos adultos que utilizaram a APS no período não possuíam plano de saúde médico. Esta proporção foi semelhante em todas as regiões do país. A autoavaliação do estado de saúde dos usuários entrevistados foi equilibrada, com uma

distribuição semelhante de pessoas que julgam sua saúde como muito boa e como regular, ruim ou muito ruim. A TABELA 4 reúne os dados sobre estas duas categorias.

No total, o diagnóstico de hipertensão arterial foi relatado por 39,2% dos entrevistados, de diabetes por 15,9%, de doenças cardíacas por 7,9%, de asma por 5,9%, de depressão por 15,3% e de doenças crônicas de pulmão por 2,1%. Conforme se vê na TABELA 5, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste exibiram maior frequência dessas condições de saúde quando comparadas às regiões Norte e Nordeste.

Tabela 5 – Relato de diagnósticos de condições selecionadas em usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Condições de saúde					
	hipertensão arterial	diabetes	doença do coração	asma	depressão	doença crônica de pulmão
Brasil (n=17.261)	39,2% [37,5-40,9]	15,9% [14,7-17,2]	7,9% [7,1-8,8]	5,9% [5-6,9]	15,3% [14-16,8]	2,1% [1,5-2,9]
Norte (n=1.172)	27,9% [24,8-31,2]	12,5% [10,1-15,4]	4,6% [3,5-6,1]	5,2% [3,7-7,2]	7,1% [5,6-9,1]	1,6% [0,9-2,8]
Nordeste (n=4.870)	36,5% [34,1-38,9]	14,2% [12,5-16]	4,9% [3,9-6,3]	3,6% [2,9-4,4]	9,9% [8,6-11,3]	0,9% [0,6-1,3]
Sudeste (n=7.097)	43,2% [39,8-46,6]	17,8% [15,4-20,5]	9,3% [7,7-11,1]	6,8% [4,9-9,2]	17,2% [14,6-20,3]	2,6% [1,4-4,8]
Sul (n=3.061)	38,6% [35,5-41,8]	15,6% [13,2-18,3]	10,6% [8,7-12,8]	7,8% [6,1-9,9]	22,7% [19,8-25,8]	2,8% [2-4]
Centro-Oeste (n=1.060)	39,4% [35,1-43,9]	15,2% [12,2-18,8]	7,6% [5,8-10]	5,6% [3,8-8,1]	15,5% [12,4-19,2]	2,3% [1,4-3,6]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Os motivos que levaram os cidadãos a procurar atendimento na APS também foram indagados pela pesquisa e não foram encontradas diferenças importantes entre as regiões. A maioria das pessoas buscaram os serviços por conta de doença ou outro problema de saúde ou continuação de tratamento (52,8%) e em função de exame periódico (40,2%). Outros motivos foram citados por 7,3% dos entrevistados.

Entre as pessoas que buscaram a APS nos seis meses anteriores à entrevista, 16,4% realizaram menos de duas consultas médicas nos 12 meses anteriores e 83,6% realizaram mais de duas consultas neste mesmo período. Não houve diferenças regionais exuberantes em relação à frequência de consultas médicas.

Ainda foram investigados alguns aspectos relacionados às condições de habitação da população estudada: material predominante nas paredes, principal fonte de abastecimento de água, tipo de esgotamento sanitário e destino do lixo (TABELA 6). As casas de alvenaria

predominaram em todas as regiões do Brasil, assim como o abastecimento pela rede geral de distribuição de água. O acesso à rede geral de esgoto ou rede pluvial foi apontado em massa pelos entrevistados da região Sudeste, porém não ocorreu o mesmo com os das demais regiões, que indicaram outros tipos de esgotamento sanitário. A maior parte dos entrevistados de todas as regiões mencionou a coleta direta por serviço de limpeza como o principal destino do lixo.

Tabela 6 – Condições de habitação de usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço de atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Fonte de abastecimento de água		Tipo de esgotamento sanitário		Destino do lixo	
	rede geral de distribuição	outra	rede geral de esgoto ou pluvial	outro	coletado diretamente por serviço de limpeza	outro destino
Brasil (n=17.261)	84% [85,1-82,7]	16% [17,3-14,9]	53,8% [55,7-51,9]	46,2% [44,3-48,1]	83,8% [85-82,5]	16,2% [17,5-15]
Norte (n=1.172)	63,3% [67,7-58,7]	36,7% [41,3-32,3]	13,2% [16,4-10,6]	86,8% [83,6-89,4]	74,1% [77,7-70,1]	25,9% [29,9-22,3]
Nordeste (n=4.870)	78,8% [81,1-76,3]	21,2% [23,7-18,9]	30,6% [33,6-27,7]	69,4% [66,4-72,4]	73,7% [76,1-71,3]	26,3% [28,7-23,9]
Sudeste (n=7.097)	89,7% [91,4-87,7]	10,3% [12,3-8,6]	83,5% [86,2-80,4]	16,5% [13,8-19,6]	89,7% [91,6-87,4]	10,3% [12,6-8,4]
Sul (n=3.061)	86,3% [88,6-83,6]	13,7% [16,4-11,4]	42,1% [46,6-37,7]	57,9% [53,4-62,3]	89,1% [91,2-86,7]	10,9% [13,3-8,8]
Centro-Oeste (n=1.060)	85,5% [88,7-81,6]	14,5% [18,4-11,3]	41% [46,9-53,1]	59% [53,1-64,7]	86,4% [89,7-82,4]	13,6% [17,6-10,3]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

9 PNS-2019: ESCORE GERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A avaliação da APS produzida pela PNS-2019 a partir da aplicação do instrumento PCAT-Brasil-Adulto versão reduzida no Módulo H foi apresentada na forma de uma pontuação – o escore geral – com variação de 0 a 10 e cujo valor de corte adotado foi de 6,6, conforme discutido anteriormente.

O escore geral obtido pela PNS-2019 foi 5,9 [IC95%=5,8-5,9], classificado como baixo nível de orientação para a APS no Brasil. A avaliação de domicílios situados em áreas urbanas foi 5,8 [IC95%=5,8-5,9] e em áreas rurais 6,0 [IC95%=5,9-6,1]. A região Sul foi a mais bem avaliada 6,3 [IC95%=6,2-6,5], seguida do Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste (5,8) e, por fim, a região Norte (5,5). Mato Grosso (6,6) foi o estado brasileiro mais bem avaliado e o único a atingir o valor de corte. A seguir, vieram Rio Grande do Sul (6,5), Santa Catarina (6,3), Minas Gerais (6,2) e Paraná (6,1). Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí obtiveram um escore de 6,0. Roraima, Amapá e Maranhão receberam a pontuação de 5,2, a menor entre os estados.

Na estratificação por sexo, os indivíduos do sexo masculino atribuíram um escore geral de 5,9 para a APS e do sexo feminino de 5,8. Segundo as faixas etárias, a população de 18 a 39 anos atribuiu 5,6, a de 40 a 59 anos, 5,9, e a de 60 anos ou mais, 6,1. Usuários identificados como brancos avaliaram com 5,9, mesmo valor daqueles que se declararam pretos e pardos. O estado conjugal não provocou mudanças na avaliação da APS, produzindo um escore geral de 5,9 tanto para o grupo que tem cônjuge quanto para o que não tem.

As pessoas cadastradas em um serviço de APS avaliaram melhor (6,0) do que as não cadastradas (5,5). Os usuários que reportaram pelo menos uma visita domiciliar de ACS ou de membro da eSF também emitiram uma melhor avaliação (6,1) do que os que nunca foram visitados (5,7). Este resultado não foi diferente quando consideradas as visitas dos agentes de endemias, com melhor avaliação para os indivíduos visitados pelo menos uma vez (6,0) do que aqueles não contemplados (5,6).

Os entrevistados sem ocupação na semana da entrevista produziram um escore geral de 5,9, semelhante aos com ocupação (5,8). A estratificação por renda familiar per capita pouco variou na avaliação obtida: sem renda até um salário-mínimo (5,8), mais de 1 até 3 salários-mínimos (6,0) e mais de 3 salários-mínimos (5,8). Estes dados estão na TABELA 7.

O escore geral indicado pelos consumidores de plano de saúde médico foi de 5,9, exatamente igual à pontuação daqueles que não possuíam plano. Tampouco houve uma grande diferença entre a avaliação das pessoas que consideraram seu estado de saúde muito bom (5,8) e as que consideraram regular, ruim e muito ruim (5,9).

Tabela 7 – Escore geral da APS no Brasil, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

Variáveis	Escore geral	IC 95%
Sexo		
Homem	5,9	[5,8 – 6,0]
Mulher	5,8	[5,8 - 5,9]
Grupos de idades		
18 a 39	5,6	[5,5 - 5,7]
40 a 59	5,9	[5,7 - 6,0]
60 ou mais	6,1	[6,0 - 6,2]
Cor ou raça		
Branca	5,9	[5,7 – 6,0]
Preto ou pardo	5,9	[5,8 – 6,0]
Faixas de rendimento domiciliar per capita		
Até 1 salário-mínimo	5,8	[5,7 - 5,9]
Mais de 1 até 3 salários-mínimos	6,0	[5,9 - 6,2]
Mais de 3 salários-mínimos	5,8	[5,4 - 6,2]
Estado conjugal		
Tem cônjuge	5,9	[5,8 – 6,0]
Não tem cônjuge	5,9	[5,8 – 6,0]
Hipertensão arterial		
Sim	6,2	[6,1 - 6,3]
Não	5,7	[5,6 - 5,8]
Diabetes		
Sim	6,3	[6,1 - 6,4]
Não	5,8	[5,7 - 5,9]
Doença do coração		
Sim	6,4	[6,1 - 6,6]
Não	5,8	[5,7 - 5,9]
Asma		
Sim	6,0	[5,7 - 6,3]
Não	5,9	[5,8 - 5,9]
Depressão		
Sim	6,1	[5,9 - 6,2]
Não	5,8	[5,8 - 5,9]
Doença crônica do pulmão		
Sim	6,4	[6,0 - 6,8]
Não	5,9	[5,8 - 5,9]
Domicílio cadastrado na unidade de saúde da família		
Sim	6,0	[5,9 - 6,1]
Não	5,5	[5,4 - 5,7]
Frequência que recebeu visita de ACS nos últimos 12 meses		
Pelo menos uma vez	6,1	[6,0 – 6,2]
Nunca recebeu	5,7	[5,5 – 5,8]
Frequência que recebeu visita de ACE nos últimos 12 meses		
Pelo menos uma vez	6,0	[5,9 - 6,1]
Nunca recebeu	5,6	[5,4 - 5,7]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Os usuários que relataram algum dos diagnósticos incluídos no questionário produziram melhores avaliações do que aqueles que negaram tais condições: hipertensão arterial (com relato = 6,2; sem relato = 5,7), diabetes (com relato = 6,3; sem relato = 5,8), asma (com relato = 6,0; sem relato = 5,9), depressão (com relato = 6,1; sem relato = 5,8) e doença crônica no pulmão (com relato = 6,4; sem relato = 5,9).

9.1 Análise comparativa

Deve-se levar em conta as especificidades da PNS-2019 e a heterogeneidade dos estudos que vêm aplicando o PCAT ao se comparar o escore geral obtido pela primeira com os resultados das demais pesquisas de avaliação da APS. A seguir, foram reunidos os resultados de diversas iniciativas de menor escala que utilizaram o PCAT para a avaliação da APS na perspectiva do usuário adulto.

Dois inquéritos nacionais de base populacional foram conduzidos nos anos de 2006 e 2016-2017, na Comunidade Autônoma da Catalunha. Eles também incorporaram versões reduzidas do PCAT para população adulta a seus questionários, mas obtiveram valores mais elevados que o inquérito brasileiro (ROCHA et al, 2011; BARTOLL et al, 2018). Também alcançaram resultados superiores pesquisas de avaliação realizadas em Montevidéu (Uruguai), Córdoba (Argentina), departamento de Santander (Colômbia), Seul (Coreia do Sul) e na região da Cidade do Cabo (África do Sul). Em contrapartida, em Xangai (China), Taichung (Taiwan), Kita (Japão) e Hong Kong os valores foram inferiores ao apresentado pela PNS-2019 (D'ÁVILA et al, 2017).

Na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2014, foi calculado um escore geral de 5,73 em pesquisa que entrevistou 3.530 usuários adultos (HARZHEIM et al, 2016). A APS também recebeu baixas avaliações em inquéritos realizados em locais como Alfenas (Minas Gerais), Londrina (Paraná), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Ilhéus (Bahia), Pouso Alegre (Minas Gerais), São José Ribamar (Maranhão) (COSTA et al, 2020) e Vale do Jequitinhonha (Minas Gerais) (PAULA et al, 2015). Os escores gerais foram superiores ao da PNS-2019, pelo menos, em avaliações em municípios do estado de São Paulo e em Petrópolis (Rio de Janeiro) (D'ÁVILA et al, 2017).

A verificação de valores mais elevados na avaliação da APS pelos usuários cadastrados nas unidades de saúde da família, bem como por aqueles que relataram ter recebido, nos 12 meses anteriores à entrevista, visitas domiciliares de membros da eSF (ACS e ACE) coincide com a frequente avaliação favorável dos serviços da ESF em comparação a outros modelos de organização da APS no país (ELIAS et al, 2006; CASTRO et al, 2012; MACINKO et al, 2015; HARZHEIM et al, 2016).

Assim como constatado na PNS-2019, há inúmeros estudos, nacionais e estrangeiros, que evidenciaram associação positiva entre a faixa etária dos usuários e as respectivas avaliações sobre o serviço de APS (CAMPBELL et al, 2001; LYRATZOPOULOS et al, 2012; BRANDÃO et al, 2013; PROTÁSIO et al, 2017).

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), uma pesquisa telefônica realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, desde 2006, aplicou o PCAT-Adulto-Brasil versão reduzida, em 2015, a 872 usuário moradores de Belo Horizonte (Minas Gerais). Dentre outros achados semelhantes à PNS, foi constatada uma avaliação superior da APS pelos entrevistados que relatavam alguma morbidade (hipertensão, diabetes e obesidade) (PERILLO et al, 2021).

9.2 Módulo H: incorporação do PCAT-Adulto-Brasil versão reduzida à PNS-2019

É importante salientar que restrições como a limitação de recursos financeiros destinados à execução das pesquisas, a aplicabilidade dos métodos, os prazos estabelecidos, além de interesses políticos envolvidos, são fatores que podem dificultar modificações de processos avaliativos (FURTADO et al, 2012). Nesse sentido, o instrumento escolhido para ser agregado ao questionário da PNS-2019, o PCAT-Brasil-Adulto versão reduzida, provavelmente, foi uma alternativa mais viável e econômica. Ainda assim, trata-se de um questionário tradicional no campo da avaliação da atenção primária e capaz de gerar resultados com comparabilidade internacional (D'ÁVILA et al, 2017).

Esta ferramenta, apesar de mais prática, retorna somente uma medida como resultado da avaliação da APS, o escore geral. O escore geral revela o grau de orientação do serviço para os atributos da APS. Fornece uma pontuação que deriva basicamente da média do valor de todos os itens do questionário reduzido. Ele não especifica a contribuição de cada atributo na composição da nota final, revelando um dado pouco específico.

As versões extensas do PCAT podem fornecer escores específicos para cada atributo, além do escore essencial, um índice que sintetiza a presença e a extensão dos atributos essenciais. Os escores médios de cada componente são obtidos pela média dos itens relacionados a cada atributo, separadamente. O escore essencial é, por sua vez, determinado pela média dos escores de cada um dos atributos essenciais (BRASIL, 2020).

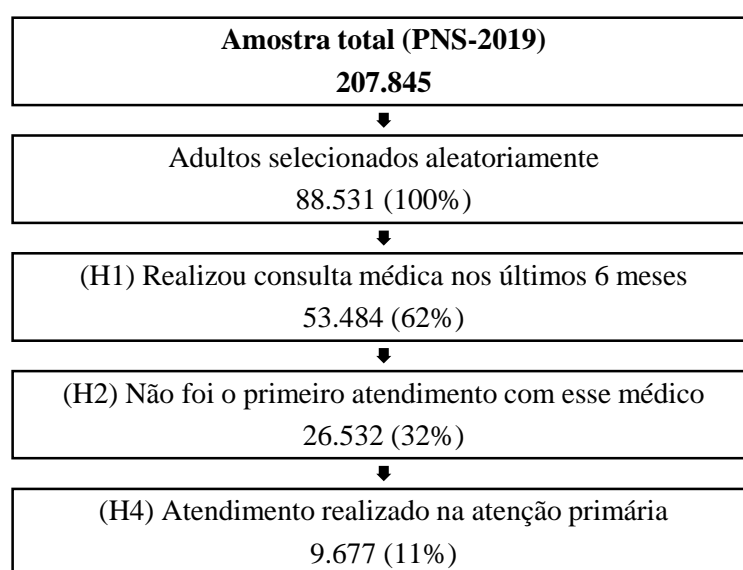
Sob esta perspectiva, a utilização da versão completa do PCAT em uma pesquisa do porte da PNS permitiria medir, individualmente, a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, fornecendo dados de qualidade em várias dimensões, auxiliando na orientação da tomada de decisões, uma vez que pode identificar as áreas em fragilidade. Sabe-se que, individualmente, cada um dos atributos participa na melhoria da eficácia e da efetividade da assistência oferecida (SHI et al, 2001), donde se infere a importância de se considerar a adoção da versão completa do instrumento ao questionário da PNS.

9.3 Módulo H: seleção da subamostra

Mesmo com a expansão do tamanho da amostra na PNS-2019, em relação às versões anteriores, a subamostra de respondentes do Módulo H acabou sendo insuficiente para a desagregação dos dados para as capitais dos estados, como planejado.

Possivelmente, uma fração inferior da amostra foi selecionada nesta etapa por conta dos critérios muito restritivos estabelecidos para o Módulo: (H1) última consulta médica realizada nos 6 meses anteriores à entrevista (53.484 retidos; 35.047 excluídos); (H2) não ser o primeiro atendimento com esse médico (26.532 retidos; 26.952 excluídos); e (H4) atendimento médico realizado em unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) (9.677 retidos; 17.275 excluídos) (FIGURA 2).

Figura 2 – Construção da amostra final do Módulo H após critérios de seleção na PNS-2019



Fonte: Adaptado de Macinko et al (2022).

Ampliar a subamostra elegível para o Módulo H será uma medida necessária para garantir a validade estatística dos resultados da próxima edição da PNS, pelo menos, até o nível das capitais de estado. Uma possibilidade seria adotar critérios de inclusão menos restritivos, como, por exemplo, a extensão do período de referência de 6 meses para 12 meses antes da entrevista. Segundo Macinko et al (2022), esta medida reforçaria a capacidade de generalização dos resultados ao dobrar o tamanho da amostra, aproximando suas características às da população geral.

Também deve-se notar que somente os serviços de APS vinculados ao SUS foram incluídos na subamostra do Módulo H. Faltam pesquisas de grande escala para a avaliação dos serviços de APS administrados pela saúde suplementar, que tem ampliado cada vez mais a presença desta modalidade em sua rede (ANS, 2019).

Macinko et al (2022) vão além e sugerem não restringir a amostra a serviços públicos de APS e passar a considerar qualquer contato com outros tipos de prestador (públicos, privados, médicos, enfermeiros, generalistas e especialistas), solicitando ao entrevistado que identifique tais características. Esta modificação conduziria para uma avaliação do sistema de saúde inteiro.

10 PNS-2019: UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O questionário do Módulo J da PNS-2019 era composto por 56 questões com enfoque em acesso e utilização de serviços de saúde, dentre outros assuntos. Nos 86.820 domicílios visitados, foram coletadas as respostas de 134.221 indivíduos. Como destacado na metodologia, um dos moradores respondia pelos outros residentes (*proxy*).

Um total de 76,5% [IC95%=75,9-77,1] dos entrevistados afirmaram costumar procurar o mesmo lugar (médico ou serviço de saúde) quando precisam de atendimento médico, algo equivalente a 160,4 milhões de brasileiros (TABELA 8). A unidade básica de saúde foi o local de escolha para 46,8% [IC95%=45,9-47,8] dessas pessoas, apontada como primeira referência em todas as regiões do país.

Tabela 8 – Proporção de pessoas que costumavam procurar o mesmo local, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde, no Brasil e regiões, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o local de procura por atendimento, em 2019

Local de atendimento	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Farmácia	2,3% [2,1-2,6]	4,7% [3,5-5,9]	2,7% [2,3-3,0]	1,4% [1,1-1,8]	2,4% [1,9-3,0]	3,8% [2,9-4,7]
Unidade básica de saúde	46,8% [45,9-47,8]	55,3% [53,1-57,5]	54,1% [52,8-55,4]	39,1% [37,2-41,1]	51,9% [49,8-54,0]	46,6% [44,2-49,0]
Ambulatório de especialidades público	8,9% [8,4-9,4]	9,9% [8,6-11,2]	12,5% [11,7-13,3]	7,5% [6,7-8,4]	5,5% [4,8-6,3]	9,5% [7,6-11,4]
UPA, PS ou emergência públicos	14,1% [13,4-14,9]	14,3% [12,7-15,9]	14,0% [12,9-15,0]	15,6% [14,1-17,1]	10,5% [9,2-11,7]	13,3% [11,6-14,9]
Consultório ou clínica privados	22,9% [22,1-23,6]	12,8% [11,7-13,9]	14,0% [13,1-14,9]	29,4% [27,8-30,9]	25,5% [23,9-27,1]	22,5% [20,8-24,2]
PS ou emergência privados	4,4% [4,0-4,8]	2,3% [1,8-2,9]	2,4% [2,1-2,8]	6,3% [5,5-7,2]	3,7% [3,1-4,4]	3,8% [3,0-4,6]
Outro local	0,5% [0,4-0,6]	0,6% [0,3-0,8]	0,4% [0,3-0,5]	0,6% [0,4-0,8]	0,4% [0,2-0,6]	0,5% [0,3-0,7]

Legenda: PS – pronto-socorro; UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

A maior proporção foi encontrada na região Norte, onde foi escolhida por 55,3% [IC95%=53,1-57,5] dos entrevistados, enquanto a menor foi obtida no Sudeste, com apenas 39,1% [IC95%=37,2-41,1]. Os consultórios ou clínicas privadas e as unidades de pronto atendimento ou emergências de hospitais públicos foram, respectivamente, os segundos e os terceiros locais mais indicados. Uma parcela da população, especialmente na região Nordeste, apontou os centros de especialidades, policlínicas/PAM e os ambulatórios públicos como

primeira referência. Os estabelecimentos menos escolhidos foram os pronto-atendimentos ou emergências de hospitais privados e as farmácias.

Um grupo estimado de 159,6 milhões (76,2% [IC95%=75,8-76,6]) de entrevistados informou ter se consultado com um médico nos 12 meses anteriores, sendo que entre o sexo feminino essa proporção foi de 82,3% [IC95%=82,0-82,7] contra 69,4% [IC95%=68,9-69,9] no sexo masculino. Quanto à faixa etária, os mais jovens e os mais velhos foram os mais representados: de 0 a 17 anos com 75,7% [IC95%=75,8-76,6] e com 60 anos ou mais com 86,9% [IC95%=86,4-87,4]. Dos indivíduos com maior renda familiar *per capita*, mais de 5 salários-mínimos, 89,6% [IC95%=88,5-90,7] estiveram em consulta médica. A menor proporção foi entre aqueles que não tinham rendimento ou recebiam até um quarto de um salário-mínimo por mês, dos quais 67,6% [IC95%=66,6-68,7] se consultaram nos 12 meses anteriores. Os principais motivos para buscar atendimento foram doenças ou tratamento de doenças, 48,2% [IC95%=47,2-49,3], ações preventivas, vacinação, *check-up* médico ou acompanhamento com outro profissional de saúde, 25,1% [IC95%=24,2-26,0], e exames complementares de diagnóstico, 10,2% [IC95%=9,7-10,7].

Quase a metade dos entrevistados, 49,4% [IC95%=48,9-49,9], respondeu que consultou o dentista nos 12 meses anteriores. Apenas 34,3% [IC95%=33,3-35,2] da faixa etária de 60 anos ou mais passou pelo dentista. A proporção também foi menor nos entrevistados sem instrução ou com fundamental incompleto, com 41,1% [IC95%=40,5-41,7], e maior naqueles com ensino superior completo, 70,4% [IC95%=69,4-71,5]. Apenas 36,0% [IC95%=34,7-37,2] da população de menor renda – até um quarto de salário – foram consultados pelo dentista no ano anterior, contrastando com os 75,7% [IC95%=74,1-77,3] com renda mensal de 5 salários ou mais.

Foram 18,6% dos entrevistados que afirmaram ter procurado atendimento de saúde nas duas semanas antecedentes. Os maiores de 60 anos foram o grupo com maior representatividade, 27,5% [IC95%=26,8-28,3], ao contrário da faixa de 18 a 29 anos, na qual apenas 13,6% [IC95%=13,0-14,2] buscaram o serviço. Da mesma forma, tentaram um atendimento de saúde 26,8% [IC95%=25,3-28,2] dentre aqueles cuja renda é superior a 5 salários-mínimos contra 21,8% [IC95%=20,7-22,9] do grupo com renda de até um quarto de salário. daquelas que buscaram, 86,1% [IC95%=85,4-86,8] conseguiram o atendimento, sendo que 73,6% [IC95%=72,6-74,6] foram atendidas na primeira tentativa.

A proporção de pessoas que procurou atendimento nas duas semanas antecedentes à entrevista e que teve algum medicamento receitado nessa ocasião foi de 60,9% [IC95%=59,9-61,8]. Dessas pessoas, 85,0% [IC95%=84,2-85,9] conseguiram obter todos estes medicamentos

prescritos, 92,8% [IC95%=92,2-93,4] conseguiram pelo menos um dos medicamentos. O serviço público de saúde forneceu pelo menos um dos medicamentos receitados a 30,5% [IC95%=29,2-31,8] das pessoas. Os grupos com menor renda foram os que mais utilizaram o serviço público de saúde: 42,3% [IC95%=38,2-46,3] dos que ganham até um quarto de salário e 40,4% [IC95%=37,1-43,7] de um quarto a meio salário-mínimo. Apenas 7,1% [IC95%=3,7-10,5] dos que tem a renda familiar per capita superior a 5 salários-mínimos retirou o medicamento no serviço público.

10.1 Módulo J: uma proposta de modernização

Os primeiros dados sobre acesso e utilização de serviços de saúde provenientes de um inquérito nacional de base domiciliar no Brasil, após a implantação do SUS, foram fornecidos pelo Suplemento Saúde da PNAD-1998. O mesmo questionário, quase inalterado (QUADRO 3), foi mantido nas versões subsequentes da pesquisa (2003 e 2008) e nas PNS-2013 e 2019, constituindo uma série de caráter histórico. Apesar da periodicidade de sua aplicação, parece ter havido pouco planejamento do Ministério da Saúde durante todos estes anos em relação ao módulo (TRAVASSOS et al, 2008).

O tradicional questionário tem englobado alguns agrupamentos temáticos com certa independência entre si, como questões cuja abordagem está centrada na presença de morbidades, incapacidades físicas, autoavaliação do estado de saúde etc.

No bloco de perguntas destinadas à mensuração do acesso e utilização, mais propriamente, é questionado se o entrevistado possui um serviço de saúde de uso regular (J9) e de que tipo (J10a). A presença de um local de referência de atendimento pode ser interpretada como um indicador de melhor acesso (LAMBREW et al, 1996; MENDOZA-SASSI et al, 2003; GRAY et al, 2014). Esta associação é clássica, mas pode ser prejudicada por fatores que limitam o acesso efetivo e oportuno à unidade mencionada (RUST et al, 2008; BENETT, 2014).

Neste quesito, a PNS-2019 identificou que a grande maioria dos brasileiros afirma possuir um local de referência para atendimentos médicos, sendo a unidade básica de saúde a modalidade mais apontada, indicando a consolidação deste setor, como a “porta de entrada” do cidadão para o sistema de saúde do país. Eis uma razão clara para uma avaliação aprofundada e de abrangência nacional deste nível de cuidado.

Os itens subsequentes eram destinados a identificar o momento da última visita médica da pessoa (J11a) e a quantificar o número de consultas realizadas pelo indivíduo nos últimos doze meses (J12). A investigação do acesso continua nas questões seguintes, cujo período de

referência são as duas semanas anteriores à entrevista. O questionário busca detalhar a tentativa do entrevistado em procurar um atendimento médico para si próprio (J14), indagando sobre o motivo (J15a), o local (J16a), o desfecho da busca (J17a) e a razão do não atendimento (J18a), caso tenha sido este o resultado. Outras tentativas de obter atendimento médico foram tratadas nos itens posteriores.

É fundamental recordar que, ao longo do tempo, ficou bem estabelecida entre os teóricos a concepção de “acesso” a partir da decomposição em variadas dimensões, o que conferiu maior complexidade ao tema. Tal evolução tornou ainda mais desafiadora a tarefa de formular indicadores mensuráveis para este atributo (SHANCHEZ et al, 2012). O desenvolvimento deste modelo complexo logo definiu um caráter multifatorial também para as barreiras ao acesso. A fragmentação do conceito, no entanto, eventualmente beneficia intervenções políticas voltadas, especificamente, para alguns desses aspectos (SHENGELIA et al, 2005).

Em geral, as questões do atual Módulo J sobre acesso estão condicionadas à existência de uma necessidade em saúde que leve o indivíduo a procurar atendimento médico. Em seguida, é avaliado se este foi capaz de receber a assistência. Este modelo, numa perspectiva de comparação seriada, é útil em sugerir a existência de dificuldades para o uso do serviço, mas é pouco eficaz em identificar quais são as prováveis barreiras para sua utilização.

A difusão destes conceitos mais modernos ocorreu no mesmo período em que foi introduzido o módulo de investigação de acesso e utilização na PNAD-1998. Simultaneamente, outros pesquisadores produziam novos modelos mais sofisticados de aferição destes e de outros componentes da atenção primária.

O trabalho de Starfield (1998) – originalmente publicado, nos EUA, em 1998 – é o corolário de alguns esforços que vinham se desenvolvendo há algum tempo e que resultaram em uma contribuição seminal para o entendimento atual de atenção primária e para a concepção de um modelo de avaliação moderno. Esta obra foi traduzida, no Brasil, apenas no ano de 2002 (STARFIELD, 2002).

Neste contexto, o PCAT (SHI et al, 2001) foi apresentado pelo grupo da autora como uma ferramenta de avaliação específica da atenção primária que contemplava uma análise pormenorizada de cada atributo. Em algum tempo, o instrumento foi adaptado e validado para a população brasileira e sua versão completa para usuários adultos contém 87 itens (HARZHEIM et al, 2013).

Nesta versão, a análise do componente “acesso – primeiro contato” é realizada ao longo de 15 questões, cuja abordagem está fundamentada em um modelo teórico que divide o atributo em dois componentes: acessibilidade (estrutura) e utilização (processo).

O papel histórico do Módulo J é digno de consideração e seus resultados devem ser preservados enquanto fonte de valiosas informações sobre as condições de acesso à saúde no Brasil durante todo o período em que prevaleceu como seu principal instrumento de avaliação. Porém, com a expansão da atenção primária no país e a identificação do seu papel cada vez mais relevante como “porta de entrada” do sistema, surge a demanda por aferições mais modernas, capazes de orientar a qualificação dos serviços prestados aos cidadãos no âmbito do SUS.

Em síntese, destacamos duas considerações sobre o questionário da PNS-2019:

- (1) O Módulo J, a despeito de sua contribuição histórica, é cada vez mais limitado para atender às demandas atuais do sistema de saúde brasileiro. Nele, ainda é aplicada uma abordagem anacrônica para a avaliação do acesso, desalinhada com as definições multidimensionais contemporâneas do atributo, além de não ser capaz de analisar, adequadamente, as barreiras ao acesso, informação essencial para a tomada de decisões em planejamento e gestão.
- (2) O Módulo H, embora represente uma inovação fundamental para a institucionalização da avaliação da atenção primária no Brasil, fornece, unicamente, uma medida genérica do setor – representada pelo “escore geral”. Para além disso, os critérios adotados para a escolha dos entrevistados impuseram um provável “viés de seleção” que compromete a generalização dos seus resultados. A adoção de um instrumento capaz de produzir informações específicas sobre os outros atributos da atenção primária é indispensável para a compreensão aprofundada da mesma e, por conseguinte, para a melhoria da sua qualidade.

Deste modo, descreveremos nossa proposta de modernização do questionário da PNS. Este novo modelo tem por finalidade dirimir algumas das limitações dos atuais Módulos J e H, conforme discutido anteriormente, além de atualizar as bases teóricas conceituais adotadas na formulação das questões e de ampliar a utilidade pública dos dados produzidos pela pesquisa.

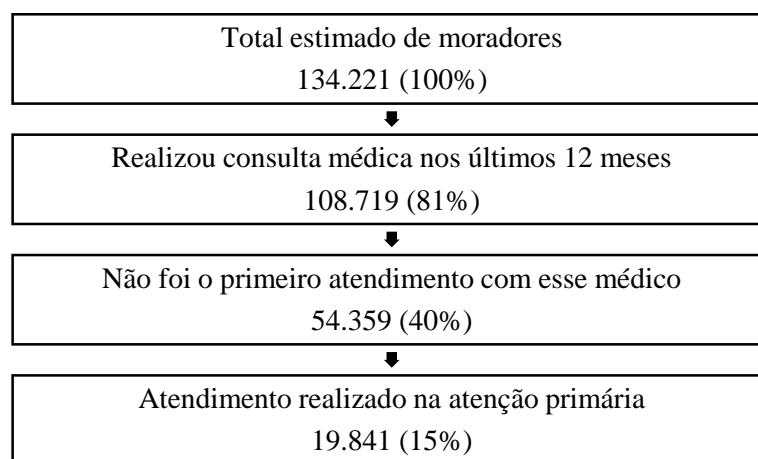
Acompanhando outros pesquisadores (MACINKO et al, 2022), sugerimos que o IBGE e o Ministério da Saúde, no planejamento da próxima PNS, considerem fundir os Módulos J e H e criar um novíssimo módulo de “avaliação da atenção primária”, cujo conteúdo seria formado pela incorporação integral do instrumento PCAT validado no Brasil para usuários adultos (PCAT-Adulto-Brasil) em sua versão extensa (ANEXO 4).

Esta modificação não requererá um aumento considerável no tamanho do questionário – de 86 para 92 itens – e representará uma transformação com potencial extraordinário na avaliação da atenção primária, no Brasil, ao incluir questões relativas a todos os atributos, os quais poderão ser analisados isoladamente ou em conjunto, fornecendo informações específicas e detalhadas para guiar a tomada de decisões e fortalecer a atenção primária brasileira.

A inclusão deste novo módulo dentro do grupo de “questionários do morador”, tal qual o atual Módulo J, permitirá que todos os moradores sejam elegíveis *a priori* para respondê-lo. Em contrapartida, será fundamental manter um filtro de seleção, como o aplicado no último Módulo H, para selecionar respondentes com algum contato prévio com o serviço, no intuito de alcançar resultados com maior acurácia.

Após a aplicação do filtro, a subamostra selecionada para responder ao Módulo H da PNS-2019 encerrou com aproximadamente 11,0% do total de moradores sorteado. Observou-se que o critério baseado no período de referência das perguntas excluiu uma parcela de 38% do total de moradores selecionados. Considera-se que esta taxa reduziria pela metade com a ampliação do período de referência para 12 meses.

Figura 3 – Estimativa de construção da amostra final do novo Módulo J após critérios de seleção



Fonte: Elaboração própria.

Na PNS-2019, houve 134.221 respostas ao Módulo J, valor que pode ser tomado como referência para a estimativa do impacto da mudança proposta sobre o número de entrevistas (FIGURA 3). Do total, 19% (25.502) devem ser eliminados na primeira etapa (atendimento nos últimos 12 meses), restando 108.719. Na segunda etapa, que considera apenas aqueles já atendidos pelo mesmo médico, anteriormente, a retenção foi de 50%, o que retornaria 54.359 pessoas. A última etapa restringiu a amostra àqueles atendidos na atenção primária e reteve

apenas 36,5% do grupo anterior, o que determinaria uma subamostra de 19.841 selecionados, implicando em um aumento da amostra em duas vezes comparado ao da PNS-2019.

Com esta modificação, serão revelados dados mais robustos e acurados para a sociedade, preservando a validade estatística dos números após a estratificação para níveis menores, como capitais, uma limitação encontrada na PNS-2019.

Quadro 4 – Quadro comparativo dos Módulos J (“Utilização de Serviços de Saúde”) e H (“Atendimento Médico”) da PNS-2019 com a proposta do novo Módulo J

	PNS-2019		Próxima PNS
	Módulo J	Módulo H	Novo Módulo J
Título	Utilização de serviços de saúde	Atendimento médico	Avaliação da atenção primária
Criação	1998	2019	?
Instrumento	original	PCAT-Adulto-Brasil reduzido	PCAT-Adulto-Brasil extenso
Bases teóricas	diversas	atributos essenciais e derivados da atenção primária	atributos essenciais e derivados da atenção primária
Nº de itens	56	30	92
População	todos os moradores	somente um morador	todos os moradores
Critério de seleção	nenhum	1. Consulta médica a menos de 6 meses; 2. Não ser o primeiro atendimento com este médico; 3. Consulta em unidade básica de saúde.	1. Consulta médica a menos de 12 meses; 2. Não ser o primeiro atendimento com este médico; 3. Consulta em unidade básica de saúde.
Resultado(s)	valores absolutos e percentuais	escore geral	escores geral e específicos
Nº entrevistas e estimativa	134.221	9.677	19.841

Fonte: Elaboração própria.

Em resumo (QUADRO 4), sugerimos a modernização do Módulo J da PNS, o que consistiria na fusão temática com o Módulo H e na adoção, como instrumento, da versão extensa do questionário PCAT-Adulto-Brasil. Haveria o aumento de seis questões e nenhum impacto sobre o número de entrevistas realizadas, a despeito do enorme ganho em tamanho de

amostra com a inclusão da avaliação da atenção primária no grupo de questionários aplicados a todos os moradores do domicílio. Além da necessária expansão do período de referência de 6 meses para um ano.

11 DISCUSSÃO

Os inquéritos em saúde, como a PNS-2019, carregam limitações inerentes ao próprio método. A interpretação dos seus resultados deve considerar a influência de fatores cognitivos como a memória e a desejabilidade social do entrevistado, potencialmente presentes neste tipo de estudo, baseado em autorrelatos. Questões relacionadas à amostra que respondeu o PCAT, como os critérios de seleção adotados, resultaram em um tamanho de amostra reduzido, comprometendo a generalização universal dos achados da pesquisa.

Em que pese as suas limitações, a PNS-2019 representou um marco indelével na história da APS no Brasil, tornando-se a primeira pesquisa de alcance nacional a avaliar o setor na perspectiva do usuário. Destinar um módulo inteiro da PNS-2019 para a avaliação da atenção primária representou uma grande inovação, resultante de uma parceria bem-sucedida do IBGE com o Ministério da Saúde. Estes resultados passaram a definir uma “linha de base” para a avaliação da APS no Brasil, além de consistirem num relevante substrato de base científica para a tomada de decisões essenciais no direcionamento das ações e políticas públicas. (PINTO et al, 2020).

Parece não ter precedentes em todo o mundo uma investigação em escala semelhante. As experiências mais próximas da PNS-2019 vêm da Catalunha, que adotou uma versão do instrumento ainda mais curta – o PCAT-A10 – em estudos locais de base populacional (ROCHA et al, 2021) e da cidade de Alberta, no Canadá, onde o PCAT tem sido sistematicamente aplicado, desde 2007, em inquéritos telefônicos de monitoramento da atenção primária (MOE et al, 2019).

No Brasil, o PMAQ-AB foi outra pesquisa de abrangência nacional, como a PNS. Sua última edição foi encerrada em 2019. O estudo envolvia, em uma de suas etapas, a aplicação de um questionário de avaliação da atenção primária baseada nos atributos. Entretanto, foi adotada uma técnica de amostragem não-probabilística, de modo que os resultados da avaliação do usuário não puderam ser extrapolados para a população (PROTÁSIO et al, 2020). Esta lacuna na avaliação da atenção primária brasileira passou a ser preenchida pela PNS-2019.

Segundo os dados da PNS-2019, a Estratégia Saúde da Família (ESF) alcança mais de 131 milhões de brasileiros, o equivalente a 62,2% da população. De 2013 para 2019, houve um aumento proporcional de 6,5% da abrangência. As unidades de atenção primária também foram as mais mencionadas como serviço médico de procura regular das pessoas. Estes dados reforçam a consolidação deste nível de cuidado como a principal “porta de entrada” do SUS

para a população brasileira. O mesmo já fora constatado em publicações tão antigas como o clássico artigo “A ecologia do cuidado médico” (WHITE et al, 1996).

Considerando o destaque para a atenção primária, na PNS-2019, como o serviço de saúde mais utilizado pelos brasileiros, e observando o caráter estratégico inerente à expansão e consolidação deste nível de cuidado no país (BRASIL, 2017), não restam dúvidas quanto à importância, para a sociedade, de dados de boa qualidade, que sejam efetivamente capazes de orientar a gestão pública e qualificar a atenção primária no SUS.

Os instrumentos PCAT são compostos por perguntas orientadas para avaliar apenas as dimensões estrutura e processo da Tríade de Donabedian. Deste modo, uma limitação da ferramenta é não ser capaz de avaliar o terceiro componente: resultados. Por este motivo, é fundamental que sejam utilizadas modalidades complementares de pesquisa para a avaliação da atenção primária.

Para além do conjunto de medidas proporcionadas pelos instrumentos PCAT, há outros fatores de grande relevância que compõem o setor e que, por sua vez, exigem o levantamento de outros dados e indicadores para formular uma ampla avaliação deste nível de cuidado.

Alguns indicadores são classicamente associados ao impacto da atenção primária sobre a saúde da população. No Brasil, vêm sendo publicados estudos nesta linhagem. Diversos pesquisadores sugerem resultados positivos relacionados à expansão da ESF, como redução das internações por condições sensíveis à APS (ICSAPS) (MAGAJEWSKI et al, 2008; ALFRADIQUE et al, 2009; MACINKO et al, 2010; DOURADO et al, 2011; MACINKO et al, 2011; CECCON et al, 2014; CARVALHO et al, 2015; PINTO et al, 2018) e da mortalidade infantil, especialmente por doença diarreica e infecções do trato respiratório (MACINKO et al, 2006; MACINKO et al, 2007; AQUINO et al, 2009; RASELLA et al, 2010; BASTOS et al, 2017).

Outros resultados positivos sobre o impacto da expansão da atenção primária no Brasil foram identificados na literatura, como a redução na mortalidade geral e nas iniquidades em saúde (HONE et al, 2020), assim como na mortalidade e nas hospitalizações por doença cardíaca e cerebrovascular (RASELLA et al, 2014; LENTSCK et al, 2015). Também foram relatadas melhora na detecção de novos casos de hanseníase (NERY et al, 2014) e a custo-efetividade da implementação da estratégia (ROCHA et al, 2010). Um estudo sobre o impacto da atenção primária no Brasil também encontrou associação positiva com a qualidade dos serviços (CASTRO et al, 2020).

É estratégico que o processo de implementação do módulo de atenção primária na PNS-2019 passe, ele próprio, por uma avaliação – uma análise crítica e reflexiva sobre todas as suas

etapas e os resultados obtidos –, com a pretensão de identificar fragilidades e potências do método, julgar a credibilidade dos resultados e contextualizar sua utilidade. Em suma, o objetivo de “avaliar a avaliação” é averiguar sua capacidade de responder perguntas necessárias para a qualificação da atenção primária no Brasil e produzir um juízo sobre os métodos adotados (HARTZ et al, 2008; FURTADO et al, 2012).

As pesquisas de avaliação em saúde, em geral, são direcionadas para um problema, um programa ou uma política específica, o que as confere um caráter “instrumental”. Além disso, atribui-se um papel “incremental”, e não “basilar”, aos seus achados, uma vez reconhecidos os inúmeros fatores condicionantes do processo de tomada de decisões. As informações e novidades produzidas por essas investigações, muitas vezes, chegam a alcançar e até influenciar a classe política, entretanto sua importância durante o processo pode ser afetada pelos outros elementos deste complexo sistema, como aqueles relacionados à política, economia, cultura, interesses pessoais etc. (ALMEIDA et al, 2006).

Interpretar as informações obtidas nas pesquisas sem perder de vista a trama em que opera o sistema de saúde é fundamental. A “perspectiva de sistemas complexos”³ tem sido cada vez mais aplicada às avaliações em Saúde Pública, a partir de abordagens metodológicas variadas (MCGILL et al, 2021). Apesar disso, a incorporação do pensamento complexo ainda requer mais estudos e aprimoramentos, a fim de mitigar algumas das suas limitações, como a dependência de um tempo mais longo para a avaliação, a necessidade do desenvolvimento de metodologias de avaliação ágeis e adaptativas, bem como a habilidade para reconhecer diversos impactos no sistema, ao invés de apresentar apenas uma medida como resultado – característica do pensamento linear (RUTTER et al, 2017).

Melhorias nos sistemas de informação em saúde também são altamente estimuladas, haja vista o enorme acervo de dados clínicos e administrativos armazenados de forma fragmentada. A integração entre os sistemas de informação, incluindo os prontuários eletrônicos, aumentará significativamente a capacidade de pareamento das informações retiradas dos diferentes sistemas, tornando os registros mais completos e criando um banco de dados único. A tecnologia atual permite a efetuação deste procedimento que promete aprimorar ações e planejamento em saúde, assim como ter uma relevância importante para a produção científica (DEROSE et al, 2003; SILVA et al, 2006; OLIVEIRA et al, 2016).

³ Um “sistema complexo” pode ser definido como um conjunto de partes inter-relacionadas. Seu comportamento é dinâmico e tais modificações são provocadas pelas interações de partes do sistema com o todo. A função de cada parte no sistema não é suficiente para explicá-lo. A compreensão total dos sistemas complexos não é possível, assim como controlá-lo ou prevê-lo. O “pensamento complexo” ganhou notoriedade em meados do século 20.

12 CONCLUSÃO

- O IBGE incorporou a avaliação em APS aos temas abrangidos na PNS, associando-a a uma política de Estado. Esta importante atitude deve assegurar a disponibilização periódica de dados de alcance nacional sobre o setor.
- A adoção do PCAT, um instrumento de coleta de dados reconhecido internacionalmente para avaliação em APS, garante benefícios como a comparabilidade dos resultados. Foi incorporada à PNS-2019 uma versão resumida validada do questionário para a população adulta que, no entanto, apresenta algumas limitações que prejudicam a análise dos seus resultados. Na próxima edição da PNS, recomenda-se a substituição do modelo resumido do instrumento pela sua versão completa.
- A PNS-2019 apresentou resultados consistentes para as unidades da federação, porém não alcançou significância estatística em outros níveis de análise. Destaca-se a importância de se tentar garantir amostras probabilísticas representativas do universo de cada unidade federativa e, se possível, também das capitais de estado. Com isto, será estabelecida uma “linha de base” mais completa para a avaliação da APS no Brasil.
- É muito importante a manutenção do apoio do Ministério da Saúde ao IBGE para a execução dos inquéritos de base populacional, como a PNS. Deve ser considerado o oferecimento de recursos, especialmente financeiros, para o planejamento e a realização das pesquisas de interesse para a Saúde.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, J. H.; KARK, S. L. Community oriented primary care: meaning and scope. *In: CONNOR, E.; MULLAN, F. (Orgs.). Community oriented primary care: new directions for health services delivery.* Washington, D. C.: National Academy Press, 1983. p. 21-59.
- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n. 6, 1337-1349, 2009.
- ALMEIDA, C.; BÁSCOLO, E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. **Cad saúde pública.** v. 22, supp, S7-S33, 2006.
- ALPERT, J. J.; CHARNEY, E. **The education of physicians for primary care.** Rockville, MD: U. S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, 1974. (Pub. N. (HRA) 74-3113).
- ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. **Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde.** Rio de Janeiro: ANS, 2019.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health.** v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- AWOFESO, N. What is the difference between ‘primary care’ and ‘primary healthcare’? **Quality in Primary Care,** v. 12, p. 93-94, 2004.
- AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian’s lasting framework for health care quality. **N Engl J Med,** v. 375, n. 3, p. 205-207, 2016.
- BARTOLL, X.; PÉREZ, K.; PASARÍN, M.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BORRELL, C. **Resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17.** Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018. Disponível em: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2018/12/ASPB_Enquesta-Salut-Barcelona-2016.pdf>. Acessado em 11 de dezembro de 2021.
- BASTOS, M. L.; MENZIES, D.; HONE, T.; DEGHANI, K.; TRAJMAN, A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS One.** v. 12, n. 8, e0182336, 2017.
- BENNETT, I. J. Access, continuity, or both. **Br J Gen Pract.** v. 64, n. 625, p. 388–389, 2014.

BETANCOURT, J. R.; GREEN, A. R.; CARRILLO, J. E. **Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches**. Nova York: The Commonwealth Fund, 2002.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, 2000. pp. 19-30.

BRANDÃO, A. L. R. B. S. B.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & saúde coletiva**. v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013,

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Notas técnicas. Versão 1.6**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Questionário dos moradores do domicílio**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5569.pdf>. Acessado em 12 de julho de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CALMAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. *In*: SALTMAN, R. S.; RICO, A. BOERMA, W. G. W. (Orgs.). **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 85-104

CAMARGO JR, K. R.; COELI, C. M. **Sistemas de informação e bancos de dados em saúde: uma introdução**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2001. 18 p.

CAMPBELL, J. L.; RAMSAY, J.; GREEN, J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. **Qual health care**. v. 10, n. 2, p. 90-95, 2001.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. **Strengthening the Foundation**: the role of the physician in primary health care in Canada. Ottawa: Ontario Canada Medical Association, 1994.

CARVALHO, D. M. T. Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**: volume I produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. p. 49-66.

CARVALHO, M. S. Informação: da produção à utilização. *In*: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da vigilância sanitária**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 235-256.

CARVALHO, S. C.; MOTA, E.; DOURADO, I.; AQUINO, R.; TELES, C.; MEDINA, M. G. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. **Cad saúde pública**. v. 31, n. 4, p. 744-754, 2015.

CASSADY, C. E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M. P. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. 4, 2000.

CASTRO, D. M.; OLIVEIRA, V. B.; ANDRADE, A. C. S.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, A. F. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad Saúde Pública**. v. 36, n. 11, e00209819, 2020.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. **Rev bras epidemiol**. v. 17, n. 14, p. 968-977, 2014.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj: IMS: ABRASCO, 2006. p. 117-130.

_____; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00056917, 2018.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 40-74.

_____; HARTZ, Z.; BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. A apreciação normativa. *In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z. (Orgs.). Avaliação conceitos e métodos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 77-94.

CHRISTAKIS, D. A.; WRIGHT, J. A.; ZIMMERMAN, F. J. et al. Continuity of care is associated with well-coordinated care. *Ambulatory pediatrics*, v. 3, n. 2, p. 82-86, 2002.

COSTA, M. A.; ALVES, M. T. S. S. B.; BRANCO, R. M. P. C.; CASTRO, W. E. C.; RAMOS, C. A. M. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface (Botucatu)*. v. 24, supl. 1, 2020.

CROSS, T. L.; BAZRON, B. J.; DENNIS, K. W. et al. **Towards a culturally competente system of care**: a monograph of effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. Washington, D. C.: CASSP Technical Assistance Center, 1989.

CUETO, M. A OMS e os cuidados primários durante os anos 80. *In: MEDCALF, A.; BHATTACHARYA, S.; MOMENM, H. et al. (ed.) Saúde para todos: o caminho para cobertura universal de saúde*. 1. ed. Himayatnagar: Orient Blackswan Private Limited, 2015.

D'ÁVILA, O. P.; PINTO, L. F. S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciência & saúde coletiva*. v. 22, n. 33, p. 855-865, 2017.

DEROSE, S. F.; PETITTI, D. B. Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. *Annual Review of Public Health*. v. 24, p. 363-384, 2003.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

_____. The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *The Milbank Quarterly*, v. 67, n. 2, p. 233-256, 1989.

_____. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DONALDSON, M.; YORDY, K.; VANSELOW, N. (Orgs.) **Defining primary care: an interim report**. Washington, D. C.: National Academy Press, 1994.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, V. B.; AQUINO, R.; BONOLO, P.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDIINA, M. G.; MOTA, E.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. v. 49, n. 6, p. 577-584, 2011.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. *In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z. (Orgs.). Avaliação conceitos e métodos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-39.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev bras epidemiol.** v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; JÚNIOR, A. E.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & saúde coletiva.** v. 1, n. 3, p. 633-641, 2006.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 10, sup., p. 303-312, 2005.

FAN, V. S.; BURMAN, M.; MCDONELL, M. B. et al. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. **J Gen Intern Med,** v. 20, p. 226-233, 2005.

FLOCKE, S. A. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. **J Fam Pract.** v. 45, p. 64-74, 1997.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da Atenção Básica. *In:* GUIZARDI, F. L.; NESPOLI, G.; CUNHA, M. L. S. et al. (Org.). **Políticas de participação e saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária – UFPE, 2014. p. 197-224.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z. et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 3, p. 695-705, 2012.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública.** v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública.** v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

GORDIS, L. **Epidemiologia.** 5. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2017. 404 p.

GRAY, D. P.; WHITE, E.; EVANS, P. The importance of continuity of care. **Br J Gen Pract.** v. 64, n. 626, p. 446, 2014.

_____; SIDAWAY-LEE, K.; WHITE, E. et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systemic review of continuity of care and mortality. **BMJ Open.** v. 8, p. e021161, 2018.

GREEN, L. A.; PHILLIPS JR, R. L.; FRYER, G. E. The nature of primary medical care. *In: JONES, R.; BRITTEN, N.; CULPEPER, L. et al. (Orgs.) Oxford textbook of primary medical care.* 1. ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

GROL, R.; WENSING, M. **Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument.** Nijmegen, NL: University Medical Center, 2000.

HARTZ, Z. M. A.; CONTRADIOPOULOS, A. P. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. *In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (org.). Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 27-45.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R.; TRINDADE, T. G.; BERRA, S.; DUNCAN, B. B.; STARFIELD, B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v. 8, n. 29, p. 274-278, 2013.

_____; STARFIELD, B.; RAJMIL, L. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad Saúde Pública.** v. 22, n. 8, 2006.

_____; PINTO, L. F.; HAUSER, L.; SORANZ, D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & saúde coletiva.** v. 21, n. 5, p. 1399-1408, 2016.

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLET, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **Lancet.** v. 392, p. 1461-1472, 2018.

_____; SARACENI, V.; COELI, C. M.; TRAJMAN, A.; RASELLA, D.; MILLET, C.; DUROVNI, B. Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: A cohort analysis of 1.2 million adults. **PLoS Med.** v. 17, n. 10, e1003357, 2020.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. Division of health manpower and resources development. **Report of a study: a manpower policy for primary health care.** Washington, D. C.: National Academy of Sciences, 1978.

ISRAEL, B. A.; SCHULZ, A. J.; PARKER, E. A. et al. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. **Annu. Rev. Public Health.** v. 19, p. 173-202, 1998.

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W. G. W.; HUTCHINSON, A.; VAN DER ZEE, J.; GROENEWEGEN, P. P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research.** v. 10, n. 65, p. 1-13, 2010.

LAMBREW, J. M.; DEFRIESE, G. H.; CAREY, T. S.; RICKETTS, T. C.; BIDDLE, A. K. The effects of having a regular doctor on access to primary care. **Medical care.** v. 34, n. 2, p. 138-151, 1996.

LENTSCK, M. H.; LATORRE, M. R. D. O.; MATHIAS, T. A. F. Trends in hospitalization due to cardiovascular conditions sensitive to primary health care. **Rev brasil epidemiol.** v. 18, n. 2, p. 372-384, 2015.

LUCENA, C. D. R. X.; ELWANGER, D.; SOUSA, L. S.; MOYA, V. S.; MAIA, A. L. M. SIH – Sistema de Informação Hospitalar: contexto histórico, potencialidades, limitações e perspectivas. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS.** Organização Pan-Americana de Saúde: Brasília, 2015. p. 43-65.

LYRATZOPOULOS, G.; ELLIOTT, M.; BARBIERE, J. M.; et al. Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. **BMJ Qual Saf.** v. 21, n. 1, p. 21-29, 2012.

MACINKO, J; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health.** V. 60, n.1, p. 13-19, 2006.

_____; SOUZA, M. F. M.; GUANAIS, F. C.; SIMÕES, C. C. S. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Soc Sci Med.** v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.

_____; DOURADO, I.; AQUINO, R.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDINA, M. G.; MOTA, E.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff (Millwood).** v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

_____; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P.; LIMA-COSTA, M. F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **Am J Public Health.** v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011.

_____; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. **N Engl J Med.** v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.

_____; MULLACHERY, P. H. Primary care experiences among Brazilian adults: cross-sectional evidence from the 2019 National Health Survey. **PLoS ONE.** v. 17, n. 6, e0269686, 2022.

MAESENEER, J. M.; PRINS, L.; GOSSET, C. et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? **Ann Fam Med,** v. 1, p. 144-148, 2003.

MAHLER, H. The meaning of “Health for All by the Year 2000”. **Am J Public Health.** v. 106, n. 1, p. 36-38, 2016.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Manag care.** v. 18, n. 6, p. 44-48, 2009.

- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj: IMS: ABRASCO, 2006. p. 43-68.
- MCDONALD, K. M.; SCHULTZ, E.; ALBIN, L. et al. **Care coordination measures atlas**. 4. ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.
- MCDANIEL, S. H.; CAMPEBELL, T. L.; SEABURN, D. B. **Family-oriented primary care**. 2. ed. Nova York: Springer Science+Business Media, 2005.
- MCGILL, E.; ER, V.; PENNEY, T.; EGAN, M.; WHITE, M. et al. Evaluation of public health interventions from a complex systems perspective: a research methods review. **Social science & medicine**. v. 272, p. 113697, 2021.
- MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In: HARTZ, Z.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.
- MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2016. Disponível em <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acessado em 12 de julho de 2022.
- MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública**. v. 19, n. 5, p. 1257-1266, 2003.
- MILLIS, J. S. **The graduate education of physicians**. Report of the Citizens' Commission on Graduate Medical Education. Chicago: American Medical Association, 1966.
- MOE, G. C.; MOE, J. E. S.; BAILEY, A. L. Evaluating the implementation of collaborative teams in community family practice using the Primary Care Assessment Tool. **Can Fam Physician**. v. 65, p. e515-22, 2019.
- NAVARRO, V. A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt report and the WHO Alma-Ata Declaration. **Soc. Sci. Med.** v. 18, n. 6, p. 467-474. 1984.
- NERY, J. S.; PEREIRA, S. M.; RASELLA, D.; PENNA, M. L. F.; AQUINO, R.; RODRIGUES, L. C.; BARRETO, M. L.; PENNA, G. O. Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. **PLoS Negl Trop Dis**. v. 8, n. 11, e3357, 2014.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc**. v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.

OLIVEIRA, E. S. Assistência médico-sanitária: notas para uma avaliação. **Cad. Saúde Pública**. v. 7, n. 3, p. 370-395, 1991.

OLIVEIRA, G. P.; BIERRENBACH, A. L. S.; CAMARGO JR, K. R.; COELI, C. M.; PINHEIRO, R. S. Acurácia das técnicas de relacionamento probabilístico e determinístico: o caso da tuberculose. **Rev saúde pública**. v. 50, n. 49, 2016.

OLIVEIRA, M. M. C.; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 256-263, 2013.

O'MALLEY, A. S.; RICH, E. C. Measuring comprehensiveness of primary care: challenges and opportunities. **J Gen Intern Med**, v. 30, n. Suppl 3, p. S568-575, 2015.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care. República Socialista Soviética Cazaque: World Health Organization, 1978.

_____. Regional Office for Europe. **Evaluation of the structure and provision of primary care in Tajikistan**: a survey-based project. Copenhagen: World Health Organization, 2014.

_____. **Declaration of Astana**. Astana: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>. Acessado em 20 de junho de 2021.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata**. Report of the High-Level Commission. Washington, D.C.: PAHO, 2019.

PAULA, F. A.; SILVA, C. C. R.; SANTOS, D. F.; MARTINS-FILHO, O. A.; ANDRADE, R. A. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**. v. 39, n. 106, p. 802-814, 2015.

PAULO, L. F. A. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. **Physis**. v. 26, n. 3, p. 981-1007, 2016.

PANITZ, L. M.; TOMASSINI, E.; ARAUJO, D. E. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial: história e importância na gestão do SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de informação da atenção à saúde**: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS. Organização Pan-Americana de Saúde: Brasília, 2015. p. 67-82.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**. v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PENN, D. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. Londres: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

PERILLO, R. D.; POÇAS, K. C.; BERNAL, R. T. I.; DUARTE, E. C.; MALTA, D. C. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciência & saúde coletiva**. v. 26, n. 3, p. 961-974, 2021.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**. v. 38, n. especial, p. 358-372, 2014.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S.; FIGUEIREDO, A. W. S. Sistemas nacionais de informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1859-1870, 2018.

_____; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde colet.** v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

_____; SILVA, V. S. T. M. Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 26, n. 2, p. 651-656, 2021.

PORTELA, G. Z. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

POWER, T. J.; MAUTONE, J. A.; MANZ, P. H. et al. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges. **Pediatrics**. v. 121, n. 1, 2008.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

PROTÁSIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cad saúde pública**. v. 33, n. 2, p. e00184715, 2017.

_____; CIOL, M. A.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. O que os usuários têm a dizer sobre a atenção básica? Olhares produzidos a partir do PMAQ-AB. *In: AKERMAN, M.; SANINE, P. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G; MARIM, F. A. et al. (Orgs.) Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS: perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. pp. 125-142.*

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**. v. 126, n. 3, p. 534-540, 2010.

_____; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**. v. 349 g4014, 2014.

RAWAF, S.; DE MAESENEER, J.; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. **Lancet**. v. 18, n. 372, p. 1365-1367. 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

REZENDE, F. A. V. S.; SOARES, M. F.; REIS, A. C. Os sistemas de informação em saúde no Sistema Único de Saúde. *In*: LEANDRO, B. B. S.; REZENDE, F. A. V. S.; PINTO, J. M. C. (Orgs.). **Informações e registros em saúde e seus usos nos SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. p. 53-87.

RIFKIN, S.B.; WALT, G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. **Soc Sci Med**. v. 23, n. 6, p. 559-566, 1986.

RUTTER, H.; SAVANOVA, N.; GLONTI, K.; BIBBY, J.; CUMMINS, S. et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. **Lancet**. v. 390, p. 2602-2604, 2017.

ROBERTS, J. S.; COALE, J. G.; REDMAN, R. R. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. **JAMA**. v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987.

ROCHA, K. B.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; PASARÍN, M. I.; BERRA, S.; GOTSSENS, M.; BORRELL, C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. **European journal of public health**. v. 22, n. 1, p. 14-19, 2011.

_____; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BERRA, S.; BORRELL, C.; PASARÍN, M. I. Evaluación de la atención primaria, versión modificada del instrumento PCAT-A10. **Aten Primaria**. v. 53, n. 1, p. 3-11, 2021.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health econ**. v. 19, suppl. 1, p. 126-158, 2010.

ROWAN, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**. v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000.

RUST, G.; YE, J.; BALTRUS, P.; DANIELS, E.; ADESUNLOYE, B.; FRYER, G. E. Practical barriers to timely primary care access. **Arch intern med**. v. 168, n. 15, p. 1705-1710, 2008.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SAFRAN, D. G.; KOSINSKI, M.; TARLOV, A. R. et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. **Medical care**. v. 36, n. 5, p. 728-739, 1998.

SAUERBORN, R.; LIPPEVELD, T. Introduction. *In*: WHO. **Design and implementation of health information systems**. Geneva: WHO, 2000. p. 1-14.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Annals of Family Medicine**, v. 1, n. 3, p. 134-143, 2003.

SCHÄFER, W. L. A.; BOERMA, W. G. W.; KRINGOS, D. S. et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs, and equity in primary care. **BMC Family Practice**. v. 12, n. 115, p 1-9, 2011.

SERRA, A. Modelo abierto de gestión para resultados en el sector público. **Revista del CLAD Reforma y Democracia**. n. 39, p. 149-201, 2007.

SHENGELIA, B.; TANDON, A.; ADAMS, O. B.; MURRAY, C. J. L. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. **Social Science & Medicine**. v. 61, p. 97-109, 2005.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract**. v. 50, n. 2, p. 161, 2001.

_____. The impact of primary care: a focused review. **Scientifica (Cairo)**. v. 2012, p. 432892, 2012.

SILVA, J. P. L.; TRAVASSOS, C.; VASCONCELLOS, M. M.; CAMPOS, L. M. Revisão sistemática sobre encadeamento ou linkage de bases de dados secundários para uso em pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v. 14, n. 2, p. 197-224, 2006.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. Nova York: Oxford University Press, 1992. 262 p.

_____. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Nova York: Oxford University Press, 1998. 438 p.

_____; CASSADY, C. E.; NANDA, J.; FORREST, C. B.; BERK, R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. **J Fam Pract**. v. 46, n. 3, p. 216-226, 1998.

_____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1. ed. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

STEWART, A. L.; NÁPOLES-SPRINGER, A. M.; GREGORICH, S. E. et al. Interpersonal Processes of Care Survey: patient-reported measures for diverse groups. **Health services research**. v. 42, n. 3, p. 1235-1256, 2007.

STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 29, n. 5, 2020.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; OSORIO, A. et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 800-806, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, sup. 2, p. S190-S198, 2004.

_____; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev bras epidemiol**. v. 11, suppl. 1, p. 98-112, 2008.

_____; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 183-206.

_____; MARTINS, M.; CALDAS, B. Qualidade e segurança no cuidado de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 373-382.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 9, 2020.

VUORI, H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. **Health Policy**, v. 4, p. 221-230, 1985.

WHALSH, J. A.; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **N Engl J Med**. v. 301, n. 18, p. 967-974, 1979.

WHITE, L. K.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **N Engl J Med**, 265:885-892, 1961.

ANEXO 1 – Módulo H (“Atendimento Médico”) questionário PNS-2019

Módulo H – Atendimento Médico (18 anos ou mais)

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

1. Até 15 dias
2. Mais de 15 dias até 1 mês
3. Mais de 1 mês até 6 meses
4. Mais de 6 meses
5. Nunca consultou um médico(a)

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

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

1. Sim
2. Não

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

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

1. Acidente ou lesão
2. Continuação de tratamento ou terapia
3. Consulta pré-natal
4. Exame médico periódico
5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista etc.)
6. Problema de saúde mental
7. Doença ou outro problema de saúde
8. Outro (Especifique: _____)

(siga H4)

H4. Onde procurou o atendimento médico por este motivo?

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. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
7. Hospital público / ambulatório
8. Consultório particular ou clínica privada
9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com médico particular
12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família
13. Outro (Especifique: _____)

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

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

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

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

H5. Você geralmente procura “esse(a) médico(a)” quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

1. Sim
2. Não

(siga H6)

H6. “Esse(a)” é o médico(a) que melhor conhece você como pessoa?

1. Sim
2. Não

(siga H7)

H7. “Esse(a)” é o médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?

1. Sim
2. Não

(siga H8)

Acesso de Primeiro Contato - Utilização

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

H8. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à “esse(a) médico(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H9)

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

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

H9. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H10)

H10. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H11)

Longitudinalidade

H11. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H12)

H12. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas a “esse(a) médico(a)”?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H13)

H13. “Esse(a) médico(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H14)

H14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H15)

Coordenação do cuidado

H15. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento com “esse(a) médico(a)? (Entrevistador(a) Leia todas as alternativas)

1. Sim (siga H16)
2. Não (passe H20)
3. Não sabe / Não lembra (passe H20)

H16. “Esse(a) médico(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou serviço especialista?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H17)

H17. “Esse(a) médico(a)” escreveu alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H18)

H18. “Esse(a) médico(a)” sabe quais foram os resultados dessa consulta (com especialista ou no serviço especializado)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H19)

H19. “Esse(a) médico(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu no(a) especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido(a)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H20)

Coordenação – Sistemas de informação

H20. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário médico no(a) “serviço de saúde”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H21)

Integralidade – Serviços Disponíveis

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

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

H21. Aconselhamento para problemas de saúde mental (Ex: ansiedade, depressão)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H22)

H22. Aconselhamento sobre como parar de fumar?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H23)

H23. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (Ex: diminuição da memória, risco de cair)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H24)

Integralidade - Serviços Prestados

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

H24. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H25)

H25. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H26)

H26. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H27)

H27. Como prevenir quedas?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H28)

Orientação Familiar

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

H28. “Esse(a) médico(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H29)

H29. “Esse(a) médico(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H30)

Orientação Comunitária

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

H30. No(a) “serviço de saúde” é(são) realizada(s) pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

(4) Com certeza sim
(3) Provavelmente sim
(Encerre o questionário)

(2) Provavelmente não
(1) Com certeza não

(5) Não sabe / Não lembra

ANEXO 2 – Módulo J (“Utilização de Serviços de Saúde”) questionário PNS-2019

Módulo J – Utilização de Serviços de Saúde

Entrevistador leia: Agora vou lhe fazer perguntas sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde dos moradores do domicílio.

J1. De um modo geral, como é o estado de saúde de _____?

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 1. Muito bom | 3. Regular | 5. Muito ruim |
| 2. Bom | 4. Ruim | |
- (siga J1a)

J1a. Considerando saúde como estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como é o estado de saúde de _____?

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 1. Muito bom | 3. Regular | 5. Muito ruim |
| 2. Bom | 4. Ruim | |
- (siga J2)

J2. Nas duas últimas semanas, _____ deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?

1. Sim (siga J3)
2. Não (passe J7)

J3. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo da própria saúde?

||_|

Dias

(siga J4a)

J4. Qual foi o principal motivo de saúde que impediu _____ de realizar suas atividades habituais nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|--|
| 01. Problema nos ossos e articulações (Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca/Dor nos braços ou nas mãos/Artrite ou reumatismo) | 08. Problemas cardiovasculares (Pressão alta / doença do coração / AVC ou derrame) |
| 02. Dor de cabeça ou enxaqueca | 09. Diabetes |
| 03. Problemas gineco-obstétricos (Problemas menstruais ou da gravidez e parto) | 10. Câncer (inclusive quimioterapia / radioterapia) |
| 04. Problema odontológico / Dor de dente | 11. Problemas neurológicos (Alzheimer / Esclerose / Doença de Parkinson / Demência) |
| 05. Problemas respiratórios (Resfriado / gripe / sinusite / asma / bronquite / pneumonia) | 12. Saúde mental (Depressão / bipolaridade / esquizofrenia / Transtorno de ansiedade / outro problema de saúde mental) |
| 06. Problemas gastrointestinais (Diarreia / vômito / náusea / gastrite / dor de barriga) | 13. Lesões ou fraturas provocada(s) por acidente(s) ou violência |
| 07. Dengue, Chikungunya, Zika Vírus ou Febre amarela | 14. Outro problema de saúde |

(siga J4b)

J4b. Este motivo de saúde estava relacionado ao trabalho?

- | | | |
|--------|--------|-------------------------------------|
| 1. Sim | 2. Não | 3. Não trabalhava / Nunca trabalhou |
|--------|--------|-------------------------------------|

(siga J5)

J5. Nas duas últimas semanas _____ estava acamado(a)?

1. Sim (siga J6)
2. Não (passe J7)

J6. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ esteve acamado?

||_|

Dias

(siga J7)

J7. Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) a _____?

1. Sim (siga J8a)

2. Não (passe J9)

J8a. Algum dessas doenças limita, de alguma forma, suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.)?

1. Sim

2. Não

(siga J9)

J9. _____ costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

1. Sim (siga J10a)

2. Não (passe J11a)

J10a. Algum dessas doenças limita, de alguma forma, suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.)?

01. Farmácia

02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)

03. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público

04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público

05. Ambulatório de hospital público

06. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado

07. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado

08. Atendimento domiciliar

09. Outro serviço

(siga J11a)

J11a. Quando _____ consultou um médico pela última vez?

1. Até 1 ano

2. Mais de 1 ano a 2 anos

3. Mais de 2 anos a 3 anos

4. Mais de 3 anos

5. Nunca foi ao médico

(Se J11a = 1, siga J12. Caso contrário, passe J13a)

J12. Quantas vezes _____ consultou um médico nos últimos doze meses?

||_|

Vezes

(siga J13a)

J13a. Quando _____ consultou um dentista pela última vez?

1. Até 1 ano

2. Mais de 1 ano a 2 anos

3. Mais de 2 anos a 3 anos

4. Mais de 3 anos

5. Nunca foi ao médico

(siga J14)

J14. Nas duas últimas semanas, _____ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?

1. Sim (siga J15a)

2. Não (passe J36a)

J15a. Qual foi o motivo principal pelo qual _____ procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|--|
| 1. Acidente, lesão ou fratura | 7. Exame complementar de diagnóstico (sangue, urina, imagem etc.) |
| 2. Doenças (dor, febre, diarreia etc.) ou continuação de tratamento de doença | 8. Vacinação |
| 3. Problemas odontológicos, dor de dente ou consulta de rotina ao dentista | 9. Prevenção, check-up médico ou puericultura |
| 4. Reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional etc.) | 10. Solicitação de atestado de saúde |
| 5. Pré-natal | 11. Acompanhamento com psicólogo, nutricionista ou outro profissional de saúde |
| 6. Parto | 12. Outro |
- (siga J16a)

J16a. Onde _____ procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|---|
| 1. Farmácia | 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado |
| 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado |
| 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público | 8. No domicílio |
| 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público | 9. Outro serviço |
| 5. Ambulatório de hospital público | |
- (siga J17a)

J17a. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Foi agendado para outro dia / outro local (passe J19) | 3. Foi atendido (passe J23) |
| 2. Não foi atendido (siga 18a) | |

J18a. Por que motivo _____ não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

- | | |
|--|--|
| 1. Não conseguiu vaga nem pegar senha | 5. O serviço de saúde não estava funcionando |
| 2. Não tinha médico ou dentista atendendo | 6. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso |
| 3. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender | 7. Não podia pagar pela consulta |
| 4. Esperou muito e desistiu | 8. Outro |
- (siga J19)

J19. Nas duas últimas semanas, quantas vezes _____ voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?

- _____|_____|_____| (Vezes)
- (Se J19 ≠ 0, siga J20a. Se J19 = 0, passe J37.)
0. Nenhuma vez

J20a. Onde _____ procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|---|
| 1. Farmácia | 5. Ambulatório de hospital público |
| 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado |
| 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público | 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado |
| 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público | 8. No domicílio |
| | 9. Outro serviço |
- (siga J21)

J21. Nessa última vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas, _____ foi atendido(a)?

1. Sim (passe J23)
2. Não (siga J22a)

J22a. Por que motivo _____ não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

- | | |
|--|--|
| 1. Não conseguiu vaga nem pegar senha | 5. O serviço de saúde não estava funcionando |
| 2. Não tinha médico ou dentista atendendo | 6. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso |
| 3. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender | 7. Não podia pagar pela consulta |
| 4. Esperou muito e desistiu | 8. Outro |

(siga J37)

J23. Este serviço de saúde onde _____ foi atendido era:

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1. Público | 3. Não sabe / Não lembra |
| 2. Privado | |
- (siga J24)

J24. Este atendimento de saúde de _____ foi coberto por algum plano de saúde?

1. Sim
 2. Não
- (siga J25)

J25. _____ pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas? (Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responde que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)

1. Sim
 2. Não
- (siga J26)

J26. O atendimento de _____ foi feito pelo SUS?

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1. Sim | 3. Não sabe / Não lembra |
| 2. Não | |
- (siga J27a)

J27a. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu?

- | | | |
|---|---|--|
| 01. Consulta médica | 07. Medição / aferição de pressão arterial, injeção, curativo | 13. Práticas integrativas e complementares como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, <i>tai chi chuan</i> e <i>liang gong</i> |
| 02. Consulta odontológica | 08. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia | 14. Práticas de promoção de saúde, tais como grupos de atividade física, orientação sobre alimentação saudável, uso abusivo de outras drogas, grupo de cessação de tabagismo |
| 03. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro etc.) | 09. Exames complementares de diagnóstico (sangue, urina, imagem etc.) | 15. Outro atendimento |
| 04. Atendimento com agente comunitário de saúde | 10. Gesso ou imobilização | |
| 05. Atendimento na farmácia | 11. Pequena cirurgia em ambulatório | |
| 06. Vacinação | 12. Internação hospitalar ou cirurgia | |

(siga J29a)

J29a. Neste atendimento de _____, foi receitado algum medicamento?

1. Sim (siga J30a)
2. Não (passe J37)

J30a. _____ conseguiu obter os medicamentos receitados:

1. Sim, todos (passe J32)
2. Sim, alguns (siga J31a)
3. Não, nenhum (siga J31a)

J31a. Qual o principal motivo de _____ não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?

1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde
2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa Aqui tem Farmácia Popular
3. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte
4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia
5. Não tinha dinheiro para comprar
6. Não achou necessário
7. Desistiu de procurar, pois melhorou
8. Outro

(Se J30a = 3, passe J37. Se J30a = 2, siga J32.)

J32. Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?

1. Sim, todos (passe ao J35)
2. Sim, alguns (siga J33a)
3. Não, nenhum (siga J33a)

J33a. Algum dos medicamentos foi obtido no programa Aqui tem Farmácia Popular?

1. Sim, todos (passe J35)
2. Sim, alguns (siga J34)
3. Não, nenhum (siga J34)

J34. Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?

1. Sim, todos (siga J35)
2. Sim, alguns
3. Não, nenhum

J35. _____ pagou algum valor pelos medicamentos?

1. Sim
 2. Não
- (passe J37)

J36a. Nas duas últimas semanas, por que motivo _____ não procurou serviço de saúde?

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| 01. Não houve necessidade | 06. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades | 10. Greve nos serviços de saúde |
| 02. Não tinha dinheiro | 07. Achou que não tinha direito | 11. Outro motivo |
| 03. O local de atendimento era distante ou teve dificuldade de transporte | 08. Não tinha quem o(a) acompanhasse | |
| 04. Horário incompatível | 09. Não gostava dos profissionais do estabelecimento | |
| 05. O atendimento é muito demorado | | |

(siga J37)

J37. Nos últimos doze meses, _____ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?

1. Sim (siga J38)
2. Não (passe J46)

J38. Nos últimos doze meses, quantas vezes _____ esteve internado(a)?

||_| (Veze)
(siga J39)

J39. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Parto normal | 5. Cirurgia |
| 2. Parto cesáreo | 6. Exames complementares de diagnóstico |
| 3. Tratamento clínico | 7. Outro |
| 4. Tratamento psiquiátrico | (siga J40) |

J40. Quanto tempo _____ ficou internado(a) na última vez?

____ (Meses)

____ (Dias)

88. Morador ainda está internado

(siga J41)

J41. O estabelecimento de saúde em que _____ esteve internado(a) pela última vez nos últimos meses era:

1. Público

2. Privado

3. Não sabe / Não lembra

(siga J42)

J42. A última internação de _____ nos últimos doze meses foi coberta por algum plano de saúde?

1. Sim

2. Não

(siga J43)

J43. _____ pagou algum valor por esta última internação? (*Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2*)

1. Sim

2. Não

(siga J44)

J44. Esta última internação de _____ foi feita através do Sistema Único Saúde (SUS)?

1. Sim

3. Não sabe / Não lembra

2. Não

(siga J46)

J46. Nos últimos doze meses, _____ teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio?

1. Sim (siga J47)

2. Não (passe J53a)

J47. Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?

1. Sim

2. Não

(siga J48)

J48. _____ pagou algum valor por este atendimento? (*Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2*)

1. Sim

2. Não

(siga J49)

J49. Este atendimento foi feito através Sistema Único de Saúde (SUS)?

1. Sim

2. Não

3. Não sabe / Não lembra

(siga J51)

J51. Neste atendimento _____ foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?

1. Sim (siga J52)

2. Não (passe J53a)

J52. O transporte foi feito por:

1. SAMU

4. Corpo de bombeiro

2. Ambulância de serviço público de saúde

5. Outro

3. Ambulância de serviço de saúde privado / plano de saúde

(siga J53a)

J53a. Nos últimos doze meses, _____ utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, *tai chi chuan*, *lian gong* ou outra prática integrativa e complementar a saúde?

1. Sim (siga J54a)
2. Não (passe J60)

J54a. Qual tratamento _____ fez uso:

1. Acupuntura

1. Sim
2. Não

6. Yoga

1. Sim
2. Não

2. Homeopatia

1. Sim
2. Não

7. *Tai chi chuan*, *Liang ong*, *Qi gong*

1. Sim
2. Não

3. Plantas medicinais e fitoterapia

1. Sim
2. Não

8. Terapia comunitária integrativa

1. Sim
2. Não

4. Auriculoterapia

1. Sim
2. Não

9. Outro

1. Sim
2. Não

5. Meditação

1. Sim
2. Não

(siga J56)

J56. _____ pagou algum valor por este(s) tratamento(s)?

1. Sim, todos
 2. Sim, alguns
 3. Não
- (siga J57)

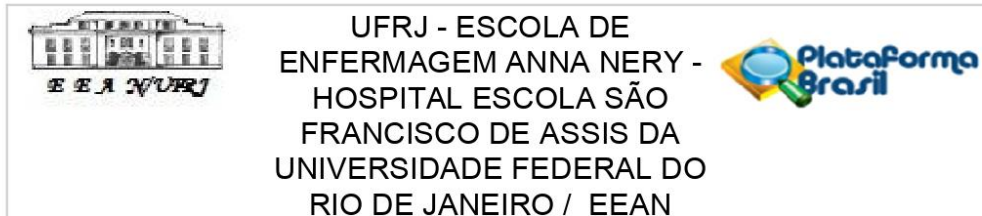
J57. Este(s) tratamento(s) foi (eram) feito(s) através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1. Sim, todos | 3. Não |
| 2. Sim, alguns | 4. Não sabe / Não lembra |
- (siga J60)

J60. O informante desta parte foi:

1. A própria pessoa
 2. Outro morador
 3. Não morador
- (Encerre o Módulo J)

ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E O USO DO INSTRUMENTO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL NO BRASIL

Pesquisador: Vinicius Siqueira Tavares Meira Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40442720.5.0000.5238

Instituição Proponente: Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.447.733

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa pretende utilizar os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019, para avaliação da atenção primária à saúde (APS) no Brasil. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), constitui o maior inquérito domiciliar em saúde do país, com amostra probabilística e abrangência nacional, regional e local, realizada pelo IBGE, iniciada em 2013, com periodicidade prevista de 5 anos. Abrange variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde, utilização de serviços de saúde, hábitos e estilo de vida, dentre outros.

Uma das ferramentas mais difundidas para a avaliação da atenção primária à saúde (APS) é o Primary Care Assessment Tool (PCAT) que consiste em um conjunto de questionários direcionados a usuários e profissionais. O PCAT foi concebido na década de 2000 (CASSADY et al, 2000; SHI et al, 2001) com o intuito de avaliar os serviços segundo seu grau de orientação para os atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) da APS. As versões para crianças e adultos já foram traduzidas e validadas para o português e foi adotado pelo Ministério da Saúde, como o instrumento oficial de avaliação dos serviços da APS no SUS.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

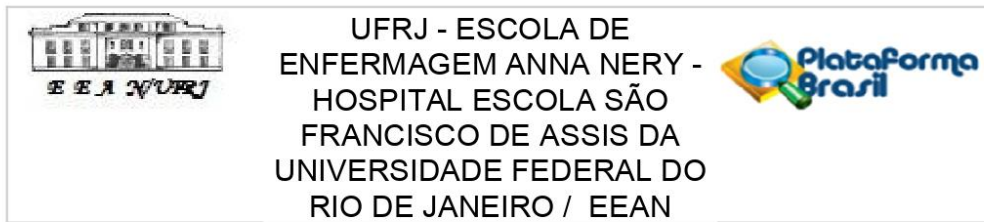
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 4.447.733

O objetivo da PNS 2019 foi dotar o país de informações sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira. Pela 1ª vez, um módulo específico sobre APS foi incluído na PNS trazendo esse Módulo uma versão reduzida do PCAT.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar dados de avaliação da APS no Brasil para apoiar a tomada de decisões no âmbito do planejamento e da gestão em saúde.

Objetivos específicos:

-Analisar a incorporação do instrumento PCAT versão reduzida ao questionário da PNS-2019 à luz de outros instrumentos semelhantes existentes em outros países no mundo.

-Obter os "escores médios" de avaliação da APS segundo algumas variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde.

-Comparar os resultados obtidos da avaliação dos serviços de saúde de APS no município do Rio de Janeiro com os resultados de outros estudos locais com o uso do mesmo instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

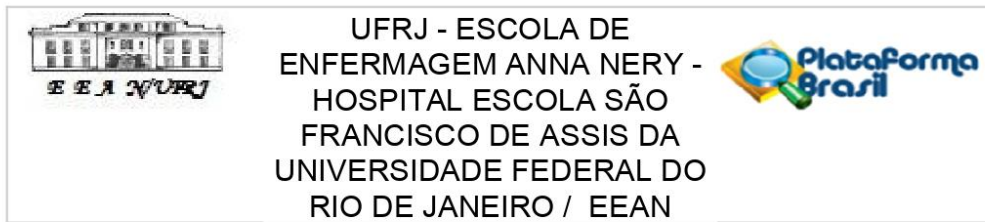
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho constitui projeto de dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 4.447.733

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata o presente de projeto de pesquisa com base em dados de domínio público oriundos de pesquisa nacional, não cabendo avaliação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi retirado uma vez que utiliza dados de domínio público oriundos de pesquisa nacional já disponibilizados publicamente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1660293.pdf	25/11/2020 17:45:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.docx	25/11/2020 17:44:24	Vinicius Siqueira Tavares Meira Silva	Aceito
Folha de Rosto	ViniciusSiqueiraRosto.pdf	25/11/2020 17:38:44	Vinicius Siqueira Tavares Meira Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Retirado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Maria Angélica Peres
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

ANEXO 4 – Proposta de questionário para o novo Módulo J (“Atenção Primária”)

Módulo J – Atenção Primária

J1. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou com um(a) médico(a)?

1. Até 15 dias
2. Mais de 15 dias até 1 mês
3. Mais de 1 mês até 12 meses
4. Mais de 12 meses
5. Nunca consultou um médico(a)

(Se J1 = 1 ao 3, siga J2. Se J1 = 4 ou 5, encerre o questionário)

J2. Essa consulta foi o seu primeiro atendimento com esse(a) médico?

1. Sim
2. Não

(Se J2 = 1, encerre o questionário. Se J2= 2, siga J3)

J3. Por qual motivo o(a) Sr(a) precisou consultar com um(a) médico(a)?

1. Acidente ou lesão
2. Continuação de tratamento ou terapia
3. Consulta pré-natal
4. Exame médico periódico
5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista etc.)
6. Problema de saúde mental
7. Doença ou outro problema de saúde
8. Outro (Especifique:_____)

(siga J4)

J4. Onde procurou o atendimento médico por este motivo?

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. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
7. Hospital público / ambulatório
8. Consultório particular ou clínica privada
9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com médico particular
12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família
13. Outro (Especifique:_____)

(Se J4 = 1, siga J5. Se J4 diferente 1, encerre o questionário)

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

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

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

J5. Você geralmente procura “esse(a) médico(a)” quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

3. Sim
4. Não

(siga J6)

J6. “Esse(a)” é o médico(a) que melhor conhece você como pessoa?

- 3. Sim
- 4. Não

(siga J7)

J7. “Esse(a)” é o médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?

- 3. Sim
- 4. Não

(siga J8)

Acesso de Primeiro Contato - Utilização

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J8. Quando você precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J9. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J10. Quando você precisa de uma consulta com um(a) especialista, o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” obrigatoriamente deve encaminhar você?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J11. O(A) “serviço de saúde” fica aberto(a) no sábado e/ou no domingo?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J12. O(A) “serviço de saúde” fica aberto(a) pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J13. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a) e você adoce, alguém deste serviço de saúde atende você no mesmo dia?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J14. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J15. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) e você adoce, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) que você possa contatar?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J16. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) no sábado e no domingo e você adoce, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J17. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) e você adoce durante a noite, alguém deste serviço atende você na mesma noite?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J18. É fácil marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J19. Quando você chega no(a) “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J20. Você precisa esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar uma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J21. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J22. Quando você necessita ir ao(à) “serviço de saúde”, você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Longitudinalidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J23. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J24. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” entende o que você diz ou pergunta?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J25. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” responde as suas perguntas de maneira que você entenda?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J26. Se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) para falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que melhor conhece você?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J27. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J28. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J29. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J30. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quem mora com você?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J31. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J32. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a sua história clínica (história médica) completa?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J33. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe sobre o seu trabalho ou emprego?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J34. De alguma forma, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J35. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J36. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Coordenação - Integração de Cuidados

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J37. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não sei / Não lembro

(Se J37 = 1, siga J38. Se J37 = 2 ou 3, siga J46)

J38. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J39. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe que você fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J40. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” discutiu com você sobre os diferentes serviços onde você poderia ser atendido(a) para esse problema de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J41. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” ou alguém que trabalha no(a) “serviço de saúde” ajudou você a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J42. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J43. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J44. Depois que você foi a esse(a) especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J45. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Coordenação – Sistemas de Informações

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J46. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J47. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J48. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Integralidade - Serviços Disponíveis

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):

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

J49. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J50. Verificar se a sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J51. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J52. Vacinas (imunizações)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J53. Avaliação da saúde bucal (Exame dentário)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J54. Tratamento dentário

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J55. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J56. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J57. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J58. Sutura de um corte que necessite de pontos

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J59. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J60. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J61. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J62. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J63. Remoção de verrugas

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J64. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Citopatológico, Teste Papanicolau)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J65. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J66. Cuidados pré-natais

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J67. Remoção de unha encravada

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J68. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J69. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J70. Orientações sobre os cuidados em saúde caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos se alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Integralidade - Serviços Prestados

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J71. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J72. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J73. Orientações sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J74. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J75. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J76. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J77. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J78. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J79. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J80. Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J81. Como prevenir quedas

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J82. **Só para mulheres:** como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J83. **Só para mulheres:** o cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa.

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Orientação Familiar

Entrevistador(a): As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) “serviço de saúde”.

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J84. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J85. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” já perguntou para você sobre doenças ou problemas que podem ocorrer em sua família (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J86. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Orientação Comunitária

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J87. Alguém do(a) “serviço de saúde” faz visitas domiciliares?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J88. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J89. O(A) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” leva em conta opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Entrevistador(a): A seguir são apresentadas algumas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a) “serviço de saúde” são realizadas essas iniciativas?

J90. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J91. Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que deveriam ser conhecidos no serviço

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J92. Convida você e a sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

VINICIUS SIQUEIRA TAVARES MEIRA-SILVA

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E O USO DO INSTRUMENTO
PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL NO BRASIL

RIO DE JANEIRO
2022

Vinicius Siqueira Tavares Meira-Silva

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E O USO DO INSTRUMENTO *PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL* NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Felipe Pinto

Rio de Janeiro
2022

A todas as pessoas que lutam e lutaram por uma Saúde Pública e universal.
Aos abnegados trabalhadores e trabalhadoras da atenção primária no Brasil.
Aos que constroem uma atenção primária forte.
Em defesa do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que me ensinam diariamente o privilégio de cuidar e o valor de ser cuidado. A todos e todas que compartilham comigo o encantamento pelo trabalho na atenção primária e que são meus companheiros na sua defesa e no seu fortalecimento.

Aos professores que me apresentaram a atenção primária, em especial, Luiz Felipe Pinto, Maria Tavares, Maria Kátia Gomes e Valéria Romano.

Às pessoas que tive o privilégio de conhecer durante a Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – a experiência mais forte que vivenciei em minha formação profissional.

Aos meus colegas de trabalho e aprendizagem na Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, sobretudo os meus amigos Letícia Bimbi, Fábio Dezo e Marcos Adams e os profissionais e usuários da equipe Cachopinha, a minha maior escola médica.

Aos meus alunos no Centro Saúde-Escola da Lapa, que me permitem, gentilmente, participar de sua formação profissional e que me ensinam a beleza de aprender todo dia. Aos meus colegas professores, que me conduzem nesta experiência nova.

A todos os usuários, estudantes, internos, residentes e colegas das unidades de atenção primária do Rio de Janeiro a que pertenci durante meu percurso profissional como médico de família e comunidade.

Aos colegas e professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde e, novamente, ao meu orientador, Luiz Felipe Pinto, a quem agradeço pela parceria neste processo crucial de minha formação profissional e pessoal.

Aos servidores públicos da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Saúde que, com seu trabalho, viabilizaram a realização desta pesquisa.

O agradecimento mais importante faço a meus pais, Luciana e Sérgio, que prepararam as bases sobre as quais eu seguirei realizando sonhos. Ao meu primeiro e maior companheiro, meu irmão Matheus. Aos meus avós, tias, tios, primas e primos.

“Equity is the only acceptable goal.”

– Paul E. Farmer
(1959-2022)

RESUMO

MEIRA-SILVA, Vinicius Siqueira Tavares. **Pesquisa Nacional de Saúde e o uso do instrumento Primary Care Assessment Tool no Brasil**. Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A incorporação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) ao questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, representou uma aquisição sem precedentes para a avaliação dos serviços de atenção primária à saúde (APS) no Brasil. A PNS é executada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD). Utiliza setores censitários de todo o território nacional como unidades primárias para o seu plano de amostragem conglomerada em três estágios. O instrumento inserido no Módulo H (“Atendimento Médico”) foi uma versão resumida e validada do PCAT para a população adulta, um clássico questionário em escala Likert que utiliza os atributos essenciais e derivados da APS como base teórica para avaliação dos serviços. Neste estudo, foram examinados os resultados das 30 questões do Módulo H, as quais foram aplicadas apenas a moradores adultos aleatoriamente selecionados e que foram atendidos na unidade primária nos seis meses precedentes à entrevista, além de atender a outros critérios. Na PNS-2019, a APS foi indicada como principal referência para os brasileiros que buscaram atendimento no período, porém a avaliação dos serviços quanto à orientação para os atributos foi baixa. Em parte, a generalização dos resultados ficou prejudicada pela reduzida amostra selecionada para responder ao PCAT – insuficiente para a desagregação dos dados ao nível de capitais de estado, como planejado. Além disso, a versão reduzida do PCAT fornece como resultado apenas uma pontuação geral para a APS, não permitindo a verificação do desempenho individual de cada atributo, informação essencial para o planejamento e gestão do setor. Como reafirmado na PNS-2019, a APS desempenha uma função de destaque no Sistema Único de Saúde. Neste sentido, a incorporação do PCAT à pesquisa acompanha a demanda por dados robustos que fomentem a melhoria da qualidade dos serviços e orientem a formulação de políticas públicas. É fundamental que a próxima PNS aprimore o seu questionário e incorpore a versão extensa para adultos do PCAT, além de aumentar o período de referência utilizado na seleção da amostra para doze meses.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; avaliação em saúde; estudos populacionais em saúde pública; inquéritos epidemiológicos; qualidade da assistência em saúde.

ABSTRACT

MEIRA-SILVA, Vinicius Siqueira Tavares. **Pesquisa Nacional de Saúde e o uso do instrumento Primary Care Assessment Tool no Brasil**. Rio de Janeiro, 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The Primary Care Assessment Tool (PCAT) was incorporated in the Brazilian National Health Survey (PNS) questionnaire in 2019. It denoted an unprecedented acquisition for primary health care (PHC) services evaluation in Brazil. The PNS is carried out by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) as part of the Household Surveys Integrated System (SIPD). Census-designated places from across the country are used as primary units for the survey three-stage cluster sampling plan. A validated short version of the PCAT for adult population, a traditional Likert scale questionnaire for services assessment, was included in Module H (“Medical Care”). PCAT’s theoretical basis are the essential and derivative attributes of PHC. In this study, the results of the 30 questions of Module H were examined. They were applied only to randomly selected adult residents who were attended at the primary care unit in the six months before the interview, in addition to meeting other criteria. In the PNS-2019, PHC was indicated as the main reference for Brazilians who sought care in the period, but the evaluation of the services regarding the orientation to the attributes was low. In part, the generalization of the results was hampered by the small sample selected to respond to the PCAT – not enough to disaggregate the data at the level of state capitals, as planned. In addition, the short version of the PCAT results in only a general score for PHC, not allowing the verification of the individual performance of each attribute, an essential information for planning and management in the sector. As reaffirmed in the PNS-2019, PHC plays a prominent role in the national Unified Health System. In this sense, the incorporation of the PCAT into the survey goes along with the demand for robust data to foster the quality improvement of services and to guide the public policies formulation. It is key that the next PNS improves its questionnaire and incorporates the extended version for adults of the PCAT, in addition to increasing the reference period used in the selection of the sample to twelve months.

Keywords: health evaluation; health surveys; population studies in public health; primary health care; quality indicators, health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Da atenção médica primária para a atenção primária à saúde	19
Quadro 2	– Medição dos atributos da Atenção Primária	33
Figura 1	– Mapa conceitual	41
Quadro 3	– Evolução do questionário do módulo “utilização de serviços” da PNAD e PNS de 1998 a 2019	46
Figura 2	– Construção da amostra final do Módulo H após critérios de seleção	59
Figura 3	– Estimativa de construção da amostra final do novo Módulo J após critérios de seleção	66
Quadro 4	– Quadro comparativo dos Módulos J (“Utilização de serviços de saúde”) e H (“Atendimento médico”) da PNS-2019 com a proposta do novo Módulo J	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Características sociodemográficas selecionadas dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	50
Tabela 2	– Cadastramento em unidade de APS e visitas de ACS ou membro da eSF e de AE para usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	51
Tabela 3	– Características socioeconômicas selecionadas dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	52
Tabela 4	– Posse de plano de saúde médico e avaliação do estado de saúde dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	52
Tabela 5	– Relato de diagnósticos de condições selecionadas em usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	53
Tabela 6	– Condições de habitação de usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	54
Tabela 7	– Escore geral da APS no Brasil, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019	56
Tabela 8	– Proporção de pessoas que costumavam procurar o mesmo local, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde, no Brasil e regiões, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o local de procura por atendimento, em 2019	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	atenção primária à saúde
AB	atenção básica
ACE	agente de combate a endemias
ACS	agente comunitário de saúde
AMS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DMC	dispositivo móvel de coleta
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de saúde da família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAPS	internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde
IOM	<i>Institutes of Medicine</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações sobre Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	unidade primária de amostragem

SUMÁRIO

1 ATENÇÃO PRIMÁRIA: DEFINIÇÕES E ATRIBUTOS.....	15
1.1 Definições.....	15
1.1.1 Atenção Primária.....	15
1.1.2 Atenção Primária à Saúde.....	17
1.1.3 Correlacionando os termos.....	18
1.1.4 Atenção Básica e Saúde da Família.....	19
1.2 Atributos.....	20
1.2.1 Acesso de primeiro contato.....	21
1.2.2 Longitudinalidade.....	21
1.2.3 Integralidade ou abrangência.....	22
1.2.4 Coordenação do cuidado.....	23
1.2.5 Orientação familiar.....	24
1.2.6 Orientação comunitária.....	24
1.2.7 Competência cultural.....	24
2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	26
2.1 Caracterização da pesquisa de avaliação em saúde.....	26
2.1.1 Nível e objeto.....	27
2.1.2 Atributos e características.....	27
2.1.3 Indicadores.....	28
2.2 Tipologia.....	29
3 AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	31
3.1 Avaliação dos atributos.....	31
4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	35
4.1 Sistemas de informação em saúde.....	35
4.2 Inquéritos populacionais em saúde.....	35
4.3 Instrumentos de avaliação da APS.....	36
5 A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	39
5.1 Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS-2019).....	39

5.2 Avaliação da APS na PNS-2019.....	40
6 OBJETIVOS.....	42
6.1 Geral.....	42
6.2 Específicos.....	42
7 MATERIAL E MÉTODOS.....	43
7.1 PNS-2019.....	43
7.1.1 Abrangência, população-alvo e plano de amostragem.....	43
7.1.2 Coleta de dados.....	43
7.1.3 Módulo H (“Atendimento Médico”).....	44
7.1.4 Módulo J (“Utilização de Serviços de Saúde”).....	45
7.2 Aspectos éticos.....	45
8 PNS-2019: PERFIL DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	50
9 PNS-2019: ESCORE GERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	55
9.1 Análise comparativa.....	57
9.2 Módulo H: incorporação do PCAT.....	58
9.3 Módulo H: seleção da subamostra.....	59
10 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	61
10.1 Módulo J: uma proposta de modernização.....	63
11 DISCUSSÃO.....	69
12 CONCLUSÃO.....	72
13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	86

1 ATENÇÃO PRIMÁRIA: DEFINIÇÕES E ATRIBUTOS

1.1 Definições

Os termos “atenção primária” e “atenção primária à saúde” são frequentemente utilizados como sinônimos. Dependendo do contexto, são empregados com sentidos diferentes, embora complementares. Seus conceitos foram construídos ao longo do tempo e de maneira dispersa, adequando-se aos objetivos e ideologias dos autores ao desenvolvê-los. Há definições mais populares para ambos, embora sejam encontradas várias formulações que os sintetizam de modos distintos.

1.1.1 Atenção Primária

A caracterização de uma unidade da rede de saúde como “primária” foi introduzida pelo Relatório Dawson (1920), documento encomendado pelo Ministério da Saúde inglês, que propunha um esquema hierárquico para a organização dos serviços de saúde em uma região determinada. O primeiro nível de atenção, que deveria funcionar como porta de entrada do usuário para o sistema, seria desempenhado nos “Centros de Saúde Primários” (*Primary Health Centres*), operados por médicos generalistas (*general practitioners*).

Um estudo clássico, “A Ecologia do Cuidado Médico” (WHITE et al, 1961), consolidou a importância de uma “atenção primária”, embora não empregue este termo exatamente, ao demonstrar a distribuição da população pelos diferentes níveis de cuidado, evidenciando que esta modalidade é buscada por uma quantidade significativamente maior das pessoas, em comparação com os outros níveis de atenção.

Posteriormente, o Relatório Millis (MILLIS, 1966), um estudo que analisou os problemas da graduação em Medicina nos Estados Unidos, propôs o título de “médico primário” (*primary physician*) para os médicos generalistas que estavam em escassez desde a reforma curricular que priorizou o estudo das ciências biológicas e o ambiente hospitalar como cenário de prática, conduzindo para a formação majoritária de profissionais cada vez mais especializados, em contraposição aos generalistas, propensos a adotar uma atuação mais abrangente, relações mais duradouras e uma visão integral da pessoa.

Alpert et al (1974), preocupados em fomentar a formação de médicos de família nos EUA, tentaram delimitar um campo de atuação para a atenção primária, propondo alguns pontos fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, abrangência e coordenação.

Uma outra apresentação para o conceito de atenção primária foi proposta a partir de um painel de especialistas, usuários e profissionais da Saúde Pública e do Serviço Social, que resultou na seguinte formulação:

A atenção primária oferece serviços básicos, inclusive de emergência, a partir de uma abordagem holística. Fornece um manejo contínuo e exerce a coordenação de todos os serviços de cuidados médicos com a retenção ou derivação apropriada para os outros níveis. Dá ênfase, quando possível, à finalidade preventiva do espectro preventivo-curativo do cuidado. Seus serviços são disponibilizados de forma equitativa, de maneira digna, personalizada e cuidadosa (PARKER et al, 1978, p. 428).

Algumas das definições mais populares de “atenção primária” foram elaboradas pelo antigo *Institute of Medicine* (IOM), hoje, Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos. A entidade tentou produzir um conceito de “atenção primária” a partir do consenso das opiniões colhidas com várias partes interessadas. O resultado pôde ser sintetizado na proposição de alguns atributos essenciais para a “atenção primária”: acessibilidade, abrangência, coordenação, continuidade e responsabilização (*accountability*) (IOM, 1978). A definição foi ampliada alguns anos mais tarde (DONALDSON et al, 1994) para incorporar o paciente, a família, a comunidade e a integração com a rede de assistência, embora não deixe explícita sua função de porta de entrada, ficando assim formulada:

Atenção primária oferece serviços de saúde integrados e acessíveis, através de clínicos comprometidos em atender a grande maioria das necessidades de cuidados em saúde da pessoa, desenvolvendo uma parceria continuada com seus pacientes e considerando o contexto familiar e comunitário (DONALDSON et al, 1994, p. 15).

Além desta definição, os mesmos autores apresentam algumas conclusões, como a de que a “atenção primária” deve ser o fundamento lógico de um sistema de saúde eficiente, dada sua capacidade de abordar a maior parte dos problemas das pessoas, deve fornecer assistência de alta qualidade, satisfatória para os usuários e eficiente no uso de recursos, deve promover interações de confiança e parceria entre profissional e paciente, deve dar forte ênfase à promoção de saúde e prevenção de doenças e ao cuidado dos doentes crônicos e idosos com múltiplas morbidades.

A Associação Médica Canadense (*Canadian Medical Association*) incluiu, ainda, dimensões como prevenção e promoção de saúde, além de intervenções familiares e comunitárias, como atribuições da atenção primária (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994).

1.1.2 Atenção Primária à Saúde

O conceito clássico de “atenção primária à saúde” foi estabelecido em 1978 na Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada por organizações das Nações Unidas. Naquele contexto, muitos sistemas de saúde estavam totalmente orientados para a doença (modelo biomédico) e extremamente dependentes de tecnologias, apresentando custos cada vez mais altos, incompatíveis com os parcos benefícios experimentados pela população. A alternativa proposta pela cúpula foi fortalecer a APS e atribuí-la uma função primordial na organização dos sistemas, a fim de superar algumas dessas inadequações (RAWAF et al, 2008; HONE et al, 2018).

Neste contexto, na Declaração de Alma-Ata é conferida uma definição muito abrangente para a APS, incluindo componentes da “atenção primária”, mas ampliando seu sentido ao vinculá-la a uma série de outros compromissos, como educação em saúde, promoção de nutrição adequada e garantia de alimentação, acesso a água de qualidade e a saneamento básico, cuidados materno-infantis e planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Deve estar integrada ao sistema de saúde, buscando garantir acessibilidade e cobertura universal e equitativa, sem perder de vista os determinantes sociais, e tendo como pressupostos a participação comunitária, o trabalho intersetorial e o uso racional dos recursos (OMS, 1978).

A definição abrangente de Alma-Ata, reunindo aspectos relacionados à assistência com outros tipicamente atribuídos a outros setores, gerou múltiplas interpretações e foi duramente criticada em algumas publicações (NAVARRO, 1984). Entre os países desenvolvidos, que já haviam superado muitas das questões levantadas como metas, os recursos acabaram por ser destinados a outros níveis de atenção (GREEN et al, 2003). Outro impedimento ao fortalecimento da APS foram as medidas de austeridade econômica aplicadas com a expansão do neoliberalismo (CUETO, 2015).

Algumas entidades, como a Fundação Rockefeller, sugeriram um plano alternativo e provisório para os países mais pobres, considerando a meta de Alma-Ata inatingível. A estratégia consistia em selecionar apenas alguns problemas de saúde para receber intervenção. De maneira simplificada, atuar apenas sobre as condições associadas a altas mortalidade e morbidade e cujo tratamento e prevenção envolvessem tecnologias de baixo custo (WALSH et al, 1979). Esta modalidade ficou conhecida como “APS seletiva” e divergia da ideia original em inúmeros aspectos, a começar pelo objetivo estritamente baseado no provimento de

tecnologia e intervenção médica, negligenciando o processo de desenvolvimento local preconizado em Alma-Ata como modo de produzir saúde e bem-estar (RIFKIN et al, 1986).

1.1.3 Correlacionando os termos

Entende-se, portanto, apesar das diferentes definições propostas ao longo do desenvolvimento dos cuidados primários em saúde, que elas guardam semelhanças entre si, de modo que há muitos elementos que se repetem nas tentativas de dar significado aos termos.

De modo geral, a “atenção primária” é representada pelos serviços de saúde que estão mais próximos da população e promovem e coordenam seu acesso ao sistema da maneira mais facilitada possível. Caracteriza-se pela abrangência de atuação de seus profissionais, com formação generalista, pelo cuidado continuado e pela compreensão do indivíduo como um todo, inserido em um contexto familiar, cultural e social.

A “atenção primária”, portanto, sendo o primeiro nível de assistência e portadora de uma compreensão ampliada de saúde, que leva em conta os determinantes sociais e ambientais e não se restringe à dimensão biomédica, está comprometida com os princípios estabelecidos para a “atenção primária à saúde”, em Alma-Ata, executando um papel fundamental para que sejam alcançadas as metas da Conferência (AWOFESO, 2004). Porém, também devem ser considerados outros eixos para a conquista da “Saúde para Todos”¹, que dependem de processos políticos e institucionais de reforço dos sistemas de proteção social e da disponibilização de recursos humanos e econômicos suficientes para possibilitar esta mudança (OPAS, 2019).

Com o propósito de estimular as escolas médicas a incorporar o conceito de APS em substituição à atenção “médica” primária e entendendo que a definição de Alma-Ata não era suficientemente concreta para motivar as modificações curriculares, Vuori (1985) tentou dissecar o conceito de APS em quatro eixos, a fim de alcançar seu objetivo sem abandonar os princípios da Conferência. O autor propôs que a APS deveria ser entendida como: (1) cenário de muitas práticas (educação em saúde, apoio à nutrição e ao acesso a água e saneamento, cuidados materno-infantis, imunizações, prevenção de doenças etc.); (2) um nível de cuidado

¹ A Assembleia Mundial de Saúde de 1977 lançou a estratégia “Saúde para Todos até o Ano 2000” (*Health for All by the Year 2000*), um movimento de estímulo aos governos para garantir condições de saúde a fim de que toda a população pudesse ter “uma vida social e economicamente produtiva”. O objetivo era garantir acesso universal à atenção primária para todo cidadão nas décadas seguintes (MAHLER, 2016). A meta já era considerada ambiciosa desde o início e não foi atingida na data prevista, porém ajudou a consolidar a ideia de acesso à saúde como direito humano (HONE et al, 2018). Em 2018, a OMS realizou a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde na cidade de Astana, no Cazaquistão. A Declaração de Astana reafirmou os compromissos de Alma-Ata, inclusive o de alcançar a cobertura universal de saúde até 2030, sobretudo a partir da expansão e do fortalecimento da APS no mundo (OMS, 2018).

do sistema de saúde (o primeiro contato); (3) uma estratégia de reorientação do sistema de saúde; e (4) uma filosofia, compromissada com justiça e equidade sociais, responsabilização, solidariedade internacional e um conceito ampliado de saúde. Ele apresentou um diagrama para sintetizar a proposta de transição (QUADRO 1).

Quadro 1 – Da atenção médica primária para a atenção primária à saúde

FOCO	
<i>De</i> Doença Cura	<i>Para</i> Saúde Prevenção e cuidado
CONTEÚDOS	
<i>De</i> Tratamento Cuidado episódico Problemas específicos	<i>Para</i> Promoção de saúde Cuidado continuado Cuidado abrangente
ORGANIZAÇÃO	
<i>De</i> Especialistas Médicos Prática individual	<i>Para</i> Médicos generalistas Outros grupos Equipe
RESPONSABILIDADE	
<i>De</i> Setor saúde isolado Dominação profissional Recepção passiva	<i>Para</i> Colaboração intersetorial Participação comunitária Autorresponsabilidade

Fonte: Adaptado de Vuori (1985).

Os termos são frequentemente aplicados como sinônimos, embora exista uma distinção entre os significados de “atenção primária” e “atenção primária à saúde”, estando a primeira mais atrelada ao *locus* de assistência de primeiro contato e a segunda a uma compreensão ampla que extrapola o nível de cuidado para incorporar a abordagem de questões locais, determinantes de saúde e doença e oferta de serviços. Isto é ainda mais comum nos países em desenvolvimento, em que a atenção primária exerce um papel que não se limita a ser o primeiro nível de cuidado, mas peça-chave na organização do sistema.

1.1.4 Atenção Básica e Saúde da Família

Com o título “atenção básica à saúde” (AB), o movimento sanitário brasileiro adotou uma terminologia própria, em contraposição àquela já difundida pelo mundo. Assim, tentava se diferenciar ideologicamente do conceito de “atenção primária”, que considerava reducionista.

A AB também preconiza a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, estratégia de cidadania e redução de iniquidades, mas se distinguiria da “atenção primária à saúde” de Alma-Ata, por se tratar de um “projeto tecnopolítico que mobilizou, e ainda mobiliza, que encantou e ainda encanta, trabalhadores, militantes, gestores, conselheiros de saúde e tantos outros atores sociais no país” (CECÍLIO et al, 2018, p. 4).

O Programa Saúde da Família (PSF), implementado em 1994, tornou-se o modelo prioritário de organização dos serviços de cuidados básicos em saúde no Brasil. Compartilhava, por conseguinte, muitos princípios e ideias com APS/AB, como a responsabilização, criação de vínculo, compreensão ampliada do processo saúde-doença e porta de entrada e de integração com o restante do sistema, proposto para substituir o modelo hegemônico de oferta de cuidados (BRASIL, 1997). Convertido em Estratégia Saúde da Família (ESF), passou a ser um elemento estruturante no reordenamento deste nível de atenção.

Apesar do apreço de alguns autores por uma ou por outra nomenclatura, na prática, demonstrou-se que os termos APS, AB e PSF/ESF têm sido utilizados como sinônimos em publicações brasileiras, indicando uma inconsistência teórico-conceitual, uma tendência à convergência entre eles, mas, principalmente, uma disputa superada (GIL, 2006; MELLO et al, 2009; PORTELA, 2017). Por fim, o título APS é o que se alinha com a literatura internacional e a experiência dos sistemas universais (GIOVANELLA, 2018).

1.2 Atributos

O principal referencial teórico para a discussão dos atributos da atenção primária está contido no trabalho de Barbara Starfield (1932-2011), pediatra e pesquisadora, vinculada à Universidade Johns Hopkins, que dedicou boa parte de sua vida ao estudo e divulgação da atenção primária. Diante de uma grande indefinição quanto ao conceito do tema e preocupada em formular uma base teórica que pudesse ser útil para a pesquisa, a implantação e o desenvolvimento da atenção primária pelo mundo, Starfield foi a principal responsável pela estruturação do conhecimento acumulado até então. Em sua produção, estabeleceu alguns atributos para a atenção primária e cuidou de discutir em minúcias cada uma dessas características específicas do modelo.

Os atributos elencados por Starfield (2002) sintetizam as principais funções da atenção primária no contexto dos serviços do sistema de saúde e tentam escapar das definições por demais genéricas que não são eficazes em estabelecer padrões para a avaliação e melhoria da qualidade da assistência. Foram agrupados em quatro atributos essenciais (acesso de primeiro

contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado) e três derivados (orientação familiar, orientação comunitária, competência cultural), os quais discutiremos em detalhes a seguir.

1.2.1 Acesso de primeiro contato

A função de possibilitar o acesso do indivíduo ao sistema de saúde, consistindo no primeiro nível de atenção dentro de um sistema hierárquico, resume uma das características da atenção primária: a de funcionar como “porta de entrada” ou “primeiro contato” do usuário com a rede. O acesso requer a disponibilidade física do serviço de saúde, profissionais e equipamentos, que possam ser utilizados pelo usuário (TRAVASSOS et al, 2012).

Este caráter singular da atenção primária, o de constituir a primeira referência para o indivíduo que busca atenção, exige uma organização dos serviços para oferecer o acesso mais amplo possível para sua população, idealmente universal e independente do seu grau de necessidade (MENDES, 2016).

Há uma série de barreiras que podem dificultar o acesso do cidadão ao serviço, em outras palavras, reduzir sua “acessibilidade”. Estas podem ser de caráter geográfico, relacionadas à localização física da unidade, que deve estar preferencialmente próxima de sua população. Também influenciam a faixa de horários e dias disponíveis para atendimento, a receptividade para demandas espontâneas, a cobrança de taxas, as diferenças culturais, entre outras.

A atenção primária pode encerrar em si própria a demanda do indivíduo que busca assistência ou pode servir, ainda, como sua porta de entrada para outros níveis de atenção, nos casos que necessitem de alguma abordagem especializada. Esta função de filtro desempenhada pelos médicos de família, mostra-se mais econômica para os sistemas (STARFIELD, 2002).

1.2.2 Longitudinalidade

Outra característica essencial da atenção primária e que a diferencia dos outros níveis de cuidado é a construção de uma relação de longo prazo entre a pessoa e a unidade de saúde, o que se chamou “longitudinalidade”. O termo “continuidade” pode ser empregado com significado semelhante, porém Starfield (2002) pondera que esta não é exclusividade da atenção primária e a descreve, basicamente, como a frequência em que o indivíduo recebe atendimento pelo mesmo profissional ou no mesmo local.

Saultz (2003) reconhece três dimensões deste atributo a partir de uma aprofundada revisão da literatura acerca do conceito: (1) informacional, (2) longitudinal e (3) interpessoal. O autor descreve a importância de haver uma coleção organizada das informações médicas e sociais do cidadão, acessível a todos os profissionais envolvidos no cuidado. Em seguida, sustenta a existência de um lugar de referência que seja acessível e represente o principal ambiente de assistência em saúde para o sujeito. Por fim, afirma a necessidade de se estabelecer uma relação entre o paciente e seu médico pessoal, que seja baseada na confiança e na responsabilização e que esteja assegurada mesmo em sua ausência.

Este atributo fortalece o papel do serviço como local de primeiro contato, além de possibilitar uma visão integral da pessoa, a partir da relação duradoura, dos encontros múltiplos e em contextos distintos, e a função de coordenação do cuidado. Tem sido reconhecido por melhorar alguns resultados em saúde (MAESENEER et al, 2003; FAN et al, 2005; GRAY et al, 2018).

1.2.3 Integralidade ou abrangência

A obra de Starfield, que nos tem servido como referencial teórico para a descrição dos atributos da atenção primária, emprega o termo “comprehensiveness”, na sua versão original em inglês (STARFIELD, 1998) para se referir ao terceiro atributo essencial. Em sua tradução para o português, adotou-se uma nomenclatura pouco específica: “integralidade” (STARFIELD, 2002). Seguimos adiante com uma discussão pormenorizada acerca da polissemia deste conceito.

A descrição de Starfield (1998) determina que o atributo está intrinsecamente relacionado ao completo reconhecimento das “necessidades em saúde” das pessoas e à capacidade de lidar com todas elas. Isto significa que os serviços devem estar preparados para resolver a maior parte das demandas mais comuns da sua população, numa perspectiva curativa ou preventiva, e, quando não for possível, providenciar que assistência específica seja fornecida em outro nível da rede. A atenção primária também está comprometida com a oferta de cuidados em domicílio e com os esforços pela busca ativa, como parte da sua atuação de longo alcance.

A tradução literal de “comprehensiveness” para o português seria “abrangência”, o que parece contemplar inteiramente a definição que é apresentada no texto original. Porém, o emprego da palavra “integralidade” na tradução brasileira conflita com os outros usos que já estavam em curso no país, como no ideário do movimento sanitário (MATTOS, 2006).

Ao tomar como elemento norteador o conceito de necessidades de saúde, central nas intervenções e práticas de cuidado, em sua reflexão sobre a “integralidade”, Cecílio (2006) propõe uma definição ampliada do princípio, vinculando-o à tríade universalidade, integralidade e equidade numa dimensão utópica:

Podemos trabalhar com a idéia de que há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia no modo de andar a vida. A busca da integralidade, se levada às últimas conseqüências, revelaria as diferentes iniquidades vividas por cada um que busca os serviços de saúde. Da mesma forma, a integralidade seria impensável sem a garantia de universalidade do acesso. Recompõe-se assim o signo: universalidade, equidade e integralidade. Signo produzido pela Reforma Sanitária brasileira que fala de uma utopia, no limite “projeto irrealizável; quimera; fantasia” (AURÉLIO, 2000) por tudo que está em jogo: *a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las* (CECÍLIO, 2006, p. 128-129).

A campanha aguerrida do movimento sanitário conquista a inscrição, no texto da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), do “atendimento integral” como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a primazia das atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais. A lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) ou “Lei orgânica do SUS” assinala a “integralidade” como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de orientação preventiva e curativa, individual e coletiva, referindo-se a todos os níveis de complexidade.

A definição de Starfield, por sua vez, traz a objetividade necessária para o termo, uma vez que se propõe a conceituar de modo específico e bem delimitado uma das atribuições da atenção primária, focalizando seu cenário de práticas em saúde. Porém, não anula, de modo algum, a relevância das perspectivas ampliadas, sobretudo para a orientação de políticas públicas de saúde que não se restrinjam à dimensão tecnocrática e levem em conta a complexidade do processo saúde-doença e dos sistemas de saúde.

1.2.4 Coordenação do cuidado

O quarto atributo essencial integra-se a todos os outros. A “coordenação” é uma função importante dos serviços e está relacionada ao compromisso primordial do profissional da atenção primária com o paciente (FREEMAN, 2018). É esperado que os responsáveis pelo cuidado estejam cientes de todos os problemas concernentes à saúde da pessoa e que sejam

capazes de referenciar aqueles que necessitam de assistência em outros níveis de atenção por qualquer motivo pertinente, a partir de seu julgamento.

A atenção primária exerce um papel de moderadora ao longo do percurso do paciente por outros especialistas e, idealmente, detém a dominância sobre a tomada de decisões, esperando do especialista apenas que responda às suas solicitações, que devem subsidiar a definição de um plano em conjunto com o paciente. Em alguns casos, esta referência resultará em um manejo continuado do especialista, exigindo um diálogo contínuo entre os dois níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

O papel central desempenhado pelo profissional da atenção primária no controle do acesso aos outros níveis (*gatekeeper*) é complementado pela sua função de coordenação durante este percurso, o que tende a fortalecer a continuidade do cuidado, desde que haja efetividade na interação e comunicação entre os serviços (CALMAN, 2007).

1.2.5 Orientação familiar

O primeiro atributo derivado da atenção primária, segundo Starfield (2002), é a “orientação familiar” ou “centralidade na família”. Entende-se família como “qualquer grupo de pessoas relacionadas biológica, emocional ou legalmente” (MCDANIEL, 2005).

A “orientação familiar” engloba tanto a consideração do contexto familiar ao lidar com os problemas de saúde do sujeito, quanto o conhecimento dos demais membros da família, o que possibilita a identificação de padrões de doença na família.

1.2.6 Orientação comunitária

A “orientação comunitária” ou “orientação para a comunidade” compõe um atributo derivado da atenção primária que se resume à consideração do contexto social no reconhecimento das necessidades de saúde da pessoa (STARFIELD, 2002). Desta maneira, o serviço de atenção primária deve estar a par dos dados clínico-epidemiológicos de sua área de atuação, bem como dos recursos nela disponíveis (ABRAMSON et al, 1983).

1.2.7 Competência cultural

São encontradas algumas definições para “competência cultural” na literatura. Este atributo pode ser resumido à “habilidade de um sistema de saúde em prover cuidado para pacientes com

valores, crenças e comportamentos diversificados e de se adaptar às suas necessidades sociais, culturais e linguísticas” (BETANCOURT et al, 2002) ou ao “conjunto de comportamentos, atitudes e políticas que permitem a um sistema, agente ou indivíduo atuar efetivamente em um contexto ou situação transcultural” (CROSS et al, 1989).

2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Apesar de consistir em uma atividade rotineira dos seres humanos, a avaliação, enquanto ferramenta capaz de ampliar o conhecimento sobre as coisas e permitir a tomada de decisões com embasamento racional, começa a se estruturar de maneira sistemática apenas por volta do início do século XIX.

Neste mesmo período, surgem os estudos epidemiológicos, que inauguram a análise quantitativa com base probabilística de eventos em saúde. A Epidemiologia, em sua primeira fase, recolhia os dados individuais registrados pela clínica para produzir medidas de dimensão coletiva, como mortalidade, morbidade e presença de fatores de risco (GORDIS, 2017).

No próximo século, surgem abordagens cada vez mais sofisticadas de avaliação em saúde, introduzindo novas técnicas, além de conhecimentos das ciências sociais, o que amplia a sua versatilidade ao incluir a dimensão qualitativa às já estabelecidas metodologias quantitativas para a avaliação. Também são incorporados métodos e funções que possibilitam ao avaliador a emissão de um julgamento do objeto. Aos gestores interessa muito a produção deste tipo de pesquisa para a orientação das políticas públicas, de modo que começam a ser institucionalizadas e são criadas agências governamentais dedicadas ao tema (DUBOIS, 2011).

Apesar da evolução dos métodos de avaliação, na década de 1990, são difundidas metodologias de pesquisa participativas, isto é, que integram ativamente os atores envolvidos em todo o processo de construção da avaliação, destituindo o especialista como único pesquisador. A técnica busca o interesse prático e a emancipação da comunidade, questionando a supremacia do julgamento dos métodos experimentais, entendidos como portadores de uma objetividade demasiado simplificadora em face de situações complexas (ISRAEL, 1998).

2.1 Caracterização da pesquisa de avaliação em saúde

Considerando a complexidade do campo da saúde, a necessidade de controlar o crescimento dos gastos e, ao mesmo tempo, de garantir acesso equitativo a serviços de qualidade, a avaliação em saúde constitui uma ferramenta relevante no processo de tomada de decisões. Entretanto, não existe uma uniformidade terminológica sobre sua definição, a qual pode estar associada a diversos modelos e conceitos, muitas vezes divergentes.

Champagne et al. (2011, p. 51) atribuem à avaliação a finalidade fundamental de “contribuir para o avanço dos conhecimentos empíricos e teóricos sobre a intervenção, assim como para a

construção e validação de normas” e propõem a seguinte definição, valendo-se da ideia de “juízo de valor” para compô-la:

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. (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 44)

Este conceito determina um caráter “operacional” à avaliação, ao fundamentá-la na aplicação de um método científico a fim de medir objetivamente o “valor” de alguma coisa. Porém, a própria ideia de “valor” carrega para o processo de avaliação uma subjetividade que lhe é intrínseca, pressupondo a existência de princípios, prioridades, necessidades, demandas e objetivos em sua origem. Entretanto, prepondera a dimensão “operacional” da avaliação, enquanto campo do conhecimento na saúde (FONSECA et al, 2014).

Em se tratando de um processo que pode se realizar em múltiplos contextos e atender a diversas funções e objetivos, toda avaliação exige uma sistematização particular para a escolha da estratégia de abordagem mais adequada, iniciando pela determinação do objeto e do nível em que se dará a avaliação. Em seguida, estabelecem-se os atributos ou características que se deseja aferir, assim como os indicadores que mais se aproximam da informação desejada.

2.1.1 Nível e objeto

Assim, é importante definir o nível e o objeto da avaliação, que na saúde podem corresponder, por exemplo, a ações individuais, a serviços específicos, a estabelecimentos de saúde ou ao próprio sistema de saúde (SILVA, 2005). Também podem configurar objeto de avaliação políticas, programas e projetos de saúde implementados, em geral, para análise de seu impacto, dado que tem interessado à administração pública desde a popularização da ideia de uma “gestão orientada por resultados” (PAULO, 2016; SERRA, 2007).

2.1.2 Atributos e características

A definição dos atributos ou características a serem avaliados também é indispensável para a escolha da metodologia a ser adotada. Eles podem estar relacionados a múltiplas dimensões

da intervenção em análise. Por exemplo, o propósito de um estudo pode ser avaliar a disponibilidade de um recurso, bem como seus efeitos, custo e produtividade, qualidade técnico-científica, adequação aos seus objetivos, além de uma série de outras características (SILVA, 2005).

Enquanto campo de estudo, a avaliação de qualidade dos cuidados em saúde se consolidou a partir da década de 1960 e teve como um de seus principais expoentes o médico libanês radicado nos Estados Unidos, Avedis Donabedian (1919-2000), que estabeleceu no artigo seminal, “*Evaluating the Quality of Medical Care*”² (DONABEDIAN, 2005) os sete pilares da qualidade em Medicina (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), a partir dos quais propõe um modelo clássico de avaliação em três elementos: “Estrutura”, “Processo” e “Resultado”.

O modelo de Donabedian se destinava a avaliar exclusivamente a qualidade da assistência no nível da interação médico-paciente, não levando em conta outros aspectos implicados no desempenho dos serviços de saúde, embora tenha servido como base para diversificados processos de avaliação (NOVAES, 2000).

2.1.3 Indicadores

A avaliação de um programa em saúde costuma se basear em um conhecimento teórico que incorpora conceitos que o sustentam como solução – ainda que teórica – para uma questão. Para tanto, cria-se um modelo lógico que pretende racionalizar os resultados esperados de uma dada intervenção, os quais poderiam ser medidos objetivamente, a fim de determinar a contribuição do objeto sob análise para os resultados obtidos. Desta maneira, a associação dos resultados à intervenção se sustentaria em pressupostos teóricos plausíveis, a partir dos quais seriam definidas metas mensuráveis (MEDINA et al, 2005).

A literatura apresenta diversos modos de avaliação de programas em saúde. Em resumo, um que é fundamentado na medida dos seus efeitos esperados e outro que é expresso pela sua associação aos componentes do modelo lógico que buscam viabilizar seus resultados. A avaliação baseada em um modelo lógico é especialmente útil nas fases iniciais da

² “*Evaluating the Quality of Medical Care*” foi publicado na revista “*The Milbank Memorial Fund Quarterly*”, em julho de 1966. Considerado uma obra-prima da teoria e prática no campo da pesquisa em serviços de saúde, foi um dos artigos de Saúde Pública mais citados nos 50 anos subsequentes (AYANIAN et al, 2016). O mesmo periódico, atualmente intitulado “*The Milbank Quarterly*”, reimprimiu a versão original de 1966 numa publicação de 2005 (DONABEDIAN, 2005).

implementação de um programa, inclusive na APS, uma vez que é capaz de explicitar, precocemente, os elementos envolvidos no sucesso, ou não, do programa (ROWAN et al, 2000).

O desempenho do objeto analisado pretende ser estimado a partir do cálculo de indicadores representados por parâmetros definidos previamente. Em geral, estes indicadores têm caráter quantitativo ou qualitativo e são obtidos a partir de dados primários ou secundários. Para cada um dos elementos, devem ser escolhidos ou desenvolvidos um conjunto de indicadores específicos, isto é, capazes de sintetizar uma ou mais das diferentes dimensões daquilo que se pretende avaliar (TANAKA et al, 2004; REDE, 2008).

Amparando-nos no modelo de Donabedian em três elementos, podemos exemplificar indicadores de “Resultado”, como recuperação, restauração de funções, sobrevivência, morte etc. Estes são classicamente utilizados na avaliação da qualidade da prática médica. O autor propõe em seu modelo uma ampliação para outras dimensões relevantes do cuidado, identificando fatores adicionais relacionados à qualidade, os quais categorizou como “Estrutura” e “Processo”. Os elementos da “Estrutura” se refeririam às instalações, equipamentos, processos administrativos, modelo de organização institucional etc. Na perspectiva do “Processo”, seriam focalizados os valores, padrões e validações que medeiam a relação entre profissional-usuário na prestação do serviço.

Alguns critérios são desejáveis na adoção de um bom indicador. Um dos principais é a sua validade para aquilo que pretende medir, a qual pode ter um embasamento teórico ou consensual. Deve ser uma informação relevante e utilizar dados disponíveis em registros de boa qualidade. Espera-se, também, que ele seja adaptável a variações (MEDINA, 2005).

2.2 Tipologia

Como a avaliação consiste em uma ferramenta que pode ser aplicada para se alcançar múltiplos objetivos, a partir da análise de cenários igualmente diversos, existe uma série de tipos de avaliação. O avaliador definirá a modalidade mais adequada para o seu objetivo e que comporte os critérios planejados.

A avaliação tecnológica em saúde toma como elemento de análise uma tecnologia, seja ela um produto ou um processo, buscando produzir um conhecimento aprofundado do objeto que pode ser de natureza técnica, como segurança, ou econômica, relacionadas aos custos. Associa-se a outras áreas, como a engenharia biomédica, que realiza a avaliação de equipamentos e materiais incorporados aos serviços de saúde. O desenvolvimento de diretrizes clínicas

(*guidelines*) também pode ser incluído nesta categoria. Atualmente, tem sido executada por agências públicas, serviços de assessoria e em empresas do setor privado (NOVAES, 2000).

Por sua vez, a avaliação de programas em saúde se dedica a analisar modelos de organização das práticas em saúde que buscam alcançar um objetivo específico, podendo, para isso, englobar atividades desenvolvidas por diversos componentes do sistema. Esta categoria abrange aspectos da avaliação tecnológica e de qualidade, além de incorporar análises conjunturais, a partir de abordagens sociológicas e políticas do contexto em que se insere o objeto. Dependendo da fase em que se encontra o programa em questão, podem ser consideradas avaliações estratégicas, de implantação e de resultados e impacto (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2020).

Outro tipo de avaliação, já mencionado anteriormente, é centrado na qualidade. Para Donabedian (1988), a qualidade não constitui um atributo abstrato e deve ser bem especificada em cada situação, uma vez que é o ponto de partida de todo o processo. O conceito de qualidade tem três dimensões: técnica, interpessoal e organizacional. A técnica diz respeito à aplicação do conhecimento e da tecnologia médica adequadamente. As relações sociais entre os provedores e usuários são avaliadas na perspectiva interpessoal da qualidade. Os elementos que dizem respeito às condições em que é provido o cuidado, situam-se na dimensão organizacional da qualidade (CHAMPAGNE et al, 2011). Esta categoria também engloba as pesquisas de satisfação dos usuários (ESPERIDIÃO et al, 2005).

Todo o desenvolvimento inicial da avaliação em saúde se deu no contexto hospitalar. Alguns exemplos clássicos desse período são: a proposta do “resultado final”, formulada pelo cirurgião americano Ernest Codman (1869-1940), que sugeria aos médicos o acompanhamento de seus pacientes após a alta para verificar e tornar públicos os resultados do tratamento instituído (DONABEDIAN, 1989) e o desenvolvimento da auditoria interna, que, baseada em critérios para a avaliação da atenção prestada, passou a fundamentar a acreditação dos hospitais pela *Joint Commission on the Accreditation of Hospitals* (ROBERTS et al, 1987).

3 AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

As definições de atenção primária e dos termos correlatos, como apresentado anteriormente, são variáveis e inespecíficas, o que dificulta a determinação das características que devem ser consideradas em um processo de avaliação: metas que sejam capazes de medir o seu desempenho, comparar com outros modelos e promover seu contínuo aperfeiçoamento.

Starfield (2002) se dedicou a propor uma estrutura teórica que pudesse servir de base para o estabelecimento de padrões indispensáveis para os processos de avaliação de desempenho da atenção primária. A partir de uma ampla revisão sobre a construção deste conceito, buscou identificar as suas características mais importantes. A autora recuperou o modelo clássico de Donabedian (1966) para avaliação, a fim de determinar os elementos relacionados à estrutura (capacidade) e ao processo (desempenho) desse sistema de serviços que pudessem ser mensurados para produzir uma avaliação.

A capacidade ou estrutura estariam relacionadas àquilo que o serviço é capaz de oferecer, na dependência de uma série de aspectos, como: pessoal, instalações e equipamentos, gerenciamento e comodidade, variedade de serviços ofertados, modelo de organização, mecanismos de garantia de continuidade e de acesso, financiamento, definição da população abrangida e aspectos do sistema de saúde.

O desempenho ou os processos de um sistema de serviços podem estar relacionados tanto ao profissional, quanto ao usuário, e se referem às ações empreendidas na prestação e no recebimento da assistência. Dos provedores, espera-se o reconhecimento de um problema ou necessidade, que pode resultar em um diagnóstico, terapia e reavaliação. A utilização dos serviços pelos usuários, isto é, a sua decisão individual por buscá-lo, também fala sobre desempenho.

A abordagem capacidade-desempenho para a avaliação da atenção primária, conforme postulado por Starfield, pode ser resumida em quatro elementos da estrutura (acessibilidade, variedade de serviços, definição de população eletiva e continuidade) e dois do processo (utilização e reconhecimento de um problema/necessidade), os quais serão utilizados para medir o potencial e o alcance de cada atributo.

3.1 Avaliação dos atributos

Na avaliação da atenção primária (QUADRO 2), o atributo “porta de entrada” para o sistema pode ser representado pela “acessibilidade”, um aspecto estrutural, e pela “utilização”,

um aspecto processual. São duas dimensões que devem ser mensuradas ao examinar o grau de orientação de um serviço de atenção primária para este atributo (STARFIELD, 2002). A “acessibilidade” pode ser inferida a partir da identificação de impedimentos ou dificuldades de qualquer ordem para alcançar a assistência. A “utilização”, por sua vez, é uma medida de acesso que é obtida pelo uso efetivo do serviço, porém está bem estabelecido que sofre influência de múltiplos fatores, não necessariamente a ela relacionados, portanto, tem limitações (TRAVASSOS et al, 2004).

O modelo clássico para a utilização de serviços de saúde foi desenvolvido por Andersen e Newman (1973) e propõe três características do indivíduo que podem influenciá-lo na utilização do sistema: (1) “fatores predisponentes”: precedem o surgimento do problema e se relacionam à predisposição de ele buscar um serviço; (2) “fatores capacitantes”: dizem sobre a disponibilidade de meios para realizar a busca; e (3) “necessidades de saúde”: condições de saúde notadas através da percepção subjetiva ou de um profissional. Em seguida, foram incluídos no modelo os determinantes contextuais: (1) fatores do sistema de saúde; e (2) da sociedade.

Na proposta de Penchansky e Thomas (1981), o “acesso” é entendido a partir de cinco dimensões: (1) disponibilidade: relativa ao tipo e volume dos serviços e recursos disponíveis e as necessidades da população; (2) acessibilidade: relativa à localização do serviço e da população; (3) comodidade: adequação da organização da oferta do serviço com as possibilidades dos usuários; (4) custo: relativo ao valor necessário para utilizar o serviço e à renda da pessoa ou seguro de saúde; e (5) aceitabilidade: relativa às atitudes e práticas pessoais do usuário e do prestador.

Um dos aspectos mais frequentes na avaliação da “longitudinalidade” é a capacidade de a população identificar o serviço como sua fonte habitual de atenção primária. Por outro lado, no nível da unidade, a existência de um cadastro dos pacientes também demonstra sua orientação para a longitudinalidade. A recorrência de consultas com o mesmo profissional também é um indicador utilizado nesse sentido. A qualidade da relação interpessoal com o médico/equipe, levando em conta satisfação e confiança da pessoa, pode ser representativa da extensão da longitudinalidade (STARFIELD, 2002).

A “integralidade”, como os outros atributos, pode ser medida a partir de uma perspectiva do sistema de saúde/populacional ou da unidade de saúde/individual. A variedade de serviços oferecidos, parte da estrutura, é um parâmetro comum na avaliação da integralidade e, em geral, é ditada por diretrizes externas e alvo de processos de auditoria. Três componentes ajudam a orientar a lista de competências de uma unidade de atenção primária: os

problemas/necessidades da população e dos pacientes, as ações necessárias para a abordagem desses problemas e o local em que devem ser realizados. A habilidade da equipe para lidar com as tarefas também é objeto de análise. A capacidade de reconhecer as necessidades da população (componente processual) também é uma variável a ser levada em conta. A frequência relativa de encaminhamentos para outros níveis de atenção e a variabilidade diagnóstica são outros fatores que expressam a integralidade (STARFIELD, 2002).

Quadro 2 – Medição dos atributos da Atenção Primária

Atributo	Tipo de informação necessária	Fonte(s) de informação
Atributos essenciais		
Atenção ao primeiro contato	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato	Projeto do programa Pesquisa Formulário de queixa, auditoria, entrevista
Longitudinalidade	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e de seu meio social Extensão e força da relação com os pacientes não importando o tipo de necessidade para a atenção	Registro de idade e sexo Auditoria de registros, entrevista Queixas, auditoria de registros, entrevista Entrevista, pesquisa
Integralidade	Espectro de problemas a serem tratados Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população Porcentagem de pessoas manejadas referenciadas sem encaminhamento	Projeto do programa Formulários de queixa, auditoria de prontuário, inclusive eletrônico Projeto do programa (por exemplo, consultas domiciliares), auditoria de registros, entrevista Sistemas de informações clínicas
Coordenação da atenção	Mecanismos para continuidade Reconhecimento de informações de consultas prévias Reconhecimento de informações para encaminhamentos, consultoria (ocorrência e resultados)	Projeto do programa (pessoal, registros) Auditoria do prontuário, inclusive eletrônico Projeto do programa, auditoria do prontuário, inclusive eletrônico
Atributos derivados		
Orientação familiar	Conhecimento dos membros da família Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família	Auditoria do prontuário, inclusive eletrônico, entrevista
Competência cultural	Providências para atender a necessidades especiais associada às características culturais Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais	Projeto do programa (administração) Levantamento
Orientação comunitária	Mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias Envolvimento comunitário na unidade	Conhecimento das estatísticas da unidade, entrevista Entrevista Projeto do programa

Fonte: Adaptado de Starfield (2002, p. 483).

Um apontamento essencial deve ser feito sobre os desafios à avaliação da “integralidade”. Não existe um consenso na definição das tarefas e condições que são da competência da atenção primária, havendo uma grande variabilidade entre os sistemas e serviços. Além disso, as necessidades da população servida são igualmente variáveis. A formação dos profissionais para a atenção primária também não é homogênea e não há uma concordância quanto às indicações de encaminhamento (O’MALLEY et al, 2015).

A continuidade é um elemento estrutural de avaliação da “coordenação do cuidado” (CHRISTAKIS et al, 2003) e esta pode ser representada pela manutenção do mesmo profissional ou equipe nos últimos eventos e, o que é peculiar a este atributo, pela existência de mecanismos de transferência de informação (canais de comunicação ou algum tipo de registro eletrônico ou escrito). A oportunidade de um indivíduo conseguir um atendimento com o mesmo profissional na sequência do encaminhamento e a adequação e acessibilidade dos prontuários eletrônicos complementam estas medidas. O desempenho do serviço em relação à “coordenação” é dado pelo processo de reconhecimento do problema ou da atenção recebida, valorizando o fornecimento de um sumário dos problemas ao paciente encaminhado, bem como a busca ativa dos profissionais por uma devolutiva (STARFIELD, 2002). A avaliação da “coordenação” é ainda incipiente, comparada aos outros atributos, e alvo de estudos para aprimorar a adequação e validação das variáveis (MCDONALD, 2014).

Os atributos derivados da atenção primária: “orientação familiar”, “orientação comunitária” e “competência cultural” também estão sujeitos à avaliação através de indicadores específicos. A medida da “orientação familiar” pode ser obtida a partir da revisão de prontuários ou entrevista individual, com enfoque no conhecimento de membros da família e de seus problemas de saúde. É possível mensurar a “orientação comunitária” pela compreensão dos mecanismos para alcance das necessidades da comunidade e a participação/envolvimento nas atividades comunitárias. As providências para a atenção às necessidades culturais específicas da população expressam a “competência cultural” da atenção primária (STARFIELD, 2002).

4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

4.1 Sistemas de informação em saúde

É a partir dos dados – representações do mundo real, isto é, medidas objetivas de um fato ou circunstância – que são construídas as “informações em saúde”. Estas se originam da reunião de dados a fim de gerar um conhecimento. Os “sistemas de informação” são aplicações que permitem a organização e gestão das informações, a partir da utilização de recursos tecnológicos das ciências da computação (CARVALHO, 2000).

As fontes primárias de dados, de modo geral, são os registros realizados no campo, pelos profissionais diretamente encarregados pelo cuidado. Os relatos obtidos através do prontuário eletrônico ou de fichas específicas, como as de notificação de agravos, por exemplo, que seguem um fluxo de validação, transcrição e transmissão para os sistemas de informação, onde serão processados, tabulados e disponibilizados para o público (REZENDE et al, 2020).

O Ministério da Saúde do Brasil mantém uma série de sistemas de informação em saúde. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e o Sistema de Informações sobre Atenção Básica (SIAB) reúnem informações sobre a produção dos serviços hospitalares e ambulatoriais. Para a vigilância epidemiológica e o monitoramento de situação de saúde da população, dispõe do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). O Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) agrega informações orçamentárias do sistema público. Os dados sobre capacidade física instalada, vínculos profissionais e disponibilização de serviços são encontrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que abrange tanto as unidades de saúde públicas, como as privadas. Os registros de administração de imunobiológicos, bem como seus efeitos adversos e população vacinada, são reunidos no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (REZENDE et al, 2020).

4.2 Inquéritos populacionais em saúde

Outras variáveis importantes para pesquisas de avaliação em saúde, como características sociodemográficas, econômicas, ambientais e, inclusive, relacionadas à saúde da população, podem ser encontradas nos resultados de outras investigações. Diferente dos sistemas de

informação em saúde, cujos dados são majoritariamente oriundos dos registros dos serviços e profissionais de saúde, os inquéritos domiciliares coletam dados diretamente do usuário através de questionários aplicados no seu local de moradia (VIACAVA, 2002).

No Brasil, uma rica fonte de informações sobre as condições de vida e saúde da população são os inquéritos populacionais. Em geral, tratam de pesquisas amostrais representativas da população brasileira, historicamente, desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Consistiram, durante um longo período, nas únicas fontes de dados sobre saúde em nível nacional.

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada pela primeira vez na década de 1970, pelo IBGE em convênio com o Ministério da Saúde, pode ser considerada o marco inicial da institucionalização da avaliação em saúde no país. Tratava-se de um inquérito nacional administrativo e censitário destinado a traçar o perfil dos serviços de saúde brasileiros, no que diz respeito à capacidade instalada, recursos humanos e equipamentos em saúde (OLIVEIRA, 1991).

Criada na década de 1960, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) investiga aspectos variados sobre a população e o domicílio. Desde 2012, foi transformada numa pesquisa contínua, visitando cerca de 200 mil domicílios brasileiros a cada três meses (BRASIL, 2019). Periodicamente, a PNAD ia a campo com um questionário temático sobre saúde, os chamados Suplementos Saúde, publicados nos anos de 1981, 1986, 1998, 2003 e 2008 (TRAVASSOS et al, 2008).

Mais recentemente, como um desdobramento dos Suplementos Saúde da PNAD, foi criada a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). A partir de uma parceria do IBGE com o Ministério da Saúde, sua primeira versão aconteceu em 2013 e, previa-se uma periodicidade de 5 anos. A PNS é o inquérito domiciliar de saúde mais completo já realizado no Brasil, fazendo parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) (PINTO et al, 2018). Em 2019, foi a campo a sua segunda versão, com a atualização de alguns módulos e a inclusão de outros.

4.3 Instrumentos de avaliação da APS

Uma série de autores têm proposto instrumentos para a avaliação da APS. Uma revisão recente da literatura (FRACOLLI et al, 2014) identificou cinco deles como os principais instrumentos validados de coleta de dados: *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET), *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP), *General Practice Assessment*

Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (aplicativo para atenção primária à saúde) e os *Primary Care Assessment Tools* (PCATs).

O PCET foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem sido aplicado em alguns países. É composto por três questionários que abordam estado, estrutura e contexto da APS em nível nacional, na visão dos médicos da APS e na experiência dos usuários. Este instrumento busca medir quatro funções do sistema de saúde: governança, geração de recursos, financiamento e oferta de serviços, além de incluir aspectos relacionados a atributos da APS (OMS, 2014).

O questionário AQ-PCP busca avaliar alguns aspectos relacionados ao manejo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) por profissionais da APS, explorando o papel que estes desempenham no cuidado, além dos desafios diagnósticos e terapêuticos (POWER et al, 2008).

O GPAQ tem sido utilizado no Reino Unido, desde 2004, como ferramenta de avaliação da APS. Os dados são coletados a partir da resposta dos usuários a um questionário sobre sua experiência com os serviços, sobretudo em relação a acesso, relação interpessoal e continuidade do cuidado (ROLAND et al, 2013).

Uma ferramenta inovadora para a avaliação da APS, o aplicativo PACOTAPS foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores brasileiros com o objetivo de fornecer informações para os gestores e as equipes de saúde da família sobre a sua população de referência. O instrumento utiliza dados secundários de pesquisas do IBGE e registros de demanda ambulatorial para fornecer o perfil populacional, bem como de demanda (TOMASI et al, 2003).

O PCAT foi desenvolvido, inicialmente, pelo grupo da professora Barbara Starfield no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* em Baltimore, Maryland (EUA). Esse instrumento é o único que mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados nos serviços de APS (STARFIELD et al, 1998; CASSADY et al, 2000; SHI et al, 2001; MALOUIN et al, 2009). Todas as versões do PCAT seguem a mesma metodologia de coleta de dados – aplicação de questionários com escala psicométrica de Likert de quatro pontos – havendo apenas algumas adaptações em determinadas indagações para que se adequem ao seu público-alvo, preservando o modelo original quase integralmente. Quando uma pessoa é entrevistada a partir de um questionário baseado na escala de Likert, ela informa o grau de concordância com uma afirmação feita pelo pesquisador.

Além dos cinco instrumentos descritos anteriormente, podemos enumerar outros mais, como o *Components of Primary Care Instrument* (CPCI) (FLOCKE, 1997), o *Primary Care*

Assessment Survey (PCAS) (SAFRAN et al, 1998), o questionário EUROPEP (GROL et al, 2000), o *Interpersonal Processes of Care* (IPC-I) (STEWART et al, 2007) e o Qualicopc (SCHÄFER et al, 2011).

Em 2011, o governo brasileiro instituiu uma ferramenta de avaliação da APS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A adesão ao programa era voluntária, mediante uma contratualização de compromissos, cujo êxito implicaria num repasse de recursos adicionais para o município. Na fase inicial, era prevista uma autoavaliação para identificar situações, problemas e potências, a partir da qual os atores locais poderiam planejar as intervenções necessárias para alcançar os compromissos firmados. O PMAQ-AB tinha a ambição de produzir uma cultura de análise, avaliação e intervenção em cada instituição (PINTO et al, 2014).

5 A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

5.1 Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS-2019)

A PNS-2019 foi realizada a partir de um convênio entre o IBGE e o Ministério da Saúde. A pesquisa foi a campo entre agosto de 2019 e março de 2020, em busca de cerca de 100 mil domicílios em todo o território nacional. Em sua segunda versão, o questionário foi ampliado, passando das 751 perguntas da PNS-2013 para 803, um incremento de 52 questões. Foram removidas algumas questões com alto coeficiente de variação (acima de 30%) e a coleta de dados passou a ser dirigida a indivíduos a partir dos 15 anos (exceto nos blocos temáticos), antes restrita àqueles com 18 anos ou mais.

Houve a incorporação de cinco novos módulos (Módulo Z: “Paternidade e pré-natal do parceiro”; Módulo V: “Violência”; Módulo T: “Doenças transmissíveis”; Módulo Y: “Atividade sexual”; Módulo AA: “Relações e condições de trabalho”), integrando novas temáticas à pesquisa. Além dos novos módulos, mantiveram-se os 21 remanescentes da versão anterior, alguns com alterações. Foram coletadas medidas antropométricas de uma subamostra (SILVA et al, 2020).

O questionário definitivo da PNS-2019 (disponível na íntegra em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5569.pdf) foi organizado em três seções (STOPA et al, 2020):

(1) questionário domiciliar: tratava das informações do domicílio e das visitas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e de combate a endemias (ACE) e era respondido pelo morador identificado como responsável pelo domicílio;

(2) questionário para todos os moradores do domicílio: respondido por um morador de idade igual ou superior a 18 anos e era composto por questões que buscavam informações sobre todos os moradores (*proxy*), como nível de escolaridade, ocupação, renda, deficiência física e/ou intelectual, saúde suplementar, acesso e utilização dos serviços de saúde, saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais e com menos de 2 anos de idade;

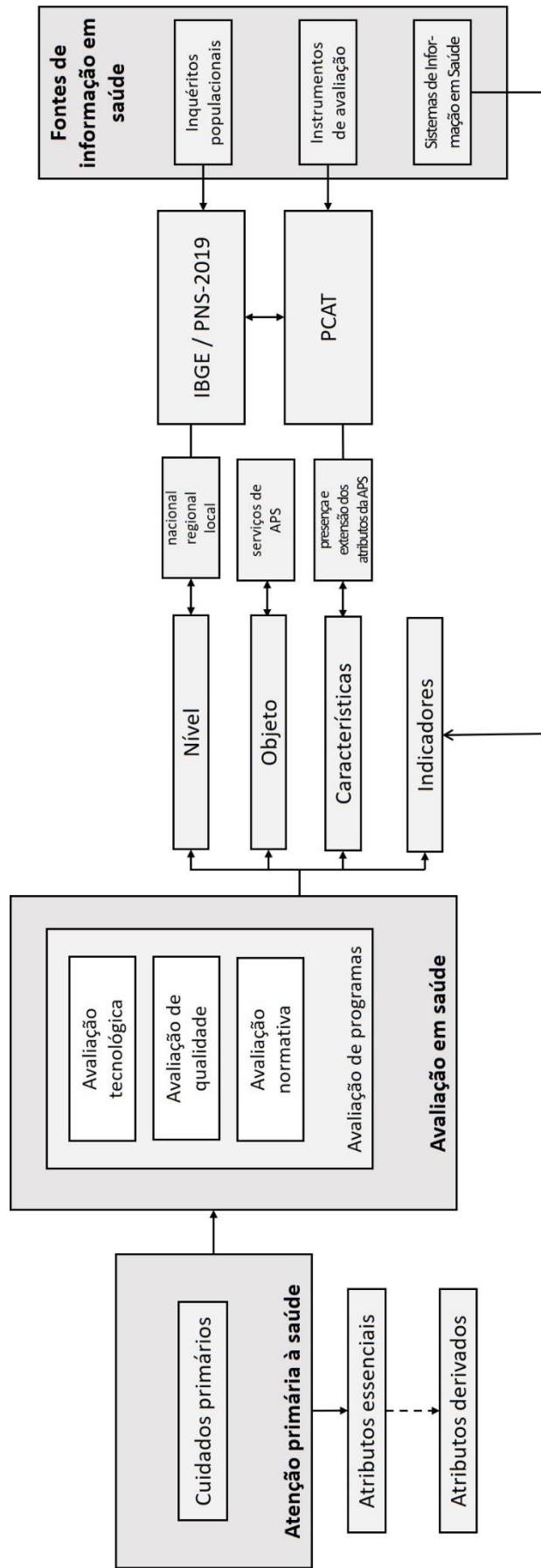
(3) questionário do morador selecionado: destinado a um morador com 15 anos ou mais, tratava de informações relacionadas ao trabalho, assistência social, estado de saúde, acidentes, estilo de vida, doenças crônicas, saúde da mulher, pré-natal, incluindo o parceiro, saúde bucal; o bloco sobre violência, doenças transmissíveis, atividade sexual, relações e condições de trabalho e atendimento médico foram respondidos por aqueles com 18 anos ou mais.

5.2 Avaliação da APS na PNS-2019

A introdução do Módulo H (“Atendimento Médico”) no questionário da PNS-2019 representa um avanço na avaliação dos serviços de APS no Brasil. Esta seção incorporou integralmente a versão reduzida do PCAT-Adulto-Brasil (OLIVEIRA et al, 2013), composta por 25 questões extraídas da versão original traduzida e validada para a língua portuguesa (HARZHEIM et al, 2006). Adotando como metodologia a “Teoria de Resposta ao Item”, foram identificados os itens que contribuíam de forma mais expressiva para a obtenção do traço latente “Orientação à APS” e comparados os resultados com a versão completa, o que revelou a segurança da versão proposta para a avaliação da APS.

As perguntas sobre a avaliação da APS só foram aplicadas aos entrevistados com 18 anos ou mais que passaram por algum atendimento médico em unidade básica de saúde nos 6 meses anteriores, com a condição de ser, pelo menos, o segundo atendimento do usuário pelo mesmo médico (BRASIL, 2019).

Figura 1 – Mapa conceitual



Fonte: Elaboração própria

6 OBJETIVOS

6.1 Geral

Avaliar os serviços de atenção primária à saúde no Brasil, a partir da percepção dos usuários adultos.

6.2 Específicos

- (1) Analisar a incorporação do instrumento PCAT versão reduzida ao questionário da PNS-2019 à luz de outros instrumentos semelhantes existentes em outros países no mundo.
- (2) Avaliar o perfil da população brasileira que procura a atenção primária segundo algumas variáveis sociodemográficas, econômicas e de acesso e utilização dos serviços de saúde no SUS.
- (3) Propor uma nova redação para o Módulo J da PNS-2019, de forma a contemplar os atributos da APS no PCAT.

7 MATERIAL E MÉTODOS

7.1 PNS-2019

7.1.1 Abrangência, população-alvo e plano de amostragem

A PNS é uma pesquisa domiciliar. A abrangência geográfica da PNS-2019 englobou todo o território nacional, a partir da divisão por setores censitários, excluídas áreas especiais como setores de quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, setores com baixo patamar domiciliar, agrupamentos indígenas, unidades prisionais, Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI), Atendimentos Integrados à Criança e ao Adolescente (AICA), conventos, hospitais, Agrovilas de Projetos de Assentamentos Rurais e Agrupamentos Quilombolas. A população-alvo foram moradores de domicílios particulares permanentes da área.

O plano amostral foi definido pela amostragem conglomerada em três estágios com seleção das unidades primárias de amostragem (UPAs) a partir da Amostra Mestre do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD). Em seu primeiro estágio, a subamostra foi realizada por amostragem aleatória simples das UPAs. No segundo estágio, foi selecionado, por amostragem aleatória simples, um número fixo de domicílios das UPAs anteriormente definidas. Houve uma diferença entre a quantidade de domicílios escolhidos em cada UPA para se adequar ao tamanho da amostra, com 18 domicílios por UPA para os estados de Roraima, Amapá e Tocantins, 12 domicílios para o Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e 15 domicílios para as demais Unidades da Federação. No terceiro estágio, foi selecionado, também por amostragem aleatória simples, um morador de 15 anos ou mais, a partir da lista de moradores, para responder ao questionário específico.

7.1.2 Coleta de dados

A coleta de dados ficou a cargo do IBGE, que contou com uma equipe de agentes de coleta, supervisores e coordenadores devidamente capacitados. Foram utilizados dispositivos móveis de coleta (DMC), *smartphones*, programados com o questionário.

A abordagem inicial no domicílio era feita a um morador responsável, a quem era descrito o estudo, seus objetivos e procedimentos, seguida da elaboração da lista de todos os moradores.

A partir de então, realizava-se a seleção do entrevistado (acima de 15 anos) e agendava-se a entrevista em horário conveniente.

7.1.3 Módulo H (“Atendimento Médico”)

Este módulo de avaliação da atenção primária derivou do PCAT-Adulto-Brasil versão reduzida e é composto por 30 itens, sendo 25 relacionados aos atributos, propriamente ditos, e outras cinco questões que exercem a função de filtro (ANEXO 1). Trata-se de uma modificação ao antigo módulo da PNS-2013. O módulo foi aplicado a apenas um morador do domicílio selecionado aleatoriamente.

As opções de respostas são em escala Likert, atribuindo-se uma pontuação de 1 a 4 para cada, exceto a alternativa “Não sei/Não lembro” codificada com 9. A média destes valores resultarão no escore geral, a medida final do instrumento que expressa o grau de orientação do serviço para os atributos da APS.

Conforme orienta o manual do instrumento (BRASIL, 2020), para o cálculo do escore geral, é primeiro preciso fazer a inversão na escala dos itens C11 e D14. Em seguida, são desconsiderados para o cálculo os entrevistados com mais de 50% de respostas com código 9, valor considerado ausente (“Não sei/Não lembro” e eventuais questões não respondidas). Para os outros entrevistados, deve-se converter os valores ausentes para valor 2, para minimizar a perda. Juntos, os itens A1, A2 e A3 compõem o grau de afiliação representado por um único valor, determinado pelo arranjo das respostas do entrevistado.

O escore geral da APS é calculado através da Equação 1:

$$\text{Escore geral} = \frac{\left(\begin{array}{l} \text{afiliação} + B2 + C4 + C11 + D1 + D6 + D9 \\ + D14 + E2 + E6 + E7 + E9 + F3 + G9 + G17 \\ + G20 + H1 + H5 + H7 + H11 + I1 + I3 + J4 \end{array} \right)}{23} \quad (1)$$

O escore obtido consistirá em uma medida com valor de 1 e 4. Para simplificar a leitura, este escore, no Brasil, passou a ser convertido, a partir de uma transformação matemática, para uma escala com valores de 0 a 10 através da aplicação da Equação 2:

$$\text{Escore geral} = \frac{(\text{escore obtido} - 1)}{4-1} \times 10 \quad (2)$$

O escore geral tem como ponto de corte o valor 6,6, o que indica, no mínimo, a primeira categoria de resposta positiva: “provavelmente sim”. Os escores altos, iguais ou superiores a 6,6, indicam serviços com melhor orientação para a APS.

7.1.4 Módulo J (“Utilização de Serviço de Saúde”)

Atualmente, o Módulo J, dedicado à apreciação da utilização de serviços de saúde, conta com 56 itens (ANEXO 2). Este grupo de perguntas foi introduzido no Suplemento Saúde 1998 da PNAD e mantido quase inalterado nas versões posteriores (2003, 2008) (TRAVASSOS et al, 2008) e, mesmo depois, nas PNS-2013 e PNS-2019 (QUADRO 3). Os itens deste módulo eram direcionados a todos os moradores do domicílio, mas somente um indivíduo com 18 anos ou mais realizava a entrevista. Este deveria responder por todos os outros habitantes (*proxy*).

Nesta parte do questionário, havia questões sobre restrições às atividades habituais por motivos de saúde, costume de procurar atendimento em um mesmo lugar, médico ou serviço, frequência de consultas médicas e a dentista nos 12 meses anteriores, procura e obtenção de atendimento de saúde nas duas semanas anteriores, obtenção de medicamentos, internações hospitalares e utilização de práticas integrativas e complementares.

7.2 Aspectos éticos

A proposta da PNS-2019 foi apreciada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019.

O presente projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery e do Hospital-Escola São Francisco de Assis (UFRJ) e liberado sem necessidade de análise, por utilizar dados de domínio público e não envolver pesquisa com seres humanos, sob o parecer nº 4.447.733 de 8 de dezembro de 2020 (ANEXO 3).

Quadro 3 – Evolução do questionário do módulo “utilização de serviços” da PNAD e PNS de 1998 a 2019

PNAD-1998		PNAD-2003		PNAD-2008		PNS-2013		PNS-2019	
Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde	
50	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	50	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	50	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	J14	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	J14	Nas duas últimas semanas ... procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?
51	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	51a	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	51a	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	J15	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	J15a	Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?
52	Quantas vezes ... procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	52	Quantas vezes ... procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	52	Quantas vezes ... procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?				
53	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	53	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	53	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	J16	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	J16a	Onde ... procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?
54	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	54	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	54	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	J17	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	J17a	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas:
55	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	55	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	55a	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	J18	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	J18a	Por que motivo ... não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

PNAD-1998		PNAD-2003		PNAD-2008		PNS-2013		PNS-2019	
Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde	
56	Nas duas últimas semanas ... voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?	56	Nas duas últimas semanas ... voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?	56	Nas duas últimas semanas ... voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?	J19	Nas duas últimas semanas, quantas vezes ... voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?	J19	Nas duas últimas semanas, quantas vezes ... voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?
57	Onde ... procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	57	Onde ... procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	57	Nas duas últimas semanas ... voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?	J20	Onde ... procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?	J20a	Onde ... procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?
58	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	58	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	58	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	J21	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?	J21	Nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas ... foi atendido?
59	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	59	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	59a	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	J22	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	J22a	Por que motivo ... não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?
60	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?	60a	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?	60b	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?	J27	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?	J27a	Qual foi o principal atendimento de saúde que ... recebeu?
61	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:	61	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:	61	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:	J23	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:	J23	Esse serviço de saúde onde ... foi atendido(a) era:
64	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	64	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	64	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	J24	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	J24	Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?

PNAD-1998		PNAD-2003		PNAD-2008		PNS-2013		PNS-2019	
Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde	
65	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	65	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	65	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	J25	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	J25	... pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?
66	Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	66	Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	66	Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	J26	Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	J26	O atendimento de ... foi feito pelo SUS?
67	... considera que o atendimento recebido foi:	67	... considera que o atendimento recebido foi:	67	... considera que o atendimento recebido foi:				
		62	Neste atendimento de saúde foi receitado algum medicamento?	67a	Neste atendimento de saúde, foi receitado algum medicamento?	J29	Neste atendimento de saúde, foi receitado algum medicamento?	J29a	Neste atendimento de ..., foi receitado algum medicamento?
		63	Neste atendimento de saúde ... recebeu algum medicamento gratuitamente (exceto amostra grátis)?	67b	Neste atendimento de saúde, recebeu gratuitamente os medicamentos receitados?	J30	... conseguiu receber os medicamentos receitados?	J30a	... conseguiu obter os medicamentos receitados?
				67c	Dos medicamentos receitados que não recebeu gratuitamente, ... comprou:	J31	Qual o principal motivo de ... Não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?	J31a	Qual o principal motivo de ... não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?
				67d	Qual o principal motivo de não ter comprado todos os medicamentos receitados?	J32	Alguns dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?	J32	Alguns dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?

PNAD-1998		PNAD-2003		PNAD-2008		PNS-2013		PNS-2019	
Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde		Módulo J - Utilização dos serviços de saúde	
						J33	Algum dos medicamentos foi obtido no Programa Farmácia Popular (PFP)?	J33a	Algum dos medicamentos foi obtido no Programa Aqui Tem Farmácia Popular?
						J34	Algum dos medicamentos foi obtido em serviços públicos de saúde?	J34	Algum dos medicamentos foi obtido em serviços públicos de saúde?
						J35	... pagou algum valor pelos medicamentos?	J35	... pagou algum valor pelos medicamentos?
68	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?	68a	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?	68a	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?	J36	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?	J36a	Nas duas últimas semanas, por que motivo ... não procurou serviço de saúde?

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008), Pesquisa Nacional de Saúde (2013, 2019).

8 PNS-2019: PERFIL DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dentro da amostra global da PNS-2019, um total de 9.677 pessoas foram elegíveis para responder o questionário de avaliação dos cuidados médicos na atenção primária no Brasil, incluído no Módulo H da pesquisa. Deste modo, estima-se que, no Brasil, nos seis meses anteriores à entrevista, cerca de 17,3 milhões de pessoas a partir de 18 anos procuraram uma consulta em um serviço de atenção primária e o atendimento foi realizado por um mesmo médico que já a atendera previamente.

Conforme mostra a TABELA 1, entre os usuários da atenção primária no país, 69,9% se identificaram como do sexo feminino. A região Nordeste apresentou a menor percentagem de usuários do sexo masculino (27,5%) e a maior foi observada na região Sul (33,9%). Não houve grande variação de faixa etária entre os utilizadores adultos da população brasileira.

Tabela 1 – Características sociodemográficas selecionadas dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Sexo		Grupos de idades			Cor/Raça		Estado conjugal	
	masculino	feminino	18-39 anos	40-59 anos	60 anos ou mais	branca	parda ou preta	tem cônjuge	não tem cônjuge
Brasil (n=17.261)	30,1% [28,7-31,6]	69,9% [68,4-71,3]	32,6% [31,0-34,3]	35,8% [34,2-37,4]	31,6% [30,1-33,1]	38,0% [36,2-39,8]	60,9% [59,1-62,7]	65,0% [63,4-66,6]	35,0% [33,4-36,6]
Norte (n=1.172)	29,6% [26,4-33,1]	70,4% [66,9-73,6]	46,5% [43,1-50,0]	31,6% [28,4-35,0]	21,9% [19,3-24,7]	12,8% [10,1-16,2]	85,9% [82,5-88,7]	68,1% [64,4-71,5]	31,9% [28,5-35,6]
Nordeste (n=4.870)	27,5% [25,5-29,6]	72,5% [70,4-74,5]	37,8% [35,4-40,3]	35,8% [33,4-38,2]	26,4% [24,3-28,6]	19,1% [17,2-21,1]	79,7% [77,6-81,6]	65,7% [63,0-68,2]	34,3% [31,8-37,0]
Sudeste (n=7.097)	30,4% [27,6-33,4]	69,6% [66,6-72,4]	28,7% [25,5-32,1]	35,9% [32,7-39,1]	35,4% [32,5-38,5]	42,7% [39,2-46,2]	56,3% [52,8-59,8]	62,2% [59,1-65,2]	37,8% [34,8-40,9]
Sul (n=3.061)	33,9% [31,2-36,8]	66,1% [63,2-68,8]	26,9% [24,2-29,8]	37,2% [34,3-40,1]	35,9% [33,2-38,8]	69,3% [65,8-72,6]	29,7% [26,5-33,2]	70,7% [67,6-73,6]	29,3% [26,4-32,4]
Centro-Oeste (n=1.060)	30,4% [27,1-34,0]	69,6% [66,0-72,9]	35,8% [31,6-40,1]	36,0% [32,1-40,0]	28,3% [24,9-32,0]	30,9% [26,8-35,3]	67,9% [63,5-72,1]	60,9% [56,6-65,2]	39,1% [34,8-43,4]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nas regiões Norte e Nordeste, os mais jovens foram os que mais recorreram à APS, enquanto no Sul e Sudeste, houve ligeira predominância das faixas etárias mais avançadas. Pardos e pretos compuseram 60,9% da população de usuários no Brasil, com maior proporção no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto Sul e Sudeste registraram o inverso, com predomínio de pessoas que se identificaram como brancas. A maioria dos entrevistados que

referiram utilização de serviços de atenção primária apontaram ter cônjuge (65%). Esta predominância foi observada em todas as regiões.

No Brasil, conforme a TABELA 2, os usuários cadastrados em algum serviço de APS foram aqueles que mais utilizaram no período avaliado. Eles representaram 76,5% dos utilizadores em todo o país. De igual maneira, aqueles que apontaram já ter recebido alguma visita de ACS ou de membros da eSF (62,5%), bem como de agentes de endemia (73%), recorreram mais à unidade de APS.

Tabela 2 – Cadastramento em unidade de APS e visitas de ACS ou membro da eSF e de AE para usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Cadastramento em unidade de APS		Visita do ACS ou membro da eSF		Visita do AE	
	cadastrados	não cadastrados	pelo menos uma vez	nunca receberam	pelo menos uma vez	nunca receberam
Brasil (n=17.261)	76,5% [74,5-78,4]	16,8% [15,1-18,6]	62,5% [60,3-64,5]	14% [12,8-15,3]	73% [71,4-74,6]	27% [25,4-28,6]
Norte (n=1.172)	72,3% [68,2-76]	20,2% [16,9-24]	61,2% [56,9-65,4]	11% [8,7-13,9]	67,1% [63,1-70,8]	32,9% [29,2-36,9]
Nordeste (n=4.870)	84,1% [81,9-86,1]	8,4% [7,3-9,8]	71,9% [69,3-74,3]	12,2% [10,5-14,2]	77,2% [74,6-79,7]	22,8% [20,3-25,4]
Sudeste (n=7.097)	70,1% [65,8-74]	24,8% [21,1-28,9]	55,7% [51,3-60]	14,4% [12,2-16,9]	75,6% [72,6-78,4]	24,4% [21,6-27,4]
Sul (n=3.061)	81,3% [77,7-84,4]	11,5% [9,3-14,1]	63,1% [59-67,1]	18,2% [15,5-21,1]	61% [57,3-64,5]	39% [35,5-42,7]
Centro-Oeste (n=1.060)	75,3% [70,9-79,2]	13,3% [10,2-17,1]	63,9% [59-68,6]	11,4% [8,8-14,6]	77,9% [73,4-81,7]	22,1% [18,3-26,6]

Legenda: ACS – agente comunitário de saúde; AE – agente de endemias;
APS – atenção primária à saúde; eSF – equipe de saúde da família.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Os indivíduos identificados como não ocupados foram 53,8% dos utilizadores da APS no país. Apenas o resultado encontrado na região Centro-Oeste foi oposto, com ligeira maioria (51,9%) de ocupados entre os clientes. Na população geral, 64,7% dos utilizadores da APS informaram como renda familiar per capita mensal a faixa de nenhum rendimento até 1 salário-mínimo, 32,4% mais de 1 a 3 salários mínimos e 2,9% mais de 3 salários mínimos. As regiões Norte e Nordeste exibiram as maiores proporções de usuários com renda inferior a 1 salário-mínimo (81,7% e 86,3%) e o Sudeste e o Sul apresentaram uma maior representação da faixa de 1 a 3 salários mínimos entre os usuários (41,9% e 46,3%) ao lado do grupo de menor renda (54,5% e 49%), que também prevaleceu. Mais dados estão disponíveis na TABELA 3.

Tabela 3 – Características socioeconômicas selecionadas dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Situação de ocupação		Rendimento mensal domiciliar per capita		
	ocupadas	não ocupadas	sem rendimento até 1 salário-mínimo	mais de 1 a 3 salários-mínimos	mais de 3 salários-mínimos
Brasil (n=17.261)	46,2% [44,5-47,9]	53,8% [52,1-55,5]	64,7% [62,9-66,4]	32,4% [30,7-34,1]	2,9% [2,3-3,5]
Norte (n=1.172)	46,7% [42,8-50,7]	53,3% [49,3-57,2]	81,7% [78,6-84,4]	16,6% [14-19,5]	1,7% [1-2,9]
Nordeste (n=4.870)	41,2% [38,7-43,6]	58,8% [56,4-61,3]	86,3% [84,7-87,7]	12,9% [11,5-14,5]	0,7% [0,4-1,1]
Sudeste (n=7.097)	48,3% [44,9-51,7]	51,7% [48,3-55,1]	54,5% [50,9-58,1]	41,9% [38,4-45,5]	3,5% [2,5-4,9]
Sul (n=3.061)	47,1% [43,9-50,3]	52,9% [49,7-56,1]	49% [45,8-52,3]	46,3% [43,1-49,5]	4,7% [3,5-6,3]
Centro-Oeste (n=1.060)	51,9% [47,9-55,9]	48,1% [44,1-52,1]	60,3% [56-64,4]	35,4% [31,4-39,7]	4,3% [3-6,1]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 4 – Posse de plano de saúde médico e avaliação do estado de saúde dos usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Posse de plano de saúde médico		Avaliação do estado de saúde	
	possui plano de saúde médico	não possui plano de saúde médico	muito bom	regular, ruim e muito ruim
Brasil (n=17.261)	5,6% [4,7-6,6]	94,4% [93,4-95,3]	50,1% [48,3-52]	49,9% [48-51,7]
Norte (n=1.172)	2,9% [1,9-4,4]	97,1% [95,6-98,1]	49% [45-52,9]	51% [47,1-55]
Nordeste (n=4.870)	2,3% [1,5-3,4]	97,7% [96,6-98,5]	43% [40,3-45,7]	57% [54,3-59,7]
Sudeste (n=7.097)	7,2% [5,4-9,4]	92,8% [90,6-94,6]	52,9% [49,2-56,6]	47,1% [43,4-50,8]
Sul (n=3.061)	9% [7,2-11,2]	91% [88,8-92,8]	54,5% [51,1-57,8]	45,5% [42,2-48,9]
Centro-Oeste (n=1.060)	3,9% [2,8-5,4]	96,1% [94,6-97,2]	53,2% [48,7-57,6]	46,8% [42,4-51,3]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

O inquérito apontou que 94,4% dos adultos que utilizaram a APS no período não possuíam plano de saúde médico. Esta proporção foi semelhante em todas as regiões do país. A autoavaliação do estado de saúde dos usuários entrevistados foi equilibrada, com uma

distribuição semelhante de pessoas que julgam sua saúde como muito boa e como regular, ruim ou muito ruim. A TABELA 4 reúne os dados sobre estas duas categorias.

No total, o diagnóstico de hipertensão arterial foi relatado por 39,2% dos entrevistados, de diabetes por 15,9%, de doenças cardíacas por 7,9%, de asma por 5,9%, de depressão por 15,3% e de doenças crônicas de pulmão por 2,1%. Conforme se vê na TABELA 5, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste exibiram maior frequência dessas condições de saúde quando comparadas às regiões Norte e Nordeste.

Tabela 5 – Relato de diagnósticos de condições selecionadas em usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

(em mil)	Condições de saúde					
	hipertensão arterial	diabetes	doença do coração	asma	depressão	doença crônica de pulmão
Brasil (n=17.261)	39,2% [37,5-40,9]	15,9% [14,7-17,2]	7,9% [7,1-8,8]	5,9% [5-6,9]	15,3% [14-16,8]	2,1% [1,5-2,9]
Norte (n=1.172)	27,9% [24,8-31,2]	12,5% [10,1-15,4]	4,6% [3,5-6,1]	5,2% [3,7-7,2]	7,1% [5,6-9,1]	1,6% [0,9-2,8]
Nordeste (n=4.870)	36,5% [34,1-38,9]	14,2% [12,5-16]	4,9% [3,9-6,3]	3,6% [2,9-4,4]	9,9% [8,6-11,3]	0,9% [0,6-1,3]
Sudeste (n=7.097)	43,2% [39,8-46,6]	17,8% [15,4-20,5]	9,3% [7,7-11,1]	6,8% [4,9-9,2]	17,2% [14,6-20,3]	2,6% [1,4-4,8]
Sul (n=3.061)	38,6% [35,5-41,8]	15,6% [13,2-18,3]	10,6% [8,7-12,8]	7,8% [6,1-9,9]	22,7% [19,8-25,8]	2,8% [2-4]
Centro-Oeste (n=1.060)	39,4% [35,1-43,9]	15,2% [12,2-18,8]	7,6% [5,8-10]	5,6% [3,8-8,1]	15,5% [12,4-19,2]	2,3% [1,4-3,6]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Os motivos que levaram os cidadãos a procurar atendimento na APS também foram indagados pela pesquisa e não foram encontradas diferenças importantes entre as regiões. A maioria das pessoas buscaram os serviços por conta de doença ou outro problema de saúde ou continuação de tratamento (52,8%) e em função de exame periódico (40,2%). Outros motivos foram citados por 7,3% dos entrevistados.

Entre as pessoas que buscaram a APS nos seis meses anteriores à entrevista, 16,4% realizaram menos de duas consultas médicas nos 12 meses anteriores e 83,6% realizaram mais de duas consultas neste mesmo período. Não houve diferenças regionais exuberantes em relação à frequência de consultas médicas.

Ainda foram investigados alguns aspectos relacionados às condições de habitação da população estudada: material predominante nas paredes, principal fonte de abastecimento de água, tipo de esgotamento sanitário e destino do lixo (TABELA 6). As casas de alvenaria

predominaram em todas as regiões do Brasil, assim como o abastecimento pela rede geral de distribuição de água. O acesso à rede geral de esgoto ou rede pluvial foi apontado em massa pelos entrevistados da região Sudeste, porém não ocorreu o mesmo com os das demais regiões, que indicaram outros tipos de esgotamento sanitário. A maior parte dos entrevistados de todas as regiões mencionou a coleta direta por serviço de limpeza como o principal destino do lixo.

Tabela 6 – Condições de habitação de usuários com 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço da atenção primária, até 6 meses antes da entrevista, no Brasil e regiões, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

	Fonte de abastecimento de água		Tipo de esgotamento sanitário		Destino do lixo		
	(em mil)	rede geral de distribuição	outra	rede geral de esgoto ou pluvial	outro	coletado diretamente por serviço de limpeza	outro destino
Brasil (n=17.261)		84% [85,1-82,7]	16% [17,3-14,9]	53,8% [55,7-51,9]	46,2% [44,3-48,1]	83,8% [85-82,5]	16,2% [17,5-15]
Norte (n=1.172)		63,3% [67,7-58,7]	36,7% [41,3-32,3]	13,2% [16,4-10,6]	86,8% [83,6-89,4]	74,1% [77,7-70,1]	25,9% [29,9-22,3]
Nordeste (n=4.870)		78,8% [81,1-76,3]	21,2% [23,7-18,9]	30,6% [33,6-27,7]	69,4% [66,4-72,4]	73,7% [76,1-71,3]	26,3% [28,7-23,9]
Sudeste (n=7.097)		89,7% [91,4-87,7]	10,3% [12,3-8,6]	83,5% [86,2-80,4]	16,5% [13,8-19,6]	89,7% [91,6-87,4]	10,3% [12,6-8,4]
Sul (n=3.061)		86,3% [88,6-83,6]	13,7% [16,4-11,4]	42,1% [46,6-37,7]	57,9% [53,4-62,3]	89,1% [91,2-86,7]	10,9% [13,3-8,8]
Centro-Oeste (n=1.060)		85,5% [88,7-81,6]	14,5% [18,4-11,3]	41% [46,9-53,1]	59% [53,1-64,7]	86,4% [89,7-82,4]	13,6% [17,6-10,3]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

9 PNS-2019: ESCORE GERAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A avaliação da APS produzida pela PNS-2019 a partir da aplicação do instrumento PCAT-Brasil-Adulto versão reduzida no Módulo H foi apresentada na forma de uma pontuação – o escore geral – com variação de 0 a 10 e cujo valor de corte adotado foi de 6,6, conforme discutido anteriormente.

O escore geral obtido pela PNS-2019 foi 5,9 [IC95%=5,8-5,9], classificado como baixo nível de orientação para a APS no Brasil. A avaliação de domicílios situados em áreas urbanas foi 5,8 [IC95%=5,8-5,9] e em áreas rurais 6,0 [IC95%=5,9-6,1]. A região Sul foi a mais bem avaliada 6,3 [IC95%=6,2-6,5], seguida do Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste (5,8) e, por fim, a região Norte (5,5). Mato Grosso (6,6) foi o estado brasileiro mais bem avaliado e o único a atingir o valor de corte. A seguir, vieram Rio Grande do Sul (6,5), Santa Catarina (6,3), Minas Gerais (6,2) e Paraná (6,1). Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí obtiveram um escore de 6,0. Roraima, Amapá e Maranhão receberam a pontuação de 5,2, a menor entre os estados.

Na estratificação por sexo, os indivíduos do sexo masculino atribuíram um escore geral de 5,9 para a APS e do sexo feminino de 5,8. Segundo as faixas etárias, a população de 18 a 39 anos atribuiu 5,6, a de 40 a 59 anos, 5,9, e a de 60 anos ou mais, 6,1. Usuários identificados como brancos avaliaram com 5,9, mesmo valor daqueles que se declararam pretos e pardos. O estado conjugal não provocou mudanças na avaliação da APS, produzindo um escore geral de 5,9 tanto para o grupo que tem cônjuge quanto para o que não tem.

As pessoas cadastradas em um serviço de APS avaliaram melhor (6,0) do que as não cadastradas (5,5). Os usuários que reportaram pelo menos uma visita domiciliar de ACS ou de membro da eSF também emitiram uma melhor avaliação (6,1) do que os que nunca foram visitados (5,7). Este resultado não foi diferente quando consideradas as visitas dos agentes de endemias, com melhor avaliação para os indivíduos visitados pelo menos uma vez (6,0) do que aqueles não contemplados (5,6).

Os entrevistados sem ocupação na semana da entrevista produziram um escore geral de 5,9, semelhante aos com ocupação (5,8). A estratificação por renda familiar per capita pouco variou na avaliação obtida: sem renda até um salário-mínimo (5,8), mais de 1 até 3 salários-mínimos (6,0) e mais de 3 salários-mínimos (5,8). Estes dados estão na TABELA 7.

O escore geral indicado pelos consumidores de plano de saúde médico foi de 5,9, exatamente igual à pontuação daqueles que não possuíam plano. Tampouco houve uma grande diferença entre a avaliação das pessoas que consideraram seu estado de saúde muito bom (5,8) e as que consideraram regular, ruim e muito ruim (5,9).

Tabela 7 – Escore geral da APS no Brasil, considerando um intervalo de confiança de 95%, em 2019

Variáveis	Escore geral	IC 95%
Sexo		
Homem	5,9	[5,8 – 6,0]
Mulher	5,8	[5,8 - 5,9]
Grupos de idades		
18 a 39	5,6	[5,5 - 5,7]
40 a 59	5,9	[5,7 - 6,0]
60 ou mais	6,1	[6,0 - 6,2]
Cor ou raça		
Branca	5,9	[5,7 – 6,0]
Preto ou pardo	5,9	[5,8 – 6,0]
Faixas de rendimento domiciliar per capita		
Até 1 salário-mínimo	5,8	[5,7 - 5,9]
Mais de 1 até 3 salários-mínimos	6,0	[5,9 - 6,2]
Mais de 3 salários-mínimos	5,8	[5,4 - 6,2]
Estado conjugal		
Tem cônjuge	5,9	[5,8 – 6,0]
Não tem cônjuge	5,9	[5,8 – 6,0]
Hipertensão arterial		
Sim	6,2	[6,1 - 6,3]
Não	5,7	[5,6 - 5,8]
Diabetes		
Sim	6,3	[6,1 - 6,4]
Não	5,8	[5,7 - 5,9]
Doença do coração		
Sim	6,4	[6,1 - 6,6]
Não	5,8	[5,7 - 5,9]
Asma		
Sim	6,0	[5,7 - 6,3]
Não	5,9	[5,8 - 5,9]
Depressão		
Sim	6,1	[5,9 - 6,2]
Não	5,8	[5,8 - 5,9]
Doença crônica do pulmão		
Sim	6,4	[6,0 - 6,8]
Não	5,9	[5,8 - 5,9]
Domicílio cadastrado na unidade de saúde da família		
Sim	6,0	[5,9 - 6,1]
Não	5,5	[5,4 - 5,7]
Frequência que recebeu visita de ACS nos últimos 12 meses		
Pelo menos uma vez	6,1	[6,0 – 6,2]
Nunca recebeu	5,7	[5,5 – 5,8]
Frequência que recebeu visita de ACE nos últimos 12 meses		
Pelo menos uma vez	6,0	[5,9 - 6,1]
Nunca recebeu	5,6	[5,4 - 5,7]

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Os usuários que relataram algum dos diagnósticos incluídos no questionário produziram melhores avaliações do que aqueles que negaram tais condições: hipertensão arterial (com relato = 6,2; sem relato = 5,7), diabetes (com relato = 6,3; sem relato = 5,8), asma (com relato = 6,0; sem relato = 5,9), depressão (com relato = 6,1; sem relato = 5,8) e doença crônica no pulmão (com relato = 6,4; sem relato = 5,9).

9.1 Análise comparativa

Deve-se levar em conta as especificidades da PNS-2019 e a heterogeneidade dos estudos que vêm aplicando o PCAT ao se comparar o escore geral obtido pela primeira com os resultados das demais pesquisas de avaliação da APS. A seguir, foram reunidos os resultados de diversas iniciativas de menor escala que utilizaram o PCAT para a avaliação da APS na perspectiva do usuário adulto.

Dois inquéritos nacionais de base populacional foram conduzidos nos anos de 2006 e 2016-2017, na Comunidade Autônoma da Catalunha. Eles também incorporaram versões reduzidas do PCAT para população adulta a seus questionários, mas obtiveram valores mais elevados que o inquérito brasileiro (ROCHA et al, 2011; BARTOLL et al, 2018). Também alcançaram resultados superiores pesquisas de avaliação realizadas em Montevidéu (Uruguai), Córdoba (Argentina), departamento de Santander (Colômbia), Seul (Coreia do Sul) e na região da Cidade do Cabo (África do Sul). Em contrapartida, em Xangai (China), Taichung (Taiwan), Kita (Japão) e Hong Kong os valores foram inferiores ao apresentado pela PNS-2019 (D'ÁVILA et al, 2017).

Na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2014, foi calculado um escore geral de 5,73 em pesquisa que entrevistou 3.530 usuários adultos (HARZHEIM et al, 2016). A APS também recebeu baixas avaliações em inquéritos realizados em locais como Alfenas (Minas Gerais), Londrina (Paraná), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Ilhéus (Bahia), Pouso Alegre (Minas Gerais), São José Ribamar (Maranhão) (COSTA et al, 2020) e Vale do Jequitinhonha (Minas Gerais) (PAULA et al, 2015). Os escores gerais foram superiores ao da PNS-2019, pelo menos, em avaliações em municípios do estado de São Paulo e em Petrópolis (Rio de Janeiro) (D'ÁVILA et al, 2017).

A verificação de valores mais elevados na avaliação da APS pelos usuários cadastrados nas unidades de saúde da família, bem como por aqueles que relataram ter recebido, nos 12 meses anteriores à entrevista, visitas domiciliares de membros da eSF (ACS e ACE) coincide com a frequente avaliação favorável dos serviços da ESF em comparação a outros modelos de organização da APS no país (ELIAS et al, 2006; CASTRO et al, 2012; MACINKO et al, 2015; HARZHEIM et al, 2016).

Assim como constatado na PNS-2019, há inúmeros estudos, nacionais e estrangeiros, que evidenciaram associação positiva entre a faixa etária dos usuários e as respectivas avaliações sobre o serviço de APS (CAMPBELL et al, 2001; LYRATZOPOULOS et al, 2012; BRANDÃO et al, 2013; PROTÁSIO et al, 2017).

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), uma pesquisa telefônica realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, desde 2006, aplicou o PCAT-Adulto-Brasil versão reduzida, em 2015, a 872 usuário moradores de Belo Horizonte (Minas Gerais). Dentre outros achados semelhantes à PNS, foi constatada uma avaliação superior da APS pelos entrevistados que relatavam alguma morbidade (hipertensão, diabetes e obesidade) (PERILLO et al, 2021).

9.2 Módulo H: incorporação do PCAT-Adulto-Brasil versão reduzida à PNS-2019

É importante salientar que restrições como a limitação de recursos financeiros destinados à execução das pesquisas, a aplicabilidade dos métodos, os prazos estabelecidos, além de interesses políticos envolvidos, são fatores que podem dificultar modificações de processos avaliativos (FURTADO et al, 2012). Nesse sentido, o instrumento escolhido para ser agregado ao questionário da PNS-2019, o PCAT-Brasil-Adulto versão reduzida, provavelmente, foi uma alternativa mais viável e econômica. Ainda assim, trata-se de um questionário tradicional no campo da avaliação da atenção primária e capaz de gerar resultados com comparabilidade internacional (D'ÁVILA et al, 2017).

Esta ferramenta, apesar de mais prática, retorna somente uma medida como resultado da avaliação da APS, o escore geral. O escore geral revela o grau de orientação do serviço para os atributos da APS. Fornece uma pontuação que deriva basicamente da média do valor de todos os itens do questionário reduzido. Ele não especifica a contribuição de cada atributo na composição da nota final, revelando um dado pouco específico.

As versões extensas do PCAT podem fornecer escores específicos para cada atributo, além do escore essencial, um índice que sintetiza a presença e a extensão dos atributos essenciais. Os escores médios de cada componente são obtidos pela média dos itens relacionados a cada atributo, separadamente. O escore essencial é, por sua vez, determinado pela média dos escores de cada um dos atributos essenciais (BRASIL, 2020).

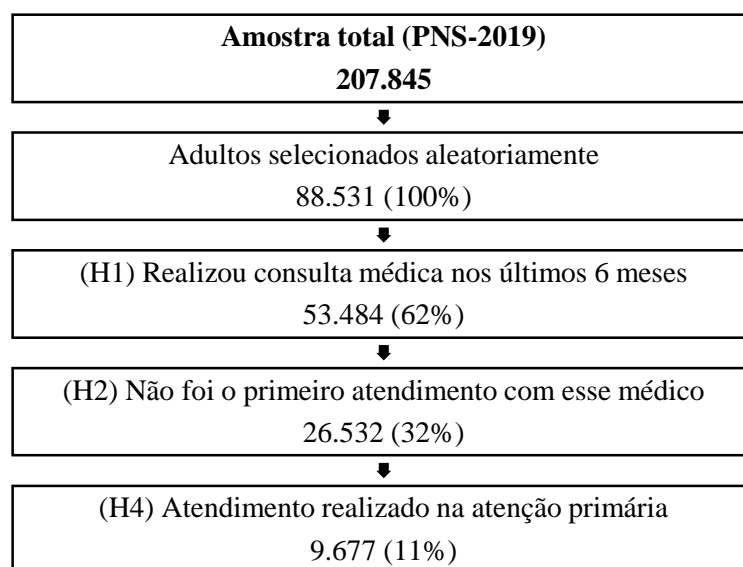
Sob esta perspectiva, a utilização da versão completa do PCAT em uma pesquisa do porte da PNS permitiria medir, individualmente, a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, fornecendo dados de qualidade em várias dimensões, auxiliando na orientação da tomada de decisões, uma vez que pode identificar as áreas em fragilidade. Sabe-se que, individualmente, cada um dos atributos participa na melhoria da eficácia e da efetividade da assistência oferecida (SHI et al, 2001), donde se infere a importância de se considerar a adoção da versão completa do instrumento ao questionário da PNS.

9.3 Módulo H: seleção da subamostra

Mesmo com a expansão do tamanho da amostra na PNS-2019, em relação às versões anteriores, a subamostra de respondentes do Módulo H acabou sendo insuficiente para a desagregação dos dados para as capitais dos estados, como planejado.

Possivelmente, uma fração inferior da amostra foi selecionada nesta etapa por conta dos critérios muito restritivos estabelecidos para o Módulo: (H1) última consulta médica realizada nos 6 meses anteriores à entrevista (53.484 retidos; 35.047 excluídos); (H2) não ser o primeiro atendimento com esse médico (26.532 retidos; 26.952 excluídos); e (H4) atendimento médico realizado em unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) (9.677 retidos; 17.275 excluídos) (FIGURA 2).

Figura 2 – Construção da amostra final do Módulo H após critérios de seleção na PNS-2019



Fonte: Adaptado de Macinko et al (2022).

Ampliar a subamostra elegível para o Módulo H será uma medida necessária para garantir a validade estatística dos resultados da próxima edição da PNS, pelo menos, até o nível das capitais de estado. Uma possibilidade seria adotar critérios de inclusão menos restritivos, como, por exemplo, a extensão do período de referência de 6 meses para 12 meses antes da entrevista. Segundo Macinko et al (2022), esta medida reforçaria a capacidade de generalização dos resultados ao dobrar o tamanho da amostra, aproximando suas características às da população geral.

Também deve-se notar que somente os serviços de APS vinculados ao SUS foram incluídos na subamostra do Módulo H. Faltam pesquisas de grande escala para a avaliação dos serviços de APS administrados pela saúde suplementar, que tem ampliado cada vez mais a presença desta modalidade em sua rede (ANS, 2019).

Macinko et al (2022) vão além e sugerem não restringir a amostra a serviços públicos de APS e passar a considerar qualquer contato com outros tipos de prestador (públicos, privados, médicos, enfermeiros, generalistas e especialistas), solicitando ao entrevistado que identifique tais características. Esta modificação conduziria para uma avaliação do sistema de saúde inteiro.

10 PNS-2019: UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O questionário do Módulo J da PNS-2019 era composto por 56 questões com enfoque em acesso e utilização de serviços de saúde, dentre outros assuntos. Nos 86.820 domicílios visitados, foram coletadas as respostas de 134.221 indivíduos. Como destacado na metodologia, um dos moradores respondia pelos outros residentes (*proxy*).

Um total de 76,5% [IC95%=75,9-77,1] dos entrevistados afirmaram costumar procurar o mesmo lugar (médico ou serviço de saúde) quando precisam de atendimento médico, algo equivalente a 160,4 milhões de brasileiros (TABELA 8). A unidade básica de saúde foi o local de escolha para 46,8% [IC95%=45,9-47,8] dessas pessoas, apontada como primeira referência em todas as regiões do país.

Tabela 8 – Proporção de pessoas que costumavam procurar o mesmo local, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde, no Brasil e regiões, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o local de procura por atendimento, em 2019

Local de atendimento	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Farmácia	2,3% [2,1-2,6]	4,7% [3,5-5,9]	2,7% [2,3-3,0]	1,4% [1,1-1,8]	2,4% [1,9-3,0]	3,8% [2,9-4,7]
Unidade básica de saúde	46,8% [45,9-47,8]	55,3% [53,1-57,5]	54,1% [52,8-55,4]	39,1% [37,2-41,1]	51,9% [49,8-54,0]	46,6% [44,2-49,0]
Ambulatório de especialidades público	8,9% [8,4-9,4]	9,9% [8,6-11,2]	12,5% [11,7-13,3]	7,5% [6,7-8,4]	5,5% [4,8-6,3]	9,5% [7,6-11,4]
UPA, PS ou emergência públicos	14,1% [13,4-14,9]	14,3% [12,7-15,9]	14,0% [12,9-15,0]	15,6% [14,1-17,1]	10,5% [9,2-11,7]	13,3% [11,6-14,9]
Consultório ou clínica privados	22,9% [22,1-23,6]	12,8% [11,7-13,9]	14,0% [13,1-14,9]	29,4% [27,8-30,9]	25,5% [23,9-27,1]	22,5% [20,8-24,2]
PS ou emergência privados	4,4% [4,0-4,8]	2,3% [1,8-2,9]	2,4% [2,1-2,8]	6,3% [5,5-7,2]	3,7% [3,1-4,4]	3,8% [3,0-4,6]
Outro local	0,5% [0,4-0,6]	0,6% [0,3-0,8]	0,4% [0,3-0,5]	0,6% [0,4-0,8]	0,4% [0,2-0,6]	0,5% [0,3-0,7]

Legenda: PS – pronto-socorro; UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

A maior proporção foi encontrada na região Norte, onde foi escolhida por 55,3% [IC95%=53,1-57,5] dos entrevistados, enquanto a menor foi obtida no Sudeste, com apenas 39,1% [IC95%=37,2-41,1]. Os consultórios ou clínicas privadas e as unidades de pronto atendimento ou emergências de hospitais públicos foram, respectivamente, os segundos e os terceiros locais mais indicados. Uma parcela da população, especialmente na região Nordeste, apontou os centros de especialidades, policlínicas/PAM e os ambulatórios públicos como

primeira referência. Os estabelecimentos menos escolhidos foram os pronto-atendimentos ou emergências de hospitais privados e as farmácias.

Um grupo estimado de 159,6 milhões (76,2% [IC95%=75,8-76,6]) de entrevistados informou ter se consultado com um médico nos 12 meses anteriores, sendo que entre o sexo feminino essa proporção foi de 82,3% [IC95%=82,0-82,7] contra 69,4% [IC95%=68,9-69,9] no sexo masculino. Quanto à faixa etária, os mais jovens e os mais velhos foram os mais representados: de 0 a 17 anos com 75,7% [IC95%=75,8-76,6] e com 60 anos ou mais com 86,9% [IC95%=86,4-87,4]. Dos indivíduos com maior renda familiar *per capita*, mais de 5 salários-mínimos, 89,6% [IC95%=88,5-90,7] estiveram em consulta médica. A menor proporção foi entre aqueles que não tinham rendimento ou recebiam até um quarto de um salário-mínimo por mês, dos quais 67,6% [IC95%=66,6-68,7] se consultaram nos 12 meses anteriores. Os principais motivos para buscar atendimento foram doenças ou tratamento de doenças, 48,2% [IC95%=47,2-49,3], ações preventivas, vacinação, *check-up* médico ou acompanhamento com outro profissional de saúde, 25,1% [IC95%=24,2-26,0], e exames complementares de diagnóstico, 10,2% [IC95%=9,7-10,7].

Quase a metade dos entrevistados, 49,4% [IC95%=48,9-49,9], respondeu que consultou o dentista nos 12 meses anteriores. Apenas 34,3% [IC95%=33,3-35,2] da faixa etária de 60 anos ou mais passou pelo dentista. A proporção também foi menor nos entrevistados sem instrução ou com fundamental incompleto, com 41,1% [IC95%=40,5-41,7], e maior naqueles com ensino superior completo, 70,4% [IC95%=69,4-71,5]. Apenas 36,0% [IC95%=34,7-37,2] da população de menor renda – até um quarto de salário – foram consultados pelo dentista no ano anterior, contrastando com os 75,7% [IC95%=74,1-77,3] com renda mensal de 5 salários ou mais.

Foram 18,6% dos entrevistados que afirmaram ter procurado atendimento de saúde nas duas semanas antecedentes. Os maiores de 60 anos foram o grupo com maior representatividade, 27,5% [IC95%=26,8-28,3], ao contrário da faixa de 18 a 29 anos, na qual apenas 13,6% [IC95%=13,0-14,2] buscaram o serviço. Da mesma forma, tentaram um atendimento de saúde 26,8% [IC95%=25,3-28,2] dentre aqueles cuja renda é superior a 5 salários-mínimos contra 21,8% [IC95%=20,7-22,9] do grupo com renda de até um quarto de salário. Das que buscaram, 86,1% [IC95%=85,4-86,8] conseguiram o atendimento, sendo que 73,6% [IC95%=72,6-74,6] foram atendidas na primeira tentativa.

A proporção de pessoas que procurou atendimento nas duas semanas antecedentes à entrevista e que teve algum medicamento receitado nessa ocasião foi de 60,9% [IC95%=59,9-61,8]. Dessas pessoas, 85,0% [IC95%=84,2-85,9] conseguiram obter todos estes medicamentos

prescritos, 92,8% [IC95%=92,2-93,4] conseguiram pelo menos um dos medicamentos. O serviço público de saúde forneceu pelo menos um dos medicamentos receitados a 30,5% [IC95%=29,2-31,8] das pessoas. Os grupos com menor renda foram os que mais utilizaram o serviço público de saúde: 42,3% [IC95%=38,2-46,3] dos que ganham até um quarto de salário e 40,4% [IC95%=37,1-43,7] de um quarto a meio salário-mínimo. Apenas 7,1% [IC95%=3,7-10,5] dos que tem a renda familiar per capita superior a 5 salários-mínimos retirou o medicamento no serviço público.

10.1 Módulo J: uma proposta de modernização

Os primeiros dados sobre acesso e utilização de serviços de saúde provenientes de um inquérito nacional de base domiciliar no Brasil, após a implantação do SUS, foram fornecidos pelo Suplemento Saúde da PNAD-1998. O mesmo questionário, quase inalterado (QUADRO 3), foi mantido nas versões subsequentes da pesquisa (2003 e 2008) e nas PNS-2013 e 2019, constituindo uma série de caráter histórico. Apesar da periodicidade de sua aplicação, parece ter havido pouco planejamento do Ministério da Saúde durante todos estes anos em relação ao módulo (TRAVASSOS et al, 2008).

O tradicional questionário tem englobado alguns agrupamentos temáticos com certa independência entre si, como questões cuja abordagem está centrada na presença de morbidades, incapacidades físicas, autoavaliação do estado de saúde etc.

No bloco de perguntas destinadas à mensuração do acesso e utilização, mais propriamente, é questionado se o entrevistado possui um serviço de saúde de uso regular (J9) e de que tipo (J10a). A presença de um local de referência de atendimento pode ser interpretada como um indicador de melhor acesso (LAMBREW et al, 1996; MENDOZA-SASSI et al, 2003; GRAY et al, 2014). Esta associação é clássica, mas pode ser prejudicada por fatores que limitam o acesso efetivo e oportuno à unidade mencionada (RUST et al, 2008; BENETT, 2014).

Neste quesito, a PNS-2019 identificou que a grande maioria dos brasileiros afirma possuir um local de referência para atendimentos médicos, sendo a unidade básica de saúde a modalidade mais apontada, indicando a consolidação deste setor, como a “porta de entrada” do cidadão para o sistema de saúde do país. Eis uma razão clara para uma avaliação aprofundada e de abrangência nacional deste nível de cuidado.

Os itens subsequentes eram destinados a identificar o momento da última visita médica da pessoa (J11a) e a quantificar o número de consultas realizadas pelo indivíduo nos últimos doze meses (J12). A investigação do acesso continua nas questões seguintes, cujo período de

referência são as duas semanas anteriores à entrevista. O questionário busca detalhar a tentativa do entrevistado em procurar um atendimento médico para si próprio (J14), indagando sobre o motivo (J15a), o local (J16a), o desfecho da busca (J17a) e a razão do não atendimento (J18a), caso tenha sido este o resultado. Outras tentativas de obter atendimento médico foram tratadas nos itens posteriores.

É fundamental recordar que, ao longo do tempo, ficou bem estabelecida entre os teóricos a concepção de “acesso” a partir da decomposição em variadas dimensões, o que conferiu maior complexidade ao tema. Tal evolução tornou ainda mais desafiadora a tarefa de formular indicadores mensuráveis para este atributo (SHANCHEZ et al, 2012). O desenvolvimento deste modelo complexo logo definiu um caráter multifatorial também para as barreiras ao acesso. A fragmentação do conceito, no entanto, eventualmente beneficia intervenções políticas voltadas, especificamente, para alguns desses aspectos (SHENGELIA et al, 2005).

Em geral, as questões do atual Módulo J sobre acesso estão condicionadas à existência de uma necessidade em saúde que leve o indivíduo a procurar atendimento médico. Em seguida, é avaliado se este foi capaz de receber a assistência. Este modelo, numa perspectiva de comparação seriada, é útil em sugerir a existência de dificuldades para o uso do serviço, mas é pouco eficaz em identificar quais são as prováveis barreiras para sua utilização.

A difusão destes conceitos mais modernos ocorreu no mesmo período em que foi introduzido o módulo de investigação de acesso e utilização na PNAD-1998. Simultaneamente, outros pesquisadores produziam novos modelos mais sofisticados de aferição destes e de outros componentes da atenção primária.

O trabalho de Starfield (1998) – originalmente publicado, nos EUA, em 1998 – é o corolário de alguns esforços que vinham se desenvolvendo há algum tempo e que resultaram em uma contribuição seminal para o entendimento atual de atenção primária e para a concepção de um modelo de avaliação moderno. Esta obra foi traduzida, no Brasil, apenas no ano de 2002 (STARFIELD, 2002).

Neste contexto, o PCAT (SHI et al, 2001) foi apresentado pelo grupo da autora como uma ferramenta de avaliação específica da atenção primária que contemplava uma análise pormenorizada de cada atributo. Em algum tempo, o instrumento foi adaptado e validado para a população brasileira e sua versão completa para usuários adultos contém 87 itens (HARZHEIM et al, 2013).

Nesta versão, a análise do componente “acesso – primeiro contato” é realizada ao longo de 15 questões, cuja abordagem está fundamentada em um modelo teórico que divide o atributo em dois componentes: acessibilidade (estrutura) e utilização (processo).

O papel histórico do Módulo J é digno de consideração e seus resultados devem ser preservados enquanto fonte de valiosas informações sobre as condições de acesso à saúde no Brasil durante todo o período em que prevaleceu como seu principal instrumento de avaliação. Porém, com a expansão da atenção primária no país e a identificação do seu papel cada vez mais relevante como “porta de entrada” do sistema, surge a demanda por aferições mais modernas, capazes de orientar a qualificação dos serviços prestados aos cidadãos no âmbito do SUS.

Em síntese, destacamos duas considerações sobre o questionário da PNS-2019:

- (1) O Módulo J, a despeito de sua contribuição histórica, é cada vez mais limitado para atender às demandas atuais do sistema de saúde brasileiro. Nele, ainda é aplicada uma abordagem anacrônica para a avaliação do acesso, desalinhada com as definições multidimensionais contemporâneas do atributo, além de não ser capaz de analisar, adequadamente, as barreiras ao acesso, informação essencial para a tomada de decisões em planejamento e gestão.
- (2) O Módulo H, embora represente uma inovação fundamental para a institucionalização da avaliação da atenção primária no Brasil, fornece, unicamente, uma medida genérica do setor – representada pelo “escore geral”. Para além disso, os critérios adotados para a escolha dos entrevistados impuseram um provável “viés de seleção” que compromete a generalização dos seus resultados. A adoção de um instrumento capaz de produzir informações específicas sobre os outros atributos da atenção primária é indispensável para a compreensão aprofundada da mesma e, por conseguinte, para a melhoria da sua qualidade.

Deste modo, descreveremos nossa proposta de modernização do questionário da PNS. Este novo modelo tem por finalidade dirimir algumas das limitações dos atuais Módulos J e H, conforme discutido anteriormente, além de atualizar as bases teóricas conceituais adotadas na formulação das questões e de ampliar a utilidade pública dos dados produzidos pela pesquisa.

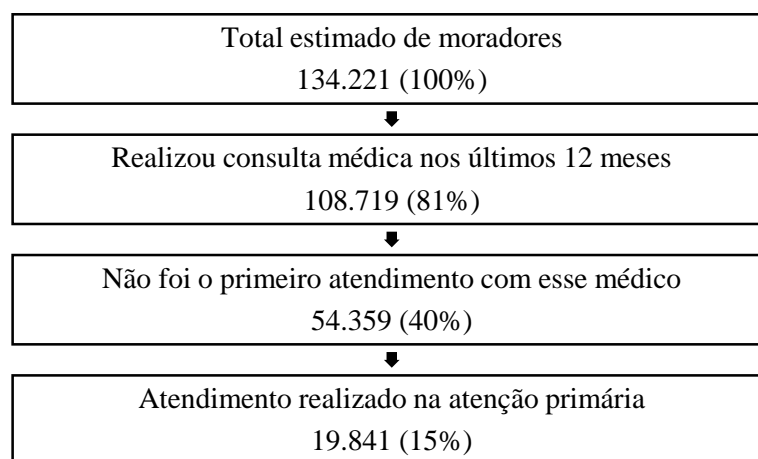
Acompanhando outros pesquisadores (MACINKO et al, 2022), sugerimos que o IBGE e o Ministério da Saúde, no planejamento da próxima PNS, considerem fundir os Módulos J e H e criar um novíssimo módulo de “avaliação da atenção primária”, cujo conteúdo seria formado pela incorporação integral do instrumento PCAT validado no Brasil para usuários adultos (PCAT-Adulto-Brasil) em sua versão extensa (ANEXO 4).

Esta modificação não requererá um aumento considerável no tamanho do questionário – de 86 para 92 itens – e representará uma transformação com potencial extraordinário na avaliação da atenção primária, no Brasil, ao incluir questões relativas a todos os atributos, os quais poderão ser analisados isoladamente ou em conjunto, fornecendo informações específicas e detalhadas para guiar a tomada de decisões e fortalecer a atenção primária brasileira.

A inclusão deste novo módulo dentro do grupo de “questionários do morador”, tal qual o atual Módulo J, permitirá que todos os moradores sejam elegíveis *a priori* para respondê-lo. Em contrapartida, será fundamental manter um filtro de seleção, como o aplicado no último Módulo H, para selecionar respondentes com algum contato prévio com o serviço, no intuito de alcançar resultados com maior acurácia.

Após a aplicação do filtro, a subamostra selecionada para responder ao Módulo H da PNS-2019 encerrou com aproximadamente 11,0% do total de moradores sorteado. Observou-se que o critério baseado no período de referência das perguntas excluiu uma parcela de 38% do total de moradores selecionados. Considera-se que esta taxa reduziria pela metade com a ampliação do período de referência para 12 meses.

Figura 3 – Estimativa de construção da amostra final do novo Módulo J após critérios de seleção



Fonte: Elaboração própria.

Na PNS-2019, houve 134.221 respostas ao Módulo J, valor que pode ser tomado como referência para a estimativa do impacto da mudança proposta sobre o número de entrevistas (FIGURA 3). Do total, 19% (25.502) devem ser eliminados na primeira etapa (atendimento nos últimos 12 meses), restando 108.719. Na segunda etapa, que considera apenas aqueles já atendidos pelo mesmo médico, anteriormente, a retenção foi de 50%, o que retornaria 54.359 pessoas. A última etapa restringiu a amostra àqueles atendidos na atenção primária e reteve

apenas 36,5% do grupo anterior, o que determinaria uma subamostra de 19.841 selecionados, implicando em um aumento da amostra em duas vezes comparado ao da PNS-2019.

Com esta modificação, serão revelados dados mais robustos e acurados para a sociedade, preservando a validade estatística dos números após a estratificação para níveis menores, como capitais, uma limitação encontrada na PNS-2019.

Quadro 4 – Quadro comparativo dos Módulos J (“Utilização de Serviços de Saúde”) e H (“Atendimento Médico”) da PNS-2019 com a proposta do novo Módulo J

	PNS-2019		Próxima PNS
	Módulo J	Módulo H	Novo Módulo J
Título	Utilização de serviços de saúde	Atendimento médico	Avaliação da atenção primária
Criação	1998	2019	?
Instrumento	original	PCAT-Adulto-Brasil reduzido	PCAT-Adulto-Brasil extenso
Bases teóricas	diversas	atributos essenciais e derivados da atenção primária	atributos essenciais e derivados da atenção primária
Nº de itens	56	30	92
População	todos os moradores	somente um morador	todos os moradores
Critério de seleção	nenhum	1. Consulta médica a menos de 6 meses; 2. Não ser o primeiro atendimento com este médico; 3. Consulta em unidade básica de saúde.	1. Consulta médica a menos de 12 meses; 2. Não ser o primeiro atendimento com este médico; 3. Consulta em unidade básica de saúde.
Resultado(s)	valores absolutos e percentuais	escore geral	escores geral e específicos
Nº entrevistas e estimativa	134.221	9.677	19.841

Fonte: Elaboração própria.

Em resumo (QUADRO 4), sugerimos a modernização do Módulo J da PNS, o que consistiria na fusão temática com o Módulo H e na adoção, como instrumento, da versão extensa do questionário PCAT-Adulto-Brasil. Haveria o aumento de seis questões e nenhum impacto sobre o número de entrevistas realizadas, a despeito do enorme ganho em tamanho de

amostra com a inclusão da avaliação da atenção primária no grupo de questionários aplicados a todos os moradores do domicílio. Além da necessária expansão do período de referência de 6 meses para um ano.

11 DISCUSSÃO

Os inquéritos em saúde, como a PNS-2019, carregam limitações inerentes ao próprio método. A interpretação dos seus resultados deve considerar a influência de fatores cognitivos como a memória e a desejabilidade social do entrevistado, potencialmente presentes neste tipo de estudo, baseado em autorrelatos. Questões relacionadas à amostra que respondeu o PCAT, como os critérios de seleção adotados, resultaram em um tamanho de amostra reduzido, comprometendo a generalização universal dos achados da pesquisa.

Em que pese as suas limitações, a PNS-2019 representou um marco indelével na história da APS no Brasil, tornando-se a primeira pesquisa de alcance nacional a avaliar o setor na perspectiva do usuário. Destinar um módulo inteiro da PNS-2019 para a avaliação da atenção primária representou uma grande inovação, resultante de uma parceria bem-sucedida do IBGE com o Ministério da Saúde. Estes resultados passaram a definir uma “linha de base” para a avaliação da APS no Brasil, além de consistirem num relevante substrato de base científica para a tomada de decisões essenciais no direcionamento das ações e políticas públicas. (PINTO et al, 2020).

Parece não ter precedentes em todo o mundo uma investigação em escala semelhante. As experiências mais próximas da PNS-2019 vêm da Catalunha, que adotou uma versão do instrumento ainda mais curta – o PCAT-A10 – em estudos locais de base populacional (ROCHA et al, 2021) e da cidade de Alberta, no Canadá, onde o PCAT tem sido sistematicamente aplicado, desde 2007, em inquéritos telefônicos de monitoramento da atenção primária (MOE et al, 2019).

No Brasil, o PMAQ-AB foi outra pesquisa de abrangência nacional, como a PNS. Sua última edição foi encerrada em 2019. O estudo envolvia, em uma de suas etapas, a aplicação de um questionário de avaliação da atenção primária baseada nos atributos. Entretanto, foi adotada uma técnica de amostragem não-probabilística, de modo que os resultados da avaliação do usuário não puderam ser extrapolados para a população (PROTÁSIO et al, 2020). Esta lacuna na avaliação da atenção primária brasileira passou a ser preenchida pela PNS-2019.

Segundo os dados da PNS-2019, a Estratégia Saúde da Família (ESF) alcança mais de 131 milhões de brasileiros, o equivalente a 62,2% da população. De 2013 para 2019, houve um aumento proporcional de 6,5% da abrangência. As unidades de atenção primária também foram as mais mencionadas como serviço médico de procura regular das pessoas. Estes dados reforçam a consolidação deste nível de cuidado como a principal “porta de entrada” do SUS

para a população brasileira. O mesmo já fora constatado em publicações tão antigas como o clássico artigo “A ecologia do cuidado médico” (WHITE et al, 1996).

Considerando o destaque para a atenção primária, na PNS-2019, como o serviço de saúde mais utilizado pelos brasileiros, e observando o caráter estratégico inerente à expansão e consolidação deste nível de cuidado no país (BRASIL, 2017), não restam dúvidas quanto à importância, para a sociedade, de dados de boa qualidade, que sejam efetivamente capazes de orientar a gestão pública e qualificar a atenção primária no SUS.

Os instrumentos PCAT são compostos por perguntas orientadas para avaliar apenas as dimensões estrutura e processo da Tríade de Donabedian. Deste modo, uma limitação da ferramenta é não ser capaz de avaliar o terceiro componente: resultados. Por este motivo, é fundamental que sejam utilizadas modalidades complementares de pesquisa para a avaliação da atenção primária.

Para além do conjunto de medidas proporcionadas pelos instrumentos PCAT, há outros fatores de grande relevância que compõem o setor e que, por sua vez, exigem o levantamento de outros dados e indicadores para formular uma ampla avaliação deste nível de cuidado.

Alguns indicadores são classicamente associados ao impacto da atenção primária sobre a saúde da população. No Brasil, vêm sendo publicados estudos nesta linhagem. Diversos pesquisadores sugerem resultados positivos relacionados à expansão da ESF, como redução das internações por condições sensíveis à APS (ICSAPS) (MAGAJEWSKI et al, 2008; ALFRADIQUE et al, 2009; MACINKO et al, 2010; DOURADO et al, 2011; MACINKO et al, 2011; CECCON et al, 2014; CARVALHO et al, 2015; PINTO et al, 2018) e da mortalidade infantil, especialmente por doença diarreica e infecções do trato respiratório (MACINKO et al, 2006; MACINKO et al, 2007; AQUINO et al, 2009; RASELLA et al, 2010; BASTOS et al, 2017).

Outros resultados positivos sobre o impacto da expansão da atenção primária no Brasil foram identificados na literatura, como a redução na mortalidade geral e nas iniquidades em saúde (HONE et al, 2020), assim como na mortalidade e nas hospitalizações por doença cardíaca e cerebrovascular (RASELLA et al, 2014; LENTSCK et al, 2015). Também foram relatadas melhora na detecção de novos casos de hanseníase (NERY et al, 2014) e a custo-efetividade da implementação da estratégia (ROCHA et al, 2010). Um estudo sobre o impacto da atenção primária no Brasil também encontrou associação positiva com a qualidade dos serviços (CASTRO et al, 2020).

É estratégico que o processo de implementação do módulo de atenção primária na PNS-2019 passe, ele próprio, por uma avaliação – uma análise crítica e reflexiva sobre todas as suas

etapas e os resultados obtidos –, com a pretensão de identificar fragilidades e potências do método, julgar a credibilidade dos resultados e contextualizar sua utilidade. Em suma, o objetivo de “avaliar a avaliação” é averiguar sua capacidade de responder perguntas necessárias para a qualificação da atenção primária no Brasil e produzir um juízo sobre os métodos adotados (HARTZ et al, 2008; FURTADO et al, 2012).

As pesquisas de avaliação em saúde, em geral, são direcionadas para um problema, um programa ou uma política específica, o que as confere um caráter “instrumental”. Além disso, atribui-se um papel “incremental”, e não “basilar”, aos seus achados, uma vez reconhecidos os inúmeros fatores condicionantes do processo de tomada de decisões. As informações e novidades produzidas por essas investigações, muitas vezes, chegam a alcançar e até influenciar a classe política, entretanto sua importância durante o processo pode ser afetada pelos outros elementos deste complexo sistema, como aqueles relacionados à política, economia, cultura, interesses pessoais etc. (ALMEIDA et al, 2006).

Interpretar as informações obtidas nas pesquisas sem perder de vista a trama em que opera o sistema de saúde é fundamental. A “perspectiva de sistemas complexos”³ tem sido cada vez mais aplicada às avaliações em Saúde Pública, a partir de abordagens metodológicas variadas (MCGILL et al, 2021). Apesar disso, a incorporação do pensamento complexo ainda requer mais estudos e aprimoramentos, a fim de mitigar algumas das suas limitações, como a dependência de um tempo mais longo para a avaliação, a necessidade do desenvolvimento de metodologias de avaliação ágeis e adaptativas, bem como a habilidade para reconhecer diversos impactos no sistema, ao invés de apresentar apenas uma medida como resultado – característica do pensamento linear (RUTTER et al, 2017).

Melhorias nos sistemas de informação em saúde também são altamente estimuladas, haja vista o enorme acervo de dados clínicos e administrativos armazenados de forma fragmentada. A integração entre os sistemas de informação, incluindo os prontuários eletrônicos, aumentará significativamente a capacidade de pareamento das informações retiradas dos diferentes sistemas, tornando os registros mais completos e criando um banco de dados único. A tecnologia atual permite a efetuação deste procedimento que promete aprimorar ações e planejamento em saúde, assim como ter uma relevância importante para a produção científica (DEROSE et al, 2003; SILVA et al, 2006; OLIVEIRA et al, 2016).

³ Um “sistema complexo” pode ser definido como um conjunto de partes inter-relacionadas. Seu comportamento é dinâmico e tais modificações são provocadas pelas interações de partes do sistema com o todo. A função de cada parte no sistema não é suficiente para explicá-lo. A compreensão total dos sistemas complexos não é possível, assim como controlá-lo ou prevê-lo. O “pensamento complexo” ganhou notoriedade em meados do século 20.

12 CONCLUSÃO

- O IBGE incorporou a avaliação em APS aos temas abrangidos na PNS, associando-a a uma política de Estado. Esta importante atitude deve assegurar a disponibilização periódica de dados de alcance nacional sobre o setor.
- A adoção do PCAT, um instrumento de coleta de dados reconhecido internacionalmente para avaliação em APS, garante benefícios como a comparabilidade dos resultados. Foi incorporada à PNS-2019 uma versão resumida validada do questionário para a população adulta que, no entanto, apresenta algumas limitações que prejudicam a análise dos seus resultados. Na próxima edição da PNS, recomenda-se a substituição do modelo resumido do instrumento pela sua versão completa.
- A PNS-2019 apresentou resultados consistentes para as unidades da federação, porém não alcançou significância estatística em outros níveis de análise. Destaca-se a importância de se tentar garantir amostras probabilísticas representativas do universo de cada unidade federativa e, se possível, também das capitais de estado. Com isto, será estabelecida uma “linha de base” mais completa para a avaliação da APS no Brasil.
- É muito importante a manutenção do apoio do Ministério da Saúde ao IBGE para a execução dos inquéritos de base populacional, como a PNS. Deve ser considerado o oferecimento de recursos, especialmente financeiros, para o planejamento e a realização das pesquisas de interesse para a Saúde.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, J. H.; KARK, S. L. Community oriented primary care: meaning and scope. *In: CONNOR, E.; MULLAN, F. (Orgs.). Community oriented primary care: new directions for health services delivery.* Washington, D. C.: National Academy Press, 1983. p. 21-59.
- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n. 6, 1337-1349, 2009.
- ALMEIDA, C.; BÁSCOLO, E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. **Cad saúde pública.** v. 22, supp, S7-S33, 2006.
- ALPERT, J. J.; CHARNEY, E. **The education of physicians for primary care.** Rockville, MD: U. S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, 1974. (Pub. N. (HRA) 74-3113).
- ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. **Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde.** Rio de Janeiro: ANS, 2019.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health.** v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- AWOFESO, N. What is the difference between ‘primary care’ and ‘primary healthcare’? **Quality in Primary Care,** v. 12, p. 93-94, 2004.
- AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian’s lasting framework for health care quality. **N Engl J Med,** v. 375, n. 3, p. 205-207, 2016.
- BARTOLL, X.; PÉREZ, K.; PASARÍN, M.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BORRELL, C. **Resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17.** Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018. Disponível em: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2018/12/ASPB_Enquesta-Salut-Barcelona-2016.pdf>. Acessado em 11 de dezembro de 2021.
- BASTOS, M. L.; MENZIES, D.; HONE, T.; DEGHANI, K.; TRAJMAN, A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS One.** v. 12, n. 8, e0182336, 2017.
- BENNETT, I. J. Access, continuity, or both. **Br J Gen Pract.** v. 64, n. 625, p. 388–389, 2014.

BETANCOURT, J. R.; GREEN, A. R.; CARRILLO, J. E. **Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches**. Nova York: The Commonwealth Fund, 2002.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, 2000. pp. 19-30.

BRANDÃO, A. L. R. B. S. B.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & saúde coletiva**. v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013,

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Notas técnicas. Versão 1.6**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Questionário dos moradores do domicílio**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5569.pdf>. Acessado em 12 de julho de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CALMAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. *In*: SALTMAN, R. S.; RICO, A. BOERMA, W. G. W. (Orgs.). **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 85-104

CAMARGO JR, K. R.; COELI, C. M. **Sistemas de informação e bancos de dados em saúde: uma introdução**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2001. 18 p.

CAMPBELL, J. L.; RAMSAY, J.; GREEN, J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. **Qual health care**. v. 10, n. 2, p. 90-95, 2001.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. **Strengthening the Foundation**: the role of the physician in primary health care in Canada. Ottawa: Ontario Canada Medical Association, 1994.

CARVALHO, D. M. T. Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**: volume I produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. p. 49-66.

CARVALHO, M. S. Informação: da produção à utilização. *In*: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da vigilância sanitária**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 235-256.

CARVALHO, S. C.; MOTA, E.; DOURADO, I.; AQUINO, R.; TELES, C.; MEDINA, M. G. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. **Cad saúde pública**. v. 31, n. 4, p. 744-754, 2015.

CASSADY, C. E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M. P. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. 4, 2000.

CASTRO, D. M.; OLIVEIRA, V. B.; ANDRADE, A. C. S.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, A. F. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad Saúde Pública**. v. 36, n. 11, e00209819, 2020.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. **Rev bras epidemiol**. v. 17, n. 14, p. 968-977, 2014.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj: IMS: ABRASCO, 2006. p. 117-130.

_____; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00056917, 2018.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 40-74.

_____; HARTZ, Z.; BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. A apreciação normativa. *In:* BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 77-94.

CHRISTAKIS, D. A.; WRIGHT, J. A.; ZIMMERMAN, F. J. et al. Continuity of care is associated with well-coordinated care. **Ambulatory pediatrics**, v. 3, n. 2, p. 82-86, 2002.

COSTA, M. A.; ALVES, M. T. S. S. B.; BRANCO, R. M. P. C.; CASTRO, W. E. C.; RAMOS, C. A. M. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface (Botucatu)**. v. 24, supl. 1, 2020.

CROSS, T. L.; BAZRON, B. J.; DENNIS, K. W. et al. **Towards a culturally competente system of care**: a monograph of effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. Washington, D. C.: CASSP Technical Assistance Center, 1989.

CUETO, M. A OMS e os cuidados primários durante os anos 80. *In:* MEDCALF, A.; BHATTACHARYA, S.; MOMENM, H. et al. (ed.) **Saúde para todos**: o caminho para cobertura universal de saúde. 1. ed. Himayatnagar: Orient Blackswan Private Limited, 2015.

D'ÁVILA, O. P.; PINTO, L. F. S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & saúde coletiva**. v. 22, n. 33, p. 855-865, 2017.

DEROSE, S. F.; PETITTI, D. B. Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. **Annual Review of Public Health**. v. 24, p. 363-384, 2003.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

_____. The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. **The Milbank Quarterly**, v. 67, n. 2, p. 233-256, 1989.

_____. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DONALDSON, M.; YORDY, K.; VANSELOW, N. (Orgs.) **Defining primary care: an interim report**. Washington, D. C.: National Academy Press, 1994.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, V. B.; AQUINO, R.; BONOLO, P.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDIINA, M. G.; MOTA, E.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Med Care**. v. 49, n. 6, p. 577-584, 2011.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. *In:* BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-39.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das interações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev bras epidemiol.** v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; JÚNIOR, A. E.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & saúde coletiva.** v. 1, n. 3, p. 633-641, 2006.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 10, sup., p. 303-312, 2005.

FAN, V. S.; BURMAN, M.; MCDONELL, M. B. et al. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. **J Gen Intern Med,** v. 20, p. 226-233, 2005.

FLOCKE, S. A. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. **J Fam Pract.** v. 45, p. 64-74, 1997.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da Atenção Básica. *In:* GUIZARDI, F. L.; NESPOLI, G.; CUNHA, M. L. S. et al. (Org.). **Políticas de participação e saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária – UFPE, 2014. p. 197-224.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z. et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 3, p. 695-705, 2012.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública.** v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública.** v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

GORDIS, L. **Epidemiologia.** 5. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2017. 404 p.

GRAY, D. P.; WHITE, E.; EVANS, P. The importance of continuity of care. **Br J Gen Pract.** v. 64, n. 626, p. 446, 2014.

_____; SIDAWAY-LEE, K.; WHITE, E. et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systemic review of continuity of care and mortality. **BMJ Open.** v. 8, p. e021161, 2018.

GREEN, L. A.; PHILLIPS JR, R. L.; FRYER, G. E. The nature of primary medical care. *In: JONES, R.; BRITTEN, N.; CULPEPER, L. et al. (Orgs.) Oxford textbook of primary medical care.* 1. ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

GROL, R.; WENSING, M. **Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument.** Nijmegen, NL: University Medical Center, 2000.

HARTZ, Z. M. A.; CONTRADIOPOULOS, A. P. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. *In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (org.). Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 27-45.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R.; TRINDADE, T. G.; BERRA, S.; DUNCAN, B. B.; STARFIELD, B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v. 8, n. 29, p. 274-278, 2013.

_____; STARFIELD, B.; RAJMIL, L. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad Saúde Pública.** v. 22, n. 8, 2006.

_____; PINTO, L. F.; HAUSER, L.; SORANZ, D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & saúde coletiva.** v. 21, n. 5, p. 1399-1408, 2016.

HONE, T.; MACINKO, J.; MILLET, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **Lancet.** v. 392, p. 1461-1472, 2018.

_____; SARACENI, V.; COELI, C. M.; TRAJMAN, A.; RASELLA, D.; MILLET, C.; DUROVNI, B. Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: A cohort analysis of 1.2 million adults. **PLoS Med.** v. 17, n. 10, e1003357, 2020.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. Division of health manpower and resources development. **Report of a study: a manpower policy for primary health care.** Washington, D. C.: National Academy of Sciences, 1978.

ISRAEL, B. A.; SCHULZ, A. J.; PARKER, E. A. et al. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. **Annu. Rev. Public Health.** v. 19, p. 173-202, 1998.

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W. G. W.; HUTCHINSON, A.; VAN DER ZEE, J.; GROENEWEGEN, P. P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research.** v. 10, n. 65, p. 1-13, 2010.

LAMBREW, J. M.; DEFRIESE, G. H.; CAREY, T. S.; RICKETTS, T. C.; BIDDLE, A. K. The effects of having a regular doctor on access to primary care. **Medical care.** v. 34, n. 2, p. 138-151, 1996.

LENTSCK, M. H.; LATORRE, M. R. D. O.; MATHIAS, T. A. F. Trends in hospitalization due to cardiovascular conditions sensitive to primary health care. **Rev brasil epidemiol.** v. 18, n. 2, p. 372-384, 2015.

LUCENA, C. D. R. X.; ELWANGER, D.; SOUSA, L. S.; MOYA, V. S.; MAIA, A. L. M. SIH – Sistema de Informação Hospitalar: contexto histórico, potencialidades, limitações e perspectivas. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS.** Organização Pan-Americana de Saúde: Brasília, 2015. p. 43-65.

LYRATZOPOULOS, G.; ELLIOTT, M.; BARBIERE, J. M.; et al. Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. **BMJ Qual Saf.** v. 21, n. 1, p. 21-29, 2012.

MACINKO, J; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health.** V. 60, n.1, p. 13-19, 2006.

_____; SOUZA, M. F. M.; GUANAIS, F. C.; SIMÕES, C. C. S. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Soc Sci Med.** v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.

_____; DOURADO, I.; AQUINO, R.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDINA, M. G.; MOTA, E.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff (Millwood).** v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

_____; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P.; LIMA-COSTA, M. F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **Am J Public Health.** v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011.

_____; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. **N Engl J Med.** v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.

_____; MULLACHERY, P. H. Primary care experiences among Brazilian adults: cross-sectional evidence from the 2019 National Health Survey. **PLoS ONE.** v. 17, n. 6, e0269686, 2022.

MAESENEER, J. M.; PRINS, L.; GOSSET, C. et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? **Ann Fam Med,** v. 1, p. 144-148, 2003.

MAHLER, H. The meaning of “Health for All by the Year 2000”. **Am J Public Health.** v. 106, n. 1, p. 36-38, 2016.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Manag care.** v. 18, n. 6, p. 44-48, 2009.

- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj: IMS: ABRASCO, 2006. p. 43-68.
- MCDONALD, K. M.; SCHULTZ, E.; ALBIN, L. et al. **Care coordination measures atlas**. 4. ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.
- MCDANIEL, S. H.; CAMPEBELL, T. L.; SEABURN, D. B. **Family-oriented primary care**. 2. ed. Nova York: Springer Science+Business Media, 2005.
- MCGILL, E.; ER, V.; PENNEY, T.; EGAN, M.; WHITE, M. et al. Evaluation of public health interventions from a complex systems perspective: a research methods review. **Social science & medicine**. v. 272, p. 113697, 2021.
- MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In: HARTZ, Z.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.
- MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2016. Disponível em <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acessado em 12 de julho de 2022.
- MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública**. v. 19, n. 5, p. 1257-1266, 2003.
- MILLIS, J. S. **The graduate education of physicians**. Report of the Citizens' Commission on Graduate Medical Education. Chicago: American Medical Association, 1966.
- MOE, G. C.; MOE, J. E. S.; BAILEY, A. L. Evaluating the implementation of collaborative teams in community family practice using the Primary Care Assessment Tool. **Can Fam Physician**. v. 65, p. e515-22, 2019.
- NAVARRO, V. A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt report and the WHO Alma-Ata Declaration. **Soc. Sci. Med.** v. 18, n. 6, p. 467-474. 1984.
- NERY, J. S.; PEREIRA, S. M.; RASELLA, D.; PENNA, M. L. F.; AQUINO, R.; RODRIGUES, L. C.; BARRETO, M. L.; PENNA, G. O. Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. **PLoS Negl Trop Dis**. v. 8, n. 11, e3357, 2014.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc**. v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.

OLIVEIRA, E. S. Assistência médico-sanitária: notas para uma avaliação. **Cad. Saúde Pública**. v. 7, n. 3, p. 370-395, 1991.

OLIVEIRA, G. P.; BIERRENBACH, A. L. S.; CAMARGO JR, K. R.; COELI, C. M.; PINHEIRO, R. S. Acurácia das técnicas de relacionamento probabilístico e determinístico: o caso da tuberculose. **Rev saúde pública**. v. 50, n. 49, 2016.

OLIVEIRA, M. M. C.; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 256-263, 2013.

O'MALLEY, A. S.; RICH, E. C. Measuring comprehensiveness of primary care: challenges and opportunities. **J Gen Intern Med**, v. 30, n. Suppl 3, p. S568-575, 2015.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care. República Socialista Soviética Cazaque: World Health Organization, 1978.

_____. Regional Office for Europe. **Evaluation of the structure and provision of primary care in Tajikistan**: a survey-based project. Copenhagen: World Health Organization, 2014.

_____. **Declaration of Astana**. Astana: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>. Acessado em 20 de junho de 2021.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata**. Report of the High-Level Commission. Washington, D.C.: PAHO, 2019.

PAULA, F. A.; SILVA, C. C. R.; SANTOS, D. F.; MARTINS-FILHO, O. A.; ANDRADE, R. A. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**. v. 39, n. 106, p. 802-814, 2015.

PAULO, L. F. A. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. **Physis**. v. 26, n. 3, p. 981-1007, 2016.

PANITZ, L. M.; TOMASSINI, E.; ARAUJO, D. E. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial: história e importância na gestão do SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de informação da atenção à saúde**: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS. Organização Pan-Americana de Saúde: Brasília, 2015. p. 67-82.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**. v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PENN, D. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. Londres: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

PERILLO, R. D.; POÇAS, K. C.; BERNAL, R. T. I.; DUARTE, E. C.; MALTA, D. C. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciência & saúde coletiva**. v. 26, n. 3, p. 961-974, 2021.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**. v. 38, n. especial, p. 358-372, 2014.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S.; FIGUEIREDO, A. W. S. Sistemas nacionais de informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1859-1870, 2018.

_____; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde colet.** v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

_____; SILVA, V. S. T. M. Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 26, n. 2, p. 651-656, 2021.

PORTELA, G. Z. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

POWER, T. J.; MAUTONE, J. A.; MANZ, P. H. et al. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges. **Pediatrics**. v. 121, n. 1, 2008.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

PROTÁSIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cad saúde pública**. v. 33, n. 2, p. e00184715, 2017.

_____; CIOL, M. A.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. O que os usuários têm a dizer sobre a atenção básica? Olhares produzidos a partir do PMAQ-AB. *In*: AKERMAN, M.; SANINE, P. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G; MARIM, F. A. et al. (Orgs.) **Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos**: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS: perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. pp. 125-142.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**. v. 126, n. 3, p. 534-540, 2010.

_____; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**. v. 349 g4014, 2014.

RAWAF, S.; DE MAESENEER, J.; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. **Lancet**. v. 18, n. 372, p. 1365-1367. 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

REZENDE, F. A. V. S.; SOARES, M. F.; REIS, A. C. Os sistemas de informação em saúde no Sistema Único de Saúde. *In*: LEANDRO, B. B. S.; REZENDE, F. A. V. S.; PINTO, J. M. C. (Orgs.). **Informações e registros em saúde e seus usos nos SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. p. 53-87.

RIFKIN, S.B.; WALT, G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. **Soc Sci Med**. v. 23, n. 6, p. 559-566, 1986.

RUTTER, H.; SAVANOVA, N.; GLONTI, K.; BIBBY, J.; CUMMINS, S. et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. **Lancet**. v. 390, p. 2602-2604, 2017.

ROBERTS, J. S.; COALE, J. G.; REDMAN, R. R. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. **JAMA**. v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987.

ROCHA, K. B.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; PASARÍN, M. I.; BERRA, S.; GOTSSENS, M.; BORRELL, C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. **European journal of public health**. v. 22, n. 1, p. 14-19, 2011.

_____; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BERRA, S.; BORRELL, C.; PASARÍN, M. I. Evaluación de la atención primaria, versión modificada del instrumento PCAT-A10. **Aten Primaria**. v. 53, n. 1, p. 3-11, 2021.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health econ**. v. 19, suppl. 1, p. 126-158, 2010.

ROWAN, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**. v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000.

RUST, G.; YE, J.; BALTRUS, P.; DANIELS, E.; ADESUNLOYE, B.; FRYER, G. E. Practical barriers to timely primary care access. **Arch intern med**. v. 168, n. 15, p. 1705-1710, 2008.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SAFRAN, D. G.; KOSINSKI, M.; TARLOV, A. R. et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. **Medical care**. v. 36, n. 5, p. 728-739, 1998.

SAUERBORN, R.; LIPPEVELD, T. Introduction. *In*: WHO. **Design and implementation of health information systems**. Geneva: WHO, 2000. p. 1-14.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Annals of Family Medicine**, v. 1, n. 3, p. 134-143, 2003.

SCHÄFER, W. L. A.; BOERMA, W. G. W.; KRINGOS, D. S. et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs, and equity in primary care. **BMC Family Practice**. v. 12, n. 115, p 1-9, 2011.

SERRA, A. Modelo abierto de gestión para resultados en el sector público. **Revista del CLAD Reforma y Democracia**. n. 39, p. 149-201, 2007.

SHENGELIA, B.; TANDON, A.; ADAMS, O. B.; MURRAY, C. J. L. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. **Social Science & Medicine**. v. 61, p. 97-109, 2005.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract**. v. 50, n. 2, p. 161, 2001.

_____. The impact of primary care: a focused review. **Scientifica (Cairo)**. v. 2012, p. 432892, 2012.

SILVA, J. P. L.; TRAVASSOS, C.; VASCONCELLOS, M. M.; CAMPOS, L. M. Revisão sistemática sobre encadeamento ou linkage de bases de dados secundários para uso em pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v. 14, n. 2, p. 197-224, 2006.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. Nova York: Oxford University Press, 1992. 262 p.

_____. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Nova York: Oxford University Press, 1998. 438 p.

_____; CASSADY, C. E.; NANDA, J.; FORREST, C. B.; BERK, R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. **J Fam Pract**. v. 46, n. 3, p. 216-226, 1998.

_____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1. ed. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

STEWART, A. L.; NÁPOLES-SPRINGER, A. M.; GREGORICH, S. E. et al. Interpersonal Processes of Care Survey: patient-reported measures for diverse groups. **Health services research**. v. 42, n. 3, p. 1235-1256, 2007.

STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 29, n. 5, 2020.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; OSORIO, A. et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 800-806, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, sup. 2, p. S190-S198, 2004.

_____; VIACAVA, F; LAGUARDIA, J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev bras epidemiol**. v. 11, suppl. 1, p. 98-112, 2008.

_____; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 183-206.

_____; MARTINS, M.; CALDAS, B. Qualidade e segurança no cuidado de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 373-382.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 9, 2020.

VUORI, H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. **Health Policy**, v. 4, p. 221-230, 1985.

WHALSH, J. A.; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **N Engl J Med**. v. 301, n. 18, p. 967-974, 1979.

WHITE, L. K.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **N Engl J Med**, 265:885-892, 1961.

ANEXO 1 – Módulo H (“Atendimento Médico”) questionário PNS-2019

Módulo H – Atendimento Médico (18 anos ou mais)

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

1. Até 15 dias
2. Mais de 15 dias até 1 mês
3. Mais de 1 mês até 6 meses
4. Mais de 6 meses
5. Nunca consultou um médico(a)

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

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

1. Sim
2. Não

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

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

1. Acidente ou lesão
2. Continuação de tratamento ou terapia
3. Consulta pré-natal
4. Exame médico periódico
5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista etc.)
6. Problema de saúde mental
7. Doença ou outro problema de saúde
8. Outro (Especifique: _____)

(siga H4)

H4. Onde procurou o atendimento médico por este motivo?

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. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
7. Hospital público / ambulatório
8. Consultório particular ou clínica privada
9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com médico particular
12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família
13. Outro (Especifique: _____)

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

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

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

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

H5. Você geralmente procura “esse(a) médico(a)” quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

1. Sim
2. Não

(siga H6)

H6. “Esse(a)” é o médico(a) que melhor conhece você como pessoa?

1. Sim
2. Não

(siga H7)

H7. “Esse(a)” é o médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?

1. Sim
2. Não

(siga H8)

Acesso de Primeiro Contato - Utilização

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

H8. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à “esse(a) médico(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H9)

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

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

H9. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H10)

H10. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H11)

Longitudinalidade

H11. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H12)

H12. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas a “esse(a) médico(a)”?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H13)

H13. “Esse(a) médico(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| (4) Com certeza sim | (2) Provavelmente não | (5) Não sabe / Não lembra |
| (3) Provavelmente sim | (1) Com certeza não | |

(siga H14)

H22. Aconselhamento sobre como parar de fumar?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H23)

H23. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (Ex: diminuição da memória, risco de cair)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H24)

Integralidade - Serviços Prestados

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

H24. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H25)

H25. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H26)

H26. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H27)

H27. Como prevenir quedas?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H28)

Orientação Familiar

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

H28. “Esse(a) médico(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H29)

H29. “Esse(a) médico(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não
 (siga H30)

Orientação Comunitária

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

H30. No(a) “serviço de saúde” é(são) realizada(s) pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

(4) Com certeza sim
(3) Provavelmente sim
(Encerre o questionário)

(2) Provavelmente não
(1) Com certeza não

(5) Não sabe / Não lembra

ANEXO 2 – Módulo J (“Utilização de Serviços de Saúde”) questionário PNS-2019

Módulo J – Utilização de Serviços de Saúde

Entrevistador leia: Agora vou lhe fazer perguntas sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde dos moradores do domicílio.

J1. De um modo geral, como é o estado de saúde de _____?

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 1. Muito bom | 3. Regular | 5. Muito ruim |
| 2. Bom | 4. Ruim | |
- (siga J1a)

J1a. Considerando saúde como estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como é o estado de saúde de _____?

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 1. Muito bom | 3. Regular | 5. Muito ruim |
| 2. Bom | 4. Ruim | |
- (siga J2)

J2. Nas duas últimas semanas, _____ deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?

1. Sim (siga J3)
2. Não (passe J7)

J3. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo da própria saúde?

||_|

Dias

(siga J4a)

J4. Qual foi o principal motivo de saúde que impediu _____ de realizar suas atividades habituais nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|--|
| 01. Problema nos ossos e articulações (Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca/Dor nos braços ou nas mãos/Artrite ou reumatismo) | 08. Problemas cardiovasculares (Pressão alta / doença do coração / AVC ou derrame) |
| 02. Dor de cabeça ou enxaqueca | 09. Diabetes |
| 03. Problemas gineco-obstétricos (Problemas menstruais ou da gravidez e parto) | 10. Câncer (inclusive quimioterapia / radioterapia) |
| 04. Problema odontológico / Dor de dente | 11. Problemas neurológicos (Alzheimer / Esclerose / Doença de Parkinson / Demência) |
| 05. Problemas respiratórios (Resfriado / gripe / sinusite / asma / bronquite / pneumonia) | 12. Saúde mental (Depressão / bipolaridade / esquizofrenia / Transtorno de ansiedade / outro problema de saúde mental) |
| 06. Problemas gastrointestinais (Diarreia / vômito / náusea / gastrite / dor de barriga) | 13. Lesões ou fraturas provocada(s) por acidente(s) ou violência |
| 07. Dengue, Chikungunya, Zika Vírus ou Febre amarela | 14. Outro problema de saúde |

(siga J4b)

J4b. Este motivo de saúde estava relacionado ao trabalho?

- | | | |
|--------|--------|-------------------------------------|
| 1. Sim | 2. Não | 3. Não trabalhava / Nunca trabalhou |
|--------|--------|-------------------------------------|

(siga J5)

J5. Nas duas últimas semanas _____ estava acamado(a)?

1. Sim (siga J6)
2. Não (passe J7)

J6. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ esteve acamado?

||_|

Dias

(siga J7)

J7. Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) a _____?

1. Sim (siga J8a)

2. Não (passe J9)

J8a. Algum dessas doenças limita, de alguma forma, suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.)?

1. Sim

2. Não

(siga J9)

J9. _____ costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

1. Sim (siga J10a)

2. Não (passe J11a)

J10a. Algum dessas doenças limita, de alguma forma, suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.)?

01. Farmácia

02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)

03. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público

04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público

05. Ambulatório de hospital público

06. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado

07. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado

08. Atendimento domiciliar

09. Outro serviço

(siga J11a)

J11a. Quando _____ consultou um médico pela última vez?

1. Até 1 ano

2. Mais de 1 ano a 2 anos

3. Mais de 2 anos a 3 anos

4. Mais de 3 anos

5. Nunca foi ao médico

(Se J11a = 1, siga J12. Caso contrário, passe J13a)

J12. Quantas vezes _____ consultou um médico nos últimos doze meses?

||_|

Vezes

(siga J13a)

J13a. Quando _____ consultou um dentista pela última vez?

1. Até 1 ano

2. Mais de 1 ano a 2 anos

3. Mais de 2 anos a 3 anos

4. Mais de 3 anos

5. Nunca foi ao médico

(siga J14)

J14. Nas duas últimas semanas, _____ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?

1. Sim (siga J15a)

2. Não (passe J36a)

J15a. Qual foi o motivo principal pelo qual _____ procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|--|
| 1. Acidente, lesão ou fratura | 7. Exame complementar de diagnóstico (sangue, urina, imagem etc.) |
| 2. Doenças (dor, febre, diarreia etc.) ou continuação de tratamento de doença | 8. Vacinação |
| 3. Problemas odontológicos, dor de dente ou consulta de rotina ao dentista | 9. Prevenção, check-up médico ou puericultura |
| 4. Reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional etc.) | 10. Solicitação de atestado de saúde |
| 5. Pré-natal | 11. Acompanhamento com psicólogo, nutricionista ou outro profissional de saúde |
| 6. Parto | 12. Outro |
- (siga J16a)

J16a. Onde _____ procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|---|
| 1. Farmácia | 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado |
| 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado |
| 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público | 8. No domicílio |
| 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público | 9. Outro serviço |
| 5. Ambulatório de hospital público | |
- (siga J17a)

J17a. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Foi agendado para outro dia / outro local (passe J19) | 3. Foi atendido (passe J23) |
| 2. Não foi atendido (siga 18a) | |

J18a. Por que motivo _____ não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

- | | |
|--|--|
| 1. Não conseguiu vaga nem pegar senha | 5. O serviço de saúde não estava funcionando |
| 2. Não tinha médico ou dentista atendendo | 6. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso |
| 3. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender | 7. Não podia pagar pela consulta |
| 4. Esperou muito e desistiu | 8. Outro |
- (siga J19)

J19. Nas duas últimas semanas, quantas vezes _____ voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?

- _____|_____|_____| (Vezes)
0. Nenhuma vez
- (Se J19 ≠ 0, siga J20a. Se J19 = 0, passe J37.)

J20a. Onde _____ procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|---|
| 1. Farmácia | 5. Ambulatório de hospital público |
| 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado |
| 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público | 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado |
| 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público | 8. No domicílio |
| | 9. Outro serviço |
- (siga J21)

J21. Nessa última vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas, _____ foi atendido(a)?

1. Sim (passe J23)
2. Não (siga J22a)

J22a. Por que motivo _____ não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

- | | |
|--|--|
| 1. Não conseguiu vaga nem pegar senha | 5. O serviço de saúde não estava funcionando |
| 2. Não tinha médico ou dentista atendendo | 6. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso |
| 3. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender | 7. Não podia pagar pela consulta |
| 4. Esperou muito e desistiu | 8. Outro |

(siga J37)

J23. Este serviço de saúde onde _____ foi atendido era:

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1. Público | 3. Não sabe / Não lembra |
| 2. Privado | |
- (siga J24)

J24. Este atendimento de saúde de _____ foi coberto por algum plano de saúde?

1. Sim
 2. Não
- (siga J25)

J25. _____ pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas? (Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responde que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)

1. Sim
 2. Não
- (siga J26)

J26. O atendimento de _____ foi feito pelo SUS?

- | | |
|--------|--------------------------|
| 1. Sim | 3. Não sabe / Não lembra |
| 2. Não | |
- (siga J27a)

J27a. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu?

- | | | |
|---|---|--|
| 01. Consulta médica | 07. Medição / aferição de pressão arterial, injeção, curativo | 13. Práticas integrativas e complementares como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, <i>tai chi chuan</i> e <i>liang gong</i> |
| 02. Consulta odontológica | 08. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia | 14. Práticas de promoção de saúde, tais como grupos de atividade física, orientação sobre alimentação saudável, uso abusivo de outras drogas, grupo de cessação de tabagismo |
| 03. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro etc.) | 09. Exames complementares de diagnóstico (sangue, urina, imagem etc.) | 15. Outro atendimento |
| 04. Atendimento com agente comunitário de saúde | 10. Gesso ou imobilização | |
| 05. Atendimento na farmácia | 11. Pequena cirurgia em ambulatório | |
| 06. Vacinação | 12. Internação hospitalar ou cirurgia | |

(siga J29a)

J29a. Neste atendimento de _____, foi receitado algum medicamento?

1. Sim (siga J30a)
2. Não (passe J37)

J30a. _____ conseguiu obter os medicamentos receitados:

1. Sim, todos (passe J32)
2. Sim, alguns (siga J31a)
3. Não, nenhum (siga J31a)

J31a. Qual o principal motivo de _____ não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?

1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde
2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa Aqui tem Farmácia Popular
3. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte
4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia
5. Não tinha dinheiro para comprar
6. Não achou necessário
7. Desistiu de procurar, pois melhorou
8. Outro

(Se J30a = 3, passe J37. Se J30a = 2, siga J32.)

J32. Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?

1. Sim, todos (passe ao J35)
2. Sim, alguns (siga J33a)
3. Não, nenhum (siga J33a)

J33a. Algum dos medicamentos foi obtido no programa Aqui tem Farmácia Popular?

1. Sim, todos (passe J35)
2. Sim, alguns (siga J34)
3. Não, nenhum (siga J34)

J34. Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?

1. Sim, todos (siga J35)
2. Sim, alguns
3. Não, nenhum

J35. _____ pagou algum valor pelos medicamentos?

1. Sim
 2. Não
- (passe J37)

J36a. Nas duas últimas semanas, por que motivo _____ não procurou serviço de saúde?

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| 01. Não houve necessidade | 06. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades | 10. Greve nos serviços de saúde |
| 02. Não tinha dinheiro | 07. Achou que não tinha direito | 11. Outro motivo |
| 03. O local de atendimento era distante ou teve dificuldade de transporte | 08. Não tinha quem o(a) acompanhasse | |
| 04. Horário incompatível | 09. Não gostava dos profissionais do estabelecimento | |
| 05. O atendimento é muito demorado | | |

(siga J37)

J37. Nos últimos doze meses, _____ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?

1. Sim (siga J38)
2. Não (passe J46)

J38. Nos últimos doze meses, quantas vezes _____ esteve internado(a)?

||_| (Veze)
(siga J39)

J39. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Parto normal | 5. Cirurgia |
| 2. Parto cesáreo | 6. Exames complementares de diagnóstico |
| 3. Tratamento clínico | 7. Outro |
| 4. Tratamento psiquiátrico | (siga J40) |

J40. Quanto tempo _____ ficou internado(a) na última vez?

____ (Meses)

____ (Dias)

88. Morador ainda está internado

(siga J41)

J41. O estabelecimento de saúde em que _____ esteve internado(a) pela última vez nos últimos meses era:

1. Público

2. Privado

3. Não sabe / Não lembra

(siga J42)

J42. A última internação de _____ nos últimos doze meses foi coberta por algum plano de saúde?

1. Sim

2. Não

(siga J43)

J43. _____ pagou algum valor por esta última internação? (*Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2*)

1. Sim

2. Não

(siga J44)

J44. Esta última internação de _____ foi feita através do Sistema Único Saúde (SUS)?

1. Sim

3. Não sabe / Não lembra

2. Não

(siga J46)

J46. Nos últimos doze meses, _____ teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio?

1. Sim (siga J47)

2. Não (passe J53a)

J47. Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?

1. Sim

2. Não

(siga J48)

J48. _____ pagou algum valor por este atendimento? (*Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2*)

1. Sim

2. Não

(siga J49)

J49. Este atendimento foi feito através Sistema Único de Saúde (SUS)?

1. Sim

2. Não

3. Não sabe / Não lembra

(siga J51)

J51. Neste atendimento _____ foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?

1. Sim (siga J52)

2. Não (passe J53a)

J52. O transporte foi feito por:

1. SAMU

4. Corpo de bombeiro

2. Ambulância de serviço público de saúde

5. Outro

3. Ambulância de serviço de saúde privado / plano de saúde

(siga J53a)

J53a. Nos últimos doze meses, _____ utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, *tai chi chuan*, *lian gong* ou outra prática integrativa e complementar a saúde?

1. Sim (siga J54a)
2. Não (passe J60)

J54a. Qual tratamento _____ fez uso:

1. Acupuntura

1. Sim
2. Não

6. Yoga

1. Sim
2. Não

2. Homeopatia

1. Sim
2. Não

7. *Tai chi chuan*, *Liang ong*, *Qi gong*

1. Sim
2. Não

3. Plantas medicinais e fitoterapia

1. Sim
2. Não

8. Terapia comunitária integrativa

1. Sim
2. Não

4. Auriculoterapia

1. Sim
2. Não

9. Outro

1. Sim
2. Não

5. Meditação

1. Sim
2. Não

(siga J56)

J56. _____ pagou algum valor por este(s) tratamento(s)?

1. Sim, todos
 2. Sim, alguns
 3. Não
- (siga J57)

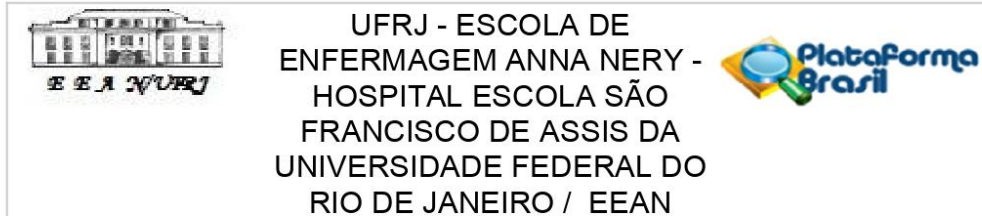
J57. Este(s) tratamento(s) foi (eram) feito(s) através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1. Sim, todos | 3. Não |
| 2. Sim, alguns | 4. Não sabe / Não lembra |
- (siga J60)

J60. O informante desta parte foi:

1. A própria pessoa
 2. Outro morador
 3. Não morador
- (Encerre o Módulo J)

ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E O USO DO INSTRUMENTO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL NO BRASIL

Pesquisador: Vinicius Siqueira Tavares Meira Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40442720.5.0000.5238

Instituição Proponente: Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.447.733

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa pretende utilizar os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, edição 2019, para avaliação da atenção primária à saúde (APS) no Brasil. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), constitui o maior inquérito domiciliar em saúde do país, com amostra probabilística e abrangência nacional, regional e local, realizada pelo IBGE, iniciada em 2013, com periodicidade prevista de 5 anos. Abrange variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde, utilização de serviços de saúde, hábitos e estilo de vida, dentre outros.

Uma das ferramentas mais difundidas para a avaliação da atenção primária à saúde (APS) é o Primary Care Assessment Tool (PCAT) que consiste em um conjunto de questionários direcionados a usuários e profissionais. O PCAT foi concebido na década de 2000 (CASSADY et al, 2000; SHI et al, 2001) com o intuito de avaliar os serviços segundo seu grau de orientação para os atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) da APS. As versões para crianças e adultos já foram traduzidas e validadas para o português e foi adotado pelo Ministério da Saúde, como o instrumento oficial de avaliação dos serviços da APS no SUS.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

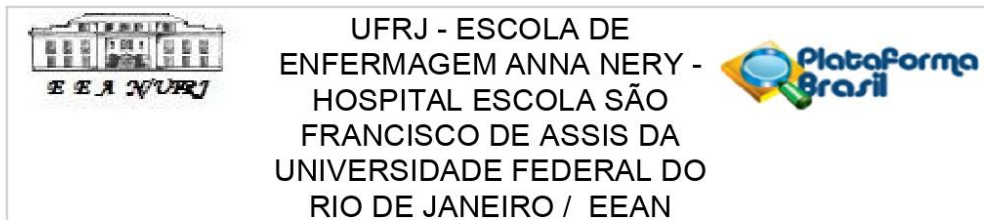
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 4.447.733

O objetivo da PNS 2019 foi dotar o país de informações sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira. Pela 1ª vez, um módulo específico sobre APS foi incluído na PNS trazendo esse Módulo uma versão reduzida do PCAT.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar dados de avaliação da APS no Brasil para apoiar a tomada de decisões no âmbito do planejamento e da gestão em saúde.

Objetivos específicos:

-Analisar a incorporação do instrumento PCAT versão reduzida ao questionário da PNS-2019 à luz de outros instrumentos semelhantes existentes em outros países no mundo.

-Obter os "escores médios" de avaliação da APS segundo algumas variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde.

-Comparar os resultados obtidos da avaliação dos serviços de saúde de APS no município do Rio de Janeiro com os resultados de outros estudos locais com o uso do mesmo instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

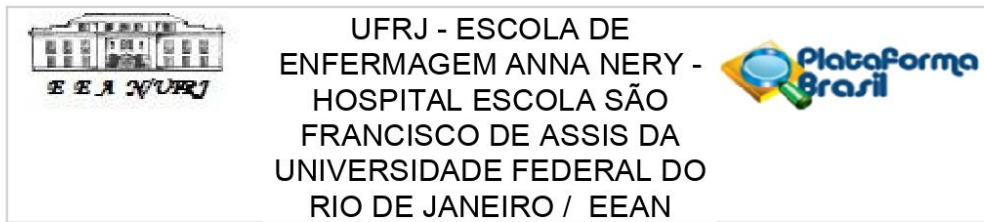
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho constitui projeto de dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 4.447.733

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata o presente de projeto de pesquisa com base em dados de domínio público oriundos de pesquisa nacional, não cabendo avaliação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi retirado uma vez que utiliza dados de domínio público oriundos de pesquisa nacional já disponibilizados publicamente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1660293.pdf	25/11/2020 17:45:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.docx	25/11/2020 17:44:24	Vinicius Siqueira Tavares Meira Silva	Aceito
Folha de Rosto	ViniciusSiqueiraRosto.pdf	25/11/2020 17:38:44	Vinicius Siqueira Tavares Meira Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Retirado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Maria Angélica Peres
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeenhesfa@eean.ufrj.br

ANEXO 4 – Proposta de questionário para o novo Módulo J (“Atenção Primária”)

Módulo J – Atenção Primária

J1. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou com um(a) médico(a)?

1. Até 15 dias
2. Mais de 15 dias até 1 mês
3. Mais de 1 mês até 12 meses
4. Mais de 12 meses
5. Nunca consultou um médico(a)

(Se J1 = 1 ao 3, siga J2. Se J1 = 4 ou 5, encerre o questionário)

J2. Essa consulta foi o seu primeiro atendimento com esse(a) médico?

1. Sim
2. Não

(Se J2 = 1, encerre o questionário. Se J2= 2, siga J3)

J3. Por qual motivo o(a) Sr(a) precisou consultar com um(a) médico(a)?

1. Acidente ou lesão
2. Continuação de tratamento ou terapia
3. Consulta pré-natal
4. Exame médico periódico
5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista etc.)
6. Problema de saúde mental
7. Doença ou outro problema de saúde
8. Outro (Especifique:_____)

(siga J4)

J4. Onde procurou o atendimento médico por este motivo?

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. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
7. Hospital público / ambulatório
8. Consultório particular ou clínica privada
9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com médico particular
12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família
13. Outro (Especifique:_____)

(Se J4 = 1, siga J5. Se J4 diferente 1, encerre o questionário)

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

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

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

J5. Você geralmente procura “esse(a) médico(a)” quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

3. Sim
4. Não

(siga J6)

J6. “Esse(a)” é o médico(a) que melhor conhece você como pessoa?

- 3. Sim
- 4. Não

(siga J7)

J7. “Esse(a)” é o médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?

- 3. Sim
- 4. Não

(siga J8)

Acesso de Primeiro Contato - Utilização

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J8. Quando você precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J9. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J10. Quando você precisa de uma consulta com um(a) especialista, o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” obrigatoriamente deve encaminhar você?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J11. O(A) “serviço de saúde” fica aberto(a) no sábado e/ou no domingo?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J12. O(A) “serviço de saúde” fica aberto(a) pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J13. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a) e você adoce, alguém deste serviço de saúde atende você no mesmo dia?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J14. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J15. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) e você adoce, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) que você possa contatar?

- (4) Com certeza sim
- (2) Provavelmente não
- (5) Não sabe / Não lembra
- (3) Provavelmente sim
- (1) Com certeza não

J16. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) no sábado e no domingo e você adoce, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J17. Quando o(a) “serviço de saúde” está fechado(a) e você adoce durante a noite, alguém deste serviço atende você na mesma noite?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J18. É fácil marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J19. Quando você chega no(a) “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J20. Você precisa esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar uma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J21. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J22. Quando você necessita ir ao(à) “serviço de saúde”, você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Longitudinalidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J23. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J24. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” entende o que você diz ou pergunta?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J25. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” responde as suas perguntas de maneira que você entenda?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J26. Se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) para falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que melhor conhece você?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J27. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J28. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J29. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J30. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quem mora com você?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J31. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J32. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a sua história clínica (história médica) completa?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J33. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe sobre o seu trabalho ou emprego?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J34. De alguma forma, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J35. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J36. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Coordenação - Integração de Cuidados

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J37. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não sei / Não lembro

(Se J37 = 1, siga J38. Se J37 = 2 ou 3, siga J46)

J38. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J39. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe que você fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J40. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” discutiu com você sobre os diferentes serviços onde você poderia ser atendido(a) para esse problema de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J41. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” ou alguém que trabalha no(a) “serviço de saúde” ajudou você a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J42. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J43. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J44. Depois que você foi a esse(a) especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J45. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Coordenação – Sistemas de Informações

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J46. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J47. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J48. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Integralidade - Serviços Disponíveis

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):

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

J49. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J50. Verificar se a sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J51. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J52. Vacinas (imunizações)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J53. Avaliação da saúde bucal (Exame dentário)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J54. Tratamento dentário

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J55. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J56. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J57. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J58. Sutura de um corte que necessite de pontos

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J59. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J60. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J61. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J62. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J63. Remoção de verrugas

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J64. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Citopatológico, Teste Papanicolau)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J65. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J66. Cuidados pré-natais

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J67. Remoção de unha encravada

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J68. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J69. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J70. Orientações sobre os cuidados em saúde caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos se alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Integralidade - Serviços Prestados

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J71. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J72. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos em segurança, proteção para piscina, proteção para tomada)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J73. Orientações sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J74. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J75. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J76. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J77. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J78. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J79. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J80. Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J81. Como prevenir quedas

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J82. **Só para mulheres:** como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J83. **Só para mulheres:** o cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa.

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
 (3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Orientação Familiar

Entrevistador(a): As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) “serviço de saúde”.

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J84. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J85. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” já perguntou para você sobre doenças ou problemas que podem ocorrer em sua família (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J86. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Orientação Comunitária

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

J87. Alguém do(a) “serviço de saúde” faz visitas domiciliares?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J88. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J89. O(A) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” leva em conta opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

Entrevistador(a): A seguir são apresentadas algumas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a) “serviço de saúde” são realizadas essas iniciativas?

J90. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J91. Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que deveriam ser conhecidos no serviço

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não

J92. Convida você e a sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

- (4) Com certeza sim (2) Provavelmente não (5) Não sabe / Não lembra
(3) Provavelmente sim (1) Com certeza não