



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



RENATO DA CUNHA ARAÚJO

**Uso dos serviços da atenção primária à saúde por indivíduos adultos em
áreas rurais e urbanas do Brasil: uma análise dos dados da Pesquisa
Nacional de Saúde 2019**

Manaus - AM

2023

Renato da Cunha Araújo

Uso dos serviços da atenção primária à saúde por indivíduos adultos em áreas rurais e urbanas do Brasil: uma análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Herkrath

Manaus - AM

2023

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

A663“u da Cunha Araújo, Renato

Uso dos serviços da atenção primária à saúde por indivíduos adultos em áreas rurais e urbanas do Brasil : uma análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 / Renato da Cunha Araújo. Manaus : [s.n], 2023. 59 f. : ; 30 cm.

Dissertação - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas - Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

Inclui bibliografia

Orientador: Herkrath, Fernando José

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Inquéritos epidemiológicos. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde da População Rural. I. Herkrath, Fernando José (Orient.). II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Uso dos serviços da atenção primária à saúde por indivíduos adultos em áreas rurais e urbanas do Brasil

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.



Assinatura

27 de novembro de 2023

Data

Renato da Cunha Araújo

Uso dos serviços da atenção primária à saúde por indivíduos adultos em áreas rurais e urbanas do Brasil: uma análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Aprovada em 29 de agosto de 2023.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Fernando José Herkrath (Orientador)

Universidade do Estado do Amazonas

Prof.^a Dra. Alessandra Valle Salino

Universidade do Estado do Amazonas

Prof.^a Dra. Rosana Cristina Pereira Parente

ILMD / Fiocruz Amazônia

Manaus-AM

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus; sem ele eu não teria capacidade para desenvolvê-lo. À minha querida família, que tanto admiro, dedico o resultado do esforço realizado ao longo deste percurso, especialmente aos meus pais Fátima e Pedro. À minha esposa Priscila e os nossos filhos Rafael e Pedro Afonso, minhas razões de viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas, corpo docente e discente, a quem fico lisonjeado por dele ter feito parte.

Principalmente ao meu orientador Prof. Dr. Fernando José Herkrath, expresse minha gratidão por todo o apoio que me deu ao longo da realização deste trabalho. Tenho profunda admiração pelo seu profissionalismo.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio a pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, fundamental durante a condução desta pesquisa.

A persistência é o caminho do êxito.

(Charles Chaplin)

RESUMO

ARAÚJO, Renato da Cunha Araújo. Uso dos serviços da atenção primária à saúde por indivíduos adultos em áreas rurais e urbanas do Brasil: uma análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Defesa de Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

As consideráveis diferenças entre as áreas urbanas e rurais, que refletem desigualdades socioeconômicas, contribuem para a iniquidade no acesso a bens e serviços básicos pelas populações mais vulneráveis. Os inquéritos nacionais de saúde têm um papel fundamental na formulação de políticas públicas nos três níveis de governo, ao evidenciarem as condições de vida e saúde, bem como a utilização dos serviços nos diversos recortes territoriais, além de possibilitarem a reconstrução de uma série histórica. O objetivo do estudo foi caracterizar a utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde por indivíduos adultos residentes em áreas rurais e urbanas do Brasil. Foram analisados os dados secundários de domínio público da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Foi adotada como população de estudo os moradores adultos (idade ≥ 18 anos) selecionados nos domicílios, correspondentes ao terceiro estágio de seleção do inquérito. As variáveis analisadas incluíram as visitas domiciliares na atenção primária à saúde e o último atendimento médico. O escore do PCATool, versão adulto reduzida, também foi calculado para avaliação dos atributos da atenção primária. Foram incluídos na pesquisa 88.531 moradores adultos. Os achados do estudo mostraram que indivíduos adultos residentes em áreas rurais do Brasil utilizaram menos os serviços médicos, apesar da maior cobertura referida da atenção básica. Também mostraram que a motivação do uso dos serviços em áreas rurais estava mais relacionada à doença e em áreas urbanas a consultas de rotina. Além disso, a região Norte apresentou piores indicadores relacionados à utilização dos serviços. A presença e extensão dos atributos da APS nos serviços ofertados no Brasil e suas regiões era ainda incipiente, tanto nas áreas rurais quanto nas urbanas do país. As iniquidades identificadas na utilização dos serviços de saúde no Brasil evidenciam a necessidade de políticas públicas e ações que ampliem o acesso e reorganizem o modelo assistencial dos serviços de saúde na atenção primária, e que sejam capazes de mitigar tais iniquidades.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Inquéritos epidemiológicos. Atenção Primária à Saúde. Saúde da População Rural.

ABSTRACT

ARAÚJO, Renato da Cunha Araújo. Use of primary health care services by adults in rural and urban areas of Brazil: an analysis of data from the 2019 National Health Survey. Defesa de Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

The considerable differences between urban and rural areas, which reflect different stages of socioeconomic development, contribute to unequal access to basic goods and services by the most vulnerable populations. National health surveys play a fundamental role in the formulation of public policies at the three levels of government, by highlighting living and health conditions, as well as the use of services in different territorial areas, in addition to enabling the reconstruction of a historical series. The objective of the study was to characterize the use of Primary Health Care services by adult individuals residing in rural and urban areas of Brazil. Secondary data from the public domain of the 2019 National Health Survey were analyzed. Adult residents (age ≥ 18 years) selected from households, corresponding to the third stage of selection of the survey, were adopted as the study population. The variables analyzed included home visits in primary health care and the last medical visit. The PCATool score, short adult version, was also calculated to assess primary care attributes. A total of 88,531 adult residents were included in the survey. The study's findings showed that adult individuals residing in rural areas in Brazil used less medical services, despite the greater reported coverage of primary care. They also showed that the motivation for using the services in rural areas was more related to the disease and in urban areas to routine appointments. In addition, the North region had the worst indicators related to the use of services. The presence and extension of PHC attributes in the services offered in Brazil and its regions was still incipient, both in rural and urban areas of the country. The inequities identified in the use of health services in Brazil highlight the need for public policies and actions that expand access and reorganize the care model of health services in primary care, and that are capable of mitigating such inequities.

Keywords: Access to health services. Epidemiological surveys. Primary Health Care. Rural Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características da população de estudo, Brasil, 2019.....	32
Tabela 2 –	Características relacionadas à utilização dos serviços de saúde, Brasil, 2019.....	33
Tabela 3 –	Características relacionadas à utilização dos serviços de saúde nas macrorregiões do Brasil, 2019.....	34
Tabela 4 –	Características relacionadas à utilização dos serviços de saúde nas áreas urbanas e rurais nas macrorregiões do Brasil, 2019.....	35
Tabela 5 –	Escore geral do PCATool em usuários da atenção primária, Brasil e regiões, 2019.....	36
Tabela 6	Fatores associados ao desfecho de utilização dos serviços de saúde entre os indivíduos cadastrados na Saúde da Família, Brasil, 2019.....	37
Tabela 7	Fatores associados ao escore geral do PCATool, Brasil, 2019.....	38

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	OBJETIVOS	12
1.1	Objetivo geral	12
1.2	Objetivos específicos	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Acesso e utilização dos serviços de saúde.....	13
2.2	Atributos da atenção primária à saúde	17
2.3	Saúde das populações urbanas e rurais	21
3	MÉTODOS	24
3.1	Desenho do estudo	24
3.2	População de estudo	24
3.3	Variáveis de estudo.....	25
3.4	Análise dos dados	30
3.5	Considerações Éticas.....	31
4	RESULTADOS	32
5	DISCUSSÃO	39
	CONCLUSÕES	44
	REFERÊNCIAS	45
	ANEXO A – Questionário dos moradores do domicílio (PNS 2019)	55

INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), transcorre-se uma série de desconstruções e reestruturações teóricas no campo da saúde pública, colocando a Atenção Primária à Saúde (APS) como nível referencial para o planejamento e execução dos seus serviços e ações (SOUZA et al., 2008). Há um potencial da APS apresentar uma resolutividade considerável quanto ao complexo campo de demandas de saúde das populações através de atividades assistenciais voltadas para promoção e prevenção em saúde; tornando-se, assim, a porta de entrada preferencial do usuário do SUS e, conseqüentemente, a estrutura-base operacional dos níveis secundário e terciário de atenção (STARFIELD, 2002).

Dando ênfase à promoção do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e no fortalecimento do SUS, o sistema de saúde brasileiro adquiriu experiências no aperfeiçoamento de seu pacto federativo e do controle e participação social (MENDES, 2011). A contínua busca pela equidade e pela melhoria das condições de saúde da população brasileira torna fundamental a compreensão dos fatores que atuam no processo saúde-doença nas macrorregiões do Brasil, através da realização de estudos que evidenciem as diferenças entre os diversos recortes territoriais do país (ALMEIDA; COTA; RODRIGUES, 2020).

Não se deve confundir o acolhimento à demanda espontânea na APS com a garantia de acesso (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2017). O acesso efetivo está relacionado à uma ação resolutiva para os problemas de saúde apresentados pelos usuários (CAMPOS et al., 2014). Esta noção fica clara na definição das atribuições da APS, abrangendo o cuidado oportuno à saúde desde a promoção até a reabilitação (CASTRO et al., 2019). O aperfeiçoamento da compreensão do papel da APS diante do processo saúde-doença possibilita a edificação dos saberes do campo da Saúde Coletiva, com potencial transformador da sociedade, com melhorias nos indicadores de saúde da população (FERREIRA et al., 2020; SOUZA et al., 2008).

Nesse contexto, o estudo realizado almejou contribuir com a construção do conhecimento relacionado à utilização dos serviços de saúde nas macrorregiões do Brasil, abordando o problema de pesquisa “A utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde e seus atributos ocorrem da mesma forma para indivíduos adultos residentes em áreas rurais e urbanas do Brasil e suas macrorregiões?”.

A melhor compreensão da utilização dos serviços nas áreas rurais e urbanas e nas macrorregiões do Brasil, a partir de dados de um inquérito populacional de abrangência

nacional, pode proporcionar a formulação e aprimoramento de estratégias e subsidiar a reorganização dos serviços e políticas públicas em saúde.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Caracterizar a utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde por indivíduos adultos residentes em áreas rurais e urbanas do Brasil.

1.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar a utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde por indivíduos adultos residentes em áreas rurais e urbanas do Brasil;
- b) Identificar os atributos da Atenção Primária à Saúde ofertados aos indivíduos adultos residentes em áreas rurais e urbanas do Brasil;
- c) Comparar as características de utilização dos serviços da Atenção Primária à Saúde entre as macrorregiões do Brasil;
- d) Avaliar os fatores associados à utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e seus atributos no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acesso e utilização dos serviços de saúde

Nas últimas duas décadas, houve um considerável aumento da cobertura populacional brasileira referente aos serviços ofertados pela APS, sendo de 42% em 2007 para 76% em 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Porém, tal expansão não está sendo seguida pelo aprimoramento do desempenho desses serviços, que deveriam buscar obter maior qualidade (CARVALHO et al., 2022). Segundo Starfield (2002), diversos estudos científicos demonstram que a efetividade dos serviços de saúde ofertados pela APS é diretamente proporcional ao nível de satisfação dos usuários. Consequentemente, a busca de métodos e ferramentas para avaliar a qualidade e o alcance de tais serviços torna-se essencial; pois propõe-se gerar dados consistentes para o apoio na tomada de decisões na área da saúde pública (PRATES et al., 2017).

A utilização dos serviços de saúde é definida pelas interações diretas e indiretas entre os usuários e os profissionais de saúde, incluindo desde um atendimento médico em ambiente clínico ou domiciliar até a realização de exames complementares como exames laboratoriais e de imagem (BERRA et al., 2014). Enquanto, em geral, os indivíduos buscam, de diversas maneiras, cuidados geradores do primeiro contato com o serviço, os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes, guiando-os pelo sistema de saúde, por meio da tomada de decisões referentes aos recursos empregados e tempo disponibilizado na resolução dos problemas de saúde apresentados pelos usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Já o termo “acesso” frequentemente é empregado de forma mais ampliada que o uso dos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012). É um constructo amplamente discutido na literatura, modificando-se ao longo do tempo e de acordo com o contexto avaliado a terminologia empregada também é variável (PINHEIRO et al., 2002). Alguns autores centram a conceituação na “acessibilidade”, definida como a “qualidade do que é acessível”, outros como “entrada” – ou envolvem ambos os conceitos – para descrever a facilidade dos usuários para obterem cuidados em saúde (VIACAVA et al., 2018). Alguns autores focam nas características dos usuários, enquanto outros destacam aspectos relacionados à oferta dos serviços, ampliando a discussão para uma avaliação de acesso baseada nos objetivos dos sistemas de saúde e na interação entre os atores que constituem o sistema para o alcance

desses objetivos (DONABEDIAN, 2003). Além disso, a acessibilidade deve ser entendida e analisada de acordo com cada nível de densidade tecnológica – atenção primária, secundária e terciária (BATISTELA; GUERREIRO; ROSSETTO, 2008). Quanto à APS, incluem-se as ações direcionadas à continuidade e ao vínculo entre as equipes de saúde e os seus respectivos usuários; a integralidade da atenção refletida na coordenação e amplitude dos cuidados ofertados; e a orientação familiar-comunitária (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Predomina a ideia de que o acesso é um parâmetro a ser considerado no desempenho dos sistemas de saúde associado à oferta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Há também uma compreensão ampliada do constructo envolvendo a mudança no foco do ingresso nos serviços para a inclusão dos resultados dos cuidados em saúde recebidos (MENDES, 2011). Esse entendimento tem por finalidade distinguir, claramente, os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde; continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde normalmente têm sido interpretados de forma limitada, abrangendo apenas aspectos relativos à condição de saúde do usuário, como morbidade e gravidade da doença (SOUZA; FAERSTEIN; WERNECK, 2019). Porém, é essencial considerar também os diversos fatores contextuais do uso e acesso aos serviços de saúde, em que tanto características do usuário (perfil social, demográfico, econômico e cultural) quanto dos prestadores de serviços (gestão do sistema local de saúde, recursos disponíveis, organização da oferta e aspectos relacionados aos profissionais de saúde) devem ser interpretadas dentro do contexto onde estão inseridos – aspectos geográficos, sociais, políticos, legais, culturais e ambientais (FILHO et al., 2015).

Em 1963, Ronald Andersen, em seus estudos de doutorado na Purdue University, analisou dados coletados pelo Inquérito Nacional de Saúde dos Estados Unidos, com o intuito de compreender de que forma as famílias utilizavam os serviços de saúde e qual a lógica nas disparidades do acesso pelos usuários. A partir de dificuldades em identificar as variáveis de caracterização das famílias, principalmente naquelas com maior heterogeneidade, propôs um modelo comportamental para compreender os motivos que induziam as famílias a utilizarem os serviços de saúde, definir e mensurar a equidade de acesso aos cuidados de saúde, além de subsidiar a elaboração de políticas que promovessem a equidade no acesso aos serviços (ANDERSEN, 1995; ANDERSEN, 2008).

O modelo comportamental inicial sugeriu que a interação entre as seguintes condições resultariam em menor ou maior utilização dos serviços de saúde:

- a) fatores predisponentes – referentes a características individuais, como demográficas (sexo e idade), sociais (educação, raça, ocupação) e crenças em saúde (conhecimento, ações e valores do indivíduo sobre a saúde);
- b) fatores capacitantes – relativos aos recursos disponibilizados pelo indivíduo, família e comunidade local que favorecem o acesso aos serviços de saúde (como recursos financeiros e titularidade de planos de saúde);
- c) fatores de necessidade – compreendem tanto a percepção do indivíduo sobre seu próprio estado de saúde (necessidade percebida), quanto a detectada pelo profissional de saúde (necessidade avaliada).

Andersen (1995) considerou como variáveis dependentes nos seus estudos os serviços disponibilizados em hospitais, ambulatórios e na saúde bucal, durante um ano. Mostrou que os fatores predisponentes e de necessidade explicavam de maneiras distintas o uso, conforme o tipo de serviço avaliado. Com o avanço das discussões e estudos por diversos autores o modelo comportamental foi sendo ampliado, considerando sempre os múltiplos determinantes da utilização dos serviços de saúde (ANDERSEN, 2008).

As iniquidades sociais que comprometem o princípio da universalidade do acesso demandam a realização de estudos sobre os determinantes contextuais e individuais do uso e acesso aos serviços de saúde no Brasil (GONÇALVES et al., 2019). Alguns grupos populacionais enfrentam uma série de dificuldades para terem acesso aos serviços de saúde, acentuando as iniquidades nas condições de saúde da população (FARIAS et al., 2014). É notória a importância da análise dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde, que permita a identificação de parcelas da população com pouco ou nenhum acesso (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2012).

A abordagem de valores e princípios direcionados à APS vem sendo pauta desde a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 (GIOVANELLA, L. et al., 2019). Segundo a proposta apresentada de atenção primária renovada, inicialmente descrita pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o alicerce conceitual de um sistema nacional de saúde precisa gerar um estado de saúde sustentável, solidário e justo, por meio de um conjunto de atributos fundamentais: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (OPAS, 2008).

Os obstáculos no acesso à saúde estão relacionados ainda aos cenários políticos nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como globalização e crescimento econômico (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005). O conceito de

acesso à saúde e a criação de um modelo que consiga medir esse acesso são fundamentais para o desenvolvimento de planos e objetivos sustentáveis na área da saúde pública (SÓRIA et al., 2019). Por outro lado, a definição de acesso à saúde vem evoluindo, constantemente, para um modelo de maior complexidade, incorporando dimensões que refletem aspectos menos tangíveis do sistema de saúde e da população que o utiliza (MCINTYRE; MOONEY, 2007).

O acesso à saúde por meio de um sistema universal tornou-se um direito social fundamental no Brasil em 1988, através da publicação oficial da Constituição Federal vigente. Desse modo, a Lei 8.080/1990 instituiu o SUS norteado pelos princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (SOUTO; OLIVEIRA, 2016; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). De forma complementar, a Lei 8.142/1990 discorreu sobre a participação social na gestão do SUS, instituindo as Conferências e os Conselhos de Saúde (PAIM, 2011).

No momento, existe subfinanciamento e carência de recursos humanos capacitados no SUS, principalmente em áreas desfavorecidas, prejudicando acesso equitativo da população mais vulnerável aos serviços de saúde (COTTA et al., 2013). Entretanto, percebe-se um progressivo aumento do uso de serviços de saúde em regiões desenvolvidas, principalmente de assistência médica especializada, oferecidos pelos prestadores de serviços privados (BASTOS et al., 2011).

Para alcançar a equidade é preciso identificar os obstáculos ao uso dos serviços de saúde, tendo o tema ganhado evidência nas últimas décadas no Brasil (BARATA et al., 2007). O SUS busca coordenar a disponibilização e execução dos serviços de saúde tentando não se submeter a lógica do mercado, pois as regras da oferta e procura dificultariam o acesso às populações menos favorecidas, que possuem maior risco de adoecimento e morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Apesar do desenvolvimento político-histórico de princípios e diretrizes norteadoras do sistema brasileiro de saúde ser apoiado em ideias democráticas, éticas e humanistas, é evidente a organização ainda fracionada e pouco articulada dos programas, ações e serviços de saúde vigentes no país; refletido nas debilidades do acesso e uso da APS pelo indivíduo que busca ser atendido, integralmente, em suas necessidades (MENDES, 2011). Tal situação ilustra o descompasso entre o padrão de atenção preconizado e os perfis epidemiológicos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde conduzida em 2013 evidenciou a perpetuação de desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde entre as regiões do país, cenário também descrito nos suplementos anteriores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. As populações das regiões Norte e Nordeste registraram as menores proporções de consultas médicas do Brasil (GONÇALVES et al., 2019).

O acesso aos serviços de saúde no país é marcado pela condição social do usuário e pelo local onde habita e, para que o SUS tenha um desempenho efetivo, é fundamental mitigar as barreiras de acesso (FACCHINI et al., 2006). Vale ressaltar que a APS, orientada pela ESF, têm demonstrado bons resultados como política pública, promovendo a redução da morbidade e mortalidade materno-infantil, equidade no acesso aos serviços ofertados nesse nível de atenção, redução nas internações hospitalares e aprimoramento das práticas de educação permanente (BULGARELLI et al., 2018).

2.2 Atributos da atenção primária à saúde

A referência estrutural dos sistemas de saúde universais é a APS, figurando como a porta de entrada e responsável pela integração e coordenação do cuidado necessário aos indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Os estudos indicam que a APS possui uma capacidade de resolutividade de 85% dos problemas de saúde apresentados por uma comunidade, utilizando concentração tecnológica adequada e evitando intervenções desnecessárias, propiciando maior segurança ao usuário (SELLERA et al., 2020).

Além disso, a APS é caracterizada por uma significativa multiplicidade nas formas de intervenção nas questões de saúde da população, devido sua ampla atuação e foco na clínica, enfatizando a experiência e conhecimento dos profissionais de saúde, o que a distingue de outros modelos de cuidado à saúde centrados na utilização de tecnologias densas praticados em diversos países (SELLERA et al., 2020). Conforme Schafer e colaboradores (2011), esse cenário promove resultados obtidos pela APS em sistemas de cobertura universal de saúde bastante variados, necessitando desenvolver instrumentos para equalizá-la, e de certa forma monitorar e avaliar seus resultados como política pública de saúde; evidenciando-se a complexidade da APS e seus aspectos multidimensionais para analisar seu impacto sobre a saúde da comunidade.

Para promover o desenvolvimento de um sistema brasileiro de saúde e estimular uma maior presença dos princípios que guiam o SUS, o Ministério da Saúde firmou-se em experiências anteriores nacionais e internacionais com o objetivo de efetuar alterações no antigo modelo assistencial ambulatorial (BRASIL, 2004). Países como Canadá, Cuba, Inglaterra e Espanha organizaram seus sistemas de saúde focando sua orientação para a APS, dando ênfase ao acesso universal com cuidado continuado, integral e coordenado, ligado às comunidades e seus respectivos contextos sociais (CONILL, 2007).

Desde o início da estruturação do SUS, houve a elaboração e adequação de um modelo de monitoramento e avaliação da APS, como intuito de melhoria na qualidade da atenção básica no Brasil, através de um processo contínuo, de aplicação simples, transparente, de complexidade gradual e progressiva e alinhado às boas experiências internacionais e focado nas necessidades dos cidadãos (SHREAD, 2011). Apoiar-se, ainda, no aprendizado assimilado de resultados de pesquisas e estudos acerca desse tema, constantemente demandando adequação a novas realidades (SELLERA et al., 2020).

Ressalta-se que na rede de atenção à saúde é essencial refletir sobre o acesso e a oferta de serviços, a estimulação de tecnologias leves de cuidado como o vínculo, acolhimento e humanização, componentes fundamentais para a reformulação do processo de trabalho e das práticas de saúde em prol de um cuidado integral, efetivo e de qualidade aos usuários da APS (NOVACZYK; GAÍVA, 2010). Portanto, o modelo de atenção à saúde deve ter por eixos estruturantes os atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2002).

De acordo com Starfield (2002), a APS é o nível do sistema de saúde que provê entrada para todas as novas necessidades e problemas, presta cuidado à pessoa (não orientada na doença) ao longo do tempo, proporciona atenção a todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra o cuidado fornecido nos demais níveis de atenção. Fundamentada nesses conceitos, a pesquisadora apresentou quatro atributos essenciais para as ações e serviços da APS:

- a) acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde – acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas;
- b) longitudinalidade – existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde;

- c) integralidade – leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem-se os encaminhamentos para especialidades médicas focais e hospitalares;
- d) coordenação do cuidado – pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços.

A autora também elencou três atributos derivados, não menos importantes, pois qualificam as ações implementadas na APS, reconhecidos segundo o Ministério da Saúde (2020) como:

- a) Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) – durante a avaliação das necessidades do indivíduo para a atenção integral, deve-se atentar para o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de risco à saúde, lançando mão da aplicação de ferramentas de abordagem familiar;
- b) Orientação comunitária – o serviço de saúde precisa identificar os problemas de saúde da comunidade, através de informações epidemiológicas e do contato direto com os moradores locais; sua relação com eles, além do planejamento e a análise conjunta dos serviços ofertados;
- c) Competência cultural – adaptação dos profissionais de saúde às características culturais específicas da população local, com o objetivo de facilitar a relação da equipe com a comunidade.

Quando um serviço de saúde é estimulado a desenvolver uma maior presença e extensão desses atributos, o mesmo dispõe atenção integral aos usuários, incluindo aspectos biopsicossociais (SANTOS et al, 2018). Apesar de estarem intrincados na prática assistencial, individual ou coletiva dos serviços de APS, tais atributos podem ser analisados separadamente. Dessa maneira, orientam-se as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados, de forma consistente, na APS (REIS et al., 2013).

Além disso, a identificação empírica dos atributos da APS permite verificar a associação entre esses atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de APS no Brasil, evidencia-se crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da atenção primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Diante deste tema e métodos de análise primordiais para o entendimento de estado de saúde geral do indivíduo, nota-se que a existência de dados atualizados e espacialmente desagregados possibilita avaliar onde se concentra a população mais necessitada, por diferentes serviços, quais são suas características e como se dá o acesso aos serviços existentes (JANNUZZI, 2017). Porém, boa parte dos indicadores sociais para a avaliação da cobertura dos serviços como, por exemplo, na área de saúde ou das telecomunicações, é feita com base em valores médios, geralmente agregados por municípios, o que esconde os diversos perfis sociais que compartilham o mesmo espaço urbano (SIMÕES et al., 2017; JANNUZZI, 2016).

Em diversos países estão sendo aplicadas, periodicamente, pesquisas avaliativas da eficiência do sistema de saúde, sob a perspectiva do usuário (PRATES et al. 2017), . Esse tipo de pesquisa vem se destacando, pois contribui para o planejamento de ações governamentais direcionadas às necessidades da população (GOUVEIA et al., 2005).

As estatísticas públicas, especialmente aquelas levantadas nos Inquéritos Nacionais, têm sido fundamentais na formulação de políticas públicas nos três níveis de governo, ao permitirem a elaboração de diagnósticos socioeconômicos com abrangência temática, detalhe territorial e comparabilidade histórica (IBGE, 2022; HARZHEIM et al., 2013). Indicadores de renda e pobreza, de acesso domiciliar a saneamento básico, energia elétrica e pavimentação, de ocupação, sub-ocupação e desemprego de chefes de família, de evasão e atraso escolar de crianças, de analfabetismo de adultos, de mortalidade de jovens negros, de migração e deslocamentos para escola e local de trabalho são essenciais para o dimensionamento de demandas sociais, proposição de políticas e programas e para orientação do investimento público e privado em infra-estrutura urbana e serviços (JANNUZZI, 2017).

Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) introduziu em sua principal pesquisa de base domiciliar na área da saúde, a Pesquisa Nacional de Saúde, o conjunto de 26 questões da versão adulto reduzida do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), validada no Brasil por Oliveira e colaboradores (2013). Diante da divulgação dos resultados, com representatividade para todas as unidades da federação e regiões do país, o

Brasil passou a ter uma linha de base para futuros estudos de base populacional, além da possibilidade de comparação das estimativas dos escores gerais do PCATool-Brasil adulto com respectivos intervalos de confiança (IBGE, 2022).

2.3 Saúde das populações urbanas e rurais

A definição de “campo” é tradicionalmente construída como oposta a da “cidade”, demarcando a existência de uma realidade antagônica (NANDO et al., 2011). As palavras, assim, remetem idealizações, considerando das que referem-se à cidade – urbano, e depreciações, no caso das palavras que relacionam-se ao campo – rural (RIBEIRO, 2016). Na origem literária, as palavras “urbanus” e “rusticus” são conceituadas sobre antagonismos de maneira que as adjetivações aplicadas como sinônimos para qualificar os moradores da cidade são positivas, enquanto as usadas para qualificar os habitantes do campo costumam ser negativas (KASSOUF, 2005). Assim, a palavra urbanus é mencionada para remeter qualidades, como cortesia, boa educação, o que legitima a superioridade de tudo que faz alusão a cidade; enquanto rusticus refere-se aos rudes, simples, inferioridade a tudo que remete ao campo; estando explícita a desvalorização da população e do modo de vida rural (BISPO; MENDES, 2012).

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 2015 pelo IBGE (2016) mostram que a maior parte da população brasileira (84,7%) vivia em áreas urbanas, enquanto 15,3% residia em áreas rurais. A região com maior percentual de população urbana era a Sudeste (93,1%), e a região Nordeste possuía o maior percentual de habitantes vivendo em áreas rurais (26,9%). Nas décadas de 1970 e 1980 o Brasil sofreu um intenso processo de êxodo rural, caracterizado pelo período de mecanização da produção agrícola; assim, expulsando trabalhadores do campo que se deslocaram para as cidades em busca de oportunidades de trabalho (MUELLER; MARTINE, 1997). Atualmente, o deslocamento do campo para a cidade continua, entretanto, em proporções menores, pois o intenso processo de urbanização no país gerou o fenômeno da metropolização – ocupação urbana que ultrapassa os limites das cidades – e, conseqüentemente, o desenvolvimento de grandes centros metropolitanos como São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador, Goiânia, Manaus, entre outros (MALTA et al., 2016).

Habitar em municípios mais vulneráveis ocasiona uma série de custos ao indivíduo, como os relacionados à infraestrutura (maior distância e dificuldade para acesso aos serviços públicos), e os associados às características sociais inerentes – menor coesão social, maior nível de criminalidade e de estresse (GARNELO et al., 2018). Esses fatores, que impactam o nível de bem-estar da população, são potencializados no meio rural, observados seus efeitos sobre o estado de saúde (ANDRADE, 2013).

As condições de saúde do indivíduo que habita o meio rural são mais precárias quando comparadas ao urbano, incluindo baixa cobertura de saneamento básico e água sem tratamento adequado, o que contribui para maior ocorrência de patologias de transmissão hídrica, parasitoses intestinais e diarreias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). As pessoas que vivem em áreas do campo, florestas e águas avaliam como pior sua própria saúde quando comparadas à população residente em áreas urbanas, além de utilizarem menos os serviços de saúde (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Este fato pode estar relacionado a uma menor disponibilidade de serviços nas áreas rurais, obrigando os usuários a custearem seus deslocamentos (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Nota-se situação análoga em outros países, em que o acesso aos diversos serviços de saúde pela população rural é limitado (BHAT et al., 2020).

Dentro da heterogeneidade que compõe o cenário rural brasileiro, incluem-se as populações presentes em localidades remotas e ribeirinhas da região Amazônica, que não conseguem usufruir, de maneira regular, dos serviços públicos de saúde, acarretando uma significativa vulnerabilidade sócio-sanitária caracterizada ainda por elevados índices de mortalidade infantil, doenças infectoparasitárias e baixa interiorização de ações e profissionais da saúde (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

A efetividade das políticas sociais depende de uma série de fatores, mas a informação epidemiológica cumpre papel instrumental relevante em todas as fases de implementação de um programa público, da sua formulação à avaliação (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Considerar a distribuição territorial de diferentes perfis sociodemográficos para as políticas sociais é essencial (ALBUQUERQUE et al., 2014). Por extensão, para que isto seja operacionalmente viável, é preciso que sejam gerados dados de boa qualidade e que estes possam ser desagregados em unidades espaciais menores, sobretudo nos espaços intra-urbanos (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Os recursos dos sistemas geográficos de informação permitem a utilização dos setores censitários ou áreas de ponderação dos censos demográficos, abrindo perspectivas de pesquisa num grau de detalhamento intra-municipal (SIMÕES et al., 2017).

Mesmo com os índices de desigualdade e pobreza caindo nas últimas duas décadas, o Brasil ainda é considerado uma das nações mais desiguais do mundo (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020). As consideráveis diferenças entre as áreas urbanas e rurais, que refletem diferentes estágios de desenvolvimento socioeconômico, contribuem para a desigualdade no que se refere às condições e ao acesso a uma série de itens básicos para a qualidade de vida (KAGEYAMA; HOFFMANN, 2006). O acesso à saúde é um dos determinantes essenciais da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico de um país (BARATA, 2015). Tal acesso influencia a dinâmica demográfica, com impactos sobre a mortalidade e a expectativa de vida (FERREIRA; RATTS, 2016). É um elemento essencial do sistema de saúde ligado à organização dos serviços, isto é, tudo aquilo referente à entrada no serviço de saúde e todo o cuidado que se sucede (SOLANO et al., 2017). Neste aspecto, as políticas de saúde nas áreas rurais norteiam-se pela compreensão e redução dos efeitos das desigualdades nas condições de saúde, buscando garantir, por exemplo, o acesso universal e integral ao sistema de saúde (TRAVASSOS et al., 2000).

Conforme Travassos e colaboradores (2000), o menor acesso e utilização de serviços de saúde nas populações rurais seria determinado principalmente por fatores capacitantes, como o baixo poder aquisitivo e ausência de vínculo empregatício e plano de saúde dos residentes de áreas rurais. O acesso aos serviços privados sem financiamento do SUS também é limitado nesses territórios (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

As características dos usuários do sistema de saúde também representam determinantes significativos do acesso à saúde (WONCA, 2013). Normalmente, os serviços de saúde são mais utilizados pelas mulheres e indivíduos com maior renda e escolaridade (VIACAVA et al., 2019). Além disso, certas necessidades gerariam demandas dos usuários, a partir das condições objetivas e subjetivas de saúde, como a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (GOLDBAUM et al., 2005).

A literatura evidencia que iniciativas de base comunitária de prestação de cuidados de saúde – como a Estratégia Saúde da Família no Brasil – contribuíram para o declínio das taxas de mortalidade neonatal em nível nacional e regional nas zonas urbanas dos países de baixa e média rendas, mesmo quando o acesso aos serviços gerais de saúde era quase universal (BRENTANI et al., 2016).

3 MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Este estudo transversal analisou os microdados secundários de domínio público da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS 2019), um inquérito nacional de base domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com amostragem representativa para capitais, regiões metropolitanas, macrorregiões e para o Brasil.

A PNS 2019 teve por finalidade coletar informações sobre o acesso e uso dos serviços de saúde e a continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados (IBGE, 2022). Representa a segunda edição do inquérito, tendo sido realizado pela primeira vez no ano de 2013, com o propósito de ampliar o escopo temático dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) conduzidos pelo IBGE nos anos de 1998, 2003 e 2008. Tais inquéritos de base domiciliar fornecem importantes subsídios à formulação de políticas públicas de saúde (STOPA et al., 2020).

3.2 População de estudo

A população de estudo está representada pelos moradores adultos (idade ≥ 18 anos) selecionados nos domicílios, residentes em áreas rurais e urbanas do Brasil. Os indivíduos adultos fazem parte do terceiro estágio de seleção amostral, no qual dentro de cada domicílio da amostra, um morador (com 15 anos ou mais de idade) foi aleatoriamente selecionado dentre os moradores elegíveis para responder a um questionário mais abrangente. O recorte para 18 anos ou mais teve por objetivo permitir a comparabilidade com o inquérito anterior, realizado no ano de 2013.

Conforme Stopa e colaboradores (2020), os três estágios de seleção do plano amostral por conglomerados da PNS 2019 foram: 1) setores censitários ou composição de setores, com base na amostra mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE; 2)

domicílios particulares permanentes selecionados em cada unidade primária de amostragem; e 3) morador com 15 anos ou mais de idade selecionado com equiprobabilidade dentro dos domicílios.

3.3 Variáveis de estudo

As variáveis de estudo foram extraídas das perguntas presentes no questionário da PNS 2019 (Anexo A – Questionário dos moradores do domicílio) pertencentes aos módulos B (Visitas domiciliares de equipe de saúde da família e agentes de endemias) e H (Atendimento médico aos indivíduos de 18 anos ou mais de idade).

A utilização dos serviços de saúde foi mensurada por meio dos usuários adultos que responderam “sim” a questão “B1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?”, tendo como opções de resposta: 1. Sim; 2. Não; 3. Não sabe. Desses usuários selecionados, foram analisadas as respostas feitas aos itens: “H1. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou com um(a) médico(a)?”, que tem como opções de resposta: 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(a) médico(a). “H2. Essa consulta foi o seu primeiro atendimento com esse(a) médico(a)?”, tendo as opções de resposta: 1. Sim; 2. Não. “H3. Por qual motivo o(a) Sr(a) precisou consultar com um(a) médico(a)?”, que possui as seguintes opções de resposta: 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.

O instrumento PCATool, versão reduzida, validado no Brasil, foi utilizado para avaliação das variáveis de presença e extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde, relacionado às respostas nas questões:

- a) Extensão da Afiliação com Médico(a) / Serviço de Saúde – “H5. Você geralmente procura “esse(a) médico(a) quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?”, com as opções de resposta: 1. Sim; 2. Não. “H6. “Esse(a)” é o melhor médico(a) que melhor conhece você como pessoa?”, com as opções de resposta: 1. Sim; 2. Não. “H7. “Esse(a)” é o médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?”, com as opções de resposta: 1. Sim; 2. Não.

- b) Acesso de Primeiro Contato - Utilização – “H8. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à “esse(a) médico(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?”, com as opções de resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.
- c) Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade – “H9. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?”. “H10. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?”. Todas essas questões com as opções de resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.
- d) Longitudinalidade – “H11. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?”. “H12. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à “esse(a) médico(a)?”. “H13. “Esse(a) médico(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você?”. “H14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?”. Todas essas questões com as opções de resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.
- e) 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)”?”, com as opções de resposta: 1. Sim; 2. Não; 3. Não sabe / Não lembra. “H16. “Esse(a) médico(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou serviço especialista?”. “H17. “Esse(a) médico(a)” escreveu alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta?”. “H18. “Esse(a) médico(a) sabe quais foram os resultados dessa consulta (com especialista ou no serviço especializado)?”. “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)?”. Todas essas questões com as opções de resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.
- f) Coordenação - Sistema de Informações – “H20. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário médico no(a) “serviço de saúde”?”, com as opções de

resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.

- g) Integralidade - Serviços disponíveis – “H21. Aconselhamento para problemas de saúde mental (Ex: ansiedade, depressão)?”. “H22. Aconselhamento sobre como parar de fumar?”. “H23. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (Ex: diminuição da memória, risco de cair)?” Todas essas questões com as opções de resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.
- h) Integralidade - Serviços prestados – “H24. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)?”. “H25. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você?”. “H26. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando?”. “H27. Como prevenir quedas?” Todas essas questões com as opções de resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.
- i) Orientação familiar – “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)?”. “H29. Esse(a) médico(a) se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?”. Todas essas questões com as opções de resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.
- j) Orientação comunitária – “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?” com as opções de resposta: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra.

Todas as perguntas foram sobre o(a) médico(a) que atendeu o entrevistado na sua última consulta médica na unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família), tendo sido portanto avaliadas apenas nos indivíduos que reportaram consulta médica nos últimos seis meses em uma unidade básica de saúde e cuja consulta não foi o primeiro atendimento com o médico, segundo as perguntas H1 a H4 do questionário.

Conforme preconizado pelo manual do Ministério da Saúde (2020), os itens do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde foram respondidos

utilizando a escala Likert ((4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; (5) Não sabe / Não lembra) com os valores de 1 a 4 de cada resposta sendo utilizados para calcular o Escore Geral da APS, que é obtido pela média das respostas de todos os itens do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde em versão reduzida. Esse escore mostra valores variando de 1 a 4, sendo os valores mais elevados característicos de serviços mais orientados à APS. O Escore Geral também pode ser transformado para valores variando de 0 a 10, visando facilitar a leitura dos resultados. Os escores podem também ser classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $< 6,6$), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços melhor orientados para a APS. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta “provavelmente sim” sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS.

Para o cálculo adequado do Escore Geral da APS, seguiu-se os seguintes passos:

- a) Inversão de valores na escala dos itens – os itens H10 e H14 foram formulados de modo que os maiores valores da escala de resposta sugerem carência/ausência das características que foram medidas pelos itens nos serviços. No entanto, para o cálculo dos escores os valores elevados da escala deveriam refletir a presença das características nos serviços. Sendo assim, foi necessária a inversão da escala conforme ilustrado: (4 = 1) (3 = 2) (2 = 3) (1 = 4).
- b) Valores ausentes das pessoas entrevistadas – o cálculo de escore para cada pessoa entrevistada dependeu da quantidade de itens do instrumento que esta pessoa entrevistada indicou com valores considerados ausentes. Para que o escore da pessoa entrevistada fosse calculado o percentual de itens com valores ausentes deveria ser inferior a 50% da quantidade total de itens do instrumento reduzido. Foram considerados valores ausentes os itens com a opção de resposta de código (5) e descrição “Não sabe / Não lembra” e, ainda, as eventuais ocorrências de itens com valores em branco (sem resposta). Diante disso, temos que:
 - Para cada pessoa entrevistada, se a quantidade de itens com valores ausentes no instrumento reduzido (itens com respostas na opção (5) “Não sabe / Não lembra” + itens com respostas em branco) atingisse 50% ou mais do total de itens no instrumento reduzido, não se calcularia o Escore Geral da APS para esta pessoa entrevistada. O escore para esta pessoa entrevistada ficaria em branco no banco de dados.
 - Para cada pessoa entrevistada, se a quantidade de itens com valores ausentes no

instrumento reduzido (itens com respostas na opção (5) “Não sabe /Não lembra” + itens com respostas em branco) fosse inferior a 50% do total de itens, transformaria-se o valor “5” para valor “2” (“provavelmente não”) em todos os itens do instrumento reduzido e calcularia o Escore Geral da APS. Essa imputação contribuiu para minimizar a perda de dados e poderia ser considerada conservadora, uma vez que classifica negativamente as características do serviço de saúde que poderiam não ser de conhecimento da pessoa entrevistada.

- c) Cálculo de escore da Afiliação (3 itens) – utilizou-se o seguinte algoritmo: se todas as respostas fossem iguais a não ($H5 = H6 = H7$), seria pontuado o grau de afiliação = 1; se uma, duas ou três respostas fossem iguais a sim e relativas a diferentes médicos(as) ($H5 \neq H6 \neq H7$), seria pontuado o grau de afiliação = 2; se duas respostas fossem iguais a sim e relativas ao mesmo médico(a) ($H5 = H6$ ou $H5 = H7$ ou $H6 = H7$), seria pontuado o grau de afiliação = 3; se todas as respostas fossem iguais a sim e todas relativas ao mesmo médico(a) ($H5 = H6 = H7$), seria pontuado o grau de afiliação = 4.
- d) Cálculo do Escore Geral da APS = (Afiliação + H8 + H9 + H10 + H11 + H12 + H13 + H14 + H16 + H17 + H18 + H19 + H20 + H21 + H22 + H23 + H24 + H25 + H26 + H27 + H28 + H29 + H30) / 23
- e) Transformação do escore para valores de 0 a 10 – O escore com valores variando de 0 a 10 poderia ser calculado para cada item e/ou para o Escore Geral da APS utilizando a seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} & (\text{Escore obtido} - \text{valor mínimo escala}) \times 10 / (\text{valor máximo escala} - \text{valor mínimo escala}) \\ & = \\ & (\text{Escore obtido} - 1) \times 10 / (4 - 1) \end{aligned}$$

onde, ‘Escore obtido’ corresponderia ao escore originalmente obtido na escala de 1 a 4 que se deseja transformar para valores na escala de 0 a 10.

Ressalta-se que o item H15 indica se os pacientes estiveram em alguma consulta com especialista ou no serviço especializado (Sim, Não, Não sabe/Não lembra). Portanto, o item H15 não é incluído no cálculo do Escore Geral da APS.

fatores associados à variável de utilização dos serviços de saúde (consulta médica nos últimos seis meses em uma unidade básica de saúde e cuja consulta não foi o primeiro atendimento com o médico). As variáveis com $p\text{-valor} < 0,10$ nas análises bivariadas foram incluídas na modelagem múltipla hierárquica, baseada nos fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade do modelo comportamental de Andersen (2008). Foram mantidas no modelo as variáveis com $p\text{-valor} < 0,05$, nível de significância adotado para as análises.

3.5 Considerações éticas

O estudo analisou os microdados secundários de domínio público da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS 2019), que obteve aprovação na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os dados estão disponíveis de forma desidentificada, garantindo a privacidade dos participantes, tendo sido obtido o consentimento informado para a realização das entrevistas.

4 RESULTADOS

Foram incluídos na PNS 2019 88.531 moradores com idade igual ou superior a 18 anos de idade, correspondentes ao terceiro estágio de seleção do inquérito. A Tabela 1 apresenta as características estimadas da população de estudo.

Tabela 1. Características da população de estudo, Brasil, 2019.

Variável	Brasil % / média (IC95%)	Urbano % / média (IC95%)	Rural % / média (IC95%)
Sexo, %			
Masculino	46,8 (-)	45,8 (45,6-46,0)	53,4 (52,3-54,5)
Feminino	53,2 (-)	54,2 (54,0-54,4)	46,6 (45,5-47,7)
Idade, média	44,9 (44,9-45,0)	44,9 (44,8-45,0)	45,1 (44,7-45,5)
Raça / cor da pele, %			
Branca	43,3 (42,6-44,0)	45,0 (44,2-45,8)	32,6 (31,3-34,0)
Preta	11,5 (11,1-11,9)	11,6 (11,1-12,0)	10,9 (10,1-11,7)
Amarela	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	0,4 (0,3-0,6)
Parda	43,8 (43,1-44,5)	41,9 (41,2-42,7)	55,6 (54,2-57,0)
Indígena	0,5 (0,5-0,6)	0,6 (0,5-0,7)	0,5 (0,4-0,7)
Vive com cônjuge ou companheiro, %			
Sim	61,4 (60,8-61,9)	60,1 (59,5-60,7)	69,3 (68,3-70,3)
Não	38,6 (38,1-39,2)	39,9 (39,3-40,5)	30,7 (29,7-31,7)
Renda familiar, média (R\$)	2.012,6 (1.945,2- 2.080,0)	2.168,6 (2.090,5- 2.246,8)	1.039,7 (1.002,4- 1.077,0)
Anos de estudo com aprovação, média	9,7 (9,7-9,8)	10,2 (10,2-10,3)	6,5 (6,4-6,7)
Bens, média	8,9 (8,8-9,0)	9,4 (9,3-9,5)	5,8 (5,7-5,9)
Ocupação			
Sim	61,4 (60,9-61,9)	62,6 (61,9-63,0)	54,7 (53,6-55,8)
Não	38,6 (38,1-39,1)	37,5 (37,0-38,1)	45,3 (44,2-46,4)
Plano de saúde c/ cobertura médica, %			
Sim	27,0 (26,3-27,8)	30,4 (29,5-31,2)	6,3 (5,6-7,0)
Não	73,0 (72,2-73,7)	69,7 (68,8-70,5)	93,8 (93,0-94,4)
Autopercepção da saúde, %			
Muito boa	15,2 (14,7-15,8)	16,4 (15,8-17,0)	8,1 (7,5-8,8)
Boa	50,9 (50,3-51,5)	51,3 (50,6-52,0)	48,1 (47,0-49,2)
Regular	28,1 (27,6-28,6)	26,8 (26,3-27,4)	36,0 (34,9-37,1)
Ruim	4,6 (4,4-4,9)	4,3 (4,1-4,6)	6,6 (6,1-7,2)
Muito ruim	1,2 (1,0-1,3)	1,1 (1,0-1,3)	1,2 (1,0-1,5)

A Tabela 2 mostra as características de utilização dos serviços de saúde. 55.967 participantes (63,2%) afirmaram estar cadastrados em unidade de Saúde da Família, sendo 40.361 residentes em áreas urbanas e 15.606 em áreas rurais, dos quais avaliou-se a última consulta médica. Para 34.027 indivíduos adultos cadastrados que referiram consulta até seis meses (60,8%) foi avaliado se a consulta foi o primeiro atendimento com o profissional de saúde. Destes, 16.600 informaram não ser a primeira consulta com o médico, dos quais avaliou-se o motivo da consulta, e 7.611 informaram ter sido a última consulta em unidade básica de saúde (2.228 moradores de áreas rurais e 5.383 de áreas urbanas), dos quais foram avaliados os atributos da atenção primária, ao atender os critérios definidos pelo PCATool.

Tabela 2. Características relacionadas à utilização dos serviços de saúde, Brasil, 2019.

Variável	Urbano %(IC95%)	Rural % (IC95%)
Cadastro na Saúde da Família, %		
Sim	58,8 (57,6-60,0)	78,4 (76,7-80,0)
Não	29,4 (28,3-30,6)	13,5 (12,2-14,8)
Não sabe	11,7 (11,1-12,4)	8,1 (7,3-9,1)
Última consulta com o médico		
Até 15 dias	19,5 (18,8-20,2)	14,9 (14,0-16,0)
15 dias - 1 mês	12,1 (11,5-12,7)	10,1 (9,3-10,9)
1 mês - 6 meses	32,0 (31,2-32,9)	30,8 (29,6-31,9)
Mais de 6 meses	35,9 (35,0-36,8)	43,3 (41,9-44,8)
Nunca consultou um médico	0,5 (0,3-0,6)	0,9 (0,7-1,2)
Foi a primeira consulta com o médico		
Sim	50,8 (49,6-51,9)	53,1 (51,1-55,1)
Não	49,2 (48,1-50,4)	46,9 (44,9-48,9)
Motivo da consulta		
Acidente ou lesão	2,6 (2,1-3,1)	3,5 (2,7-4,5)
Continuação de tratamento ou terapia	31,0 (29,6-32,4)	28,5 (26,0-31,1)
Consulta pré-natal	2,3 (1,9-2,8)	1,6 (1,2-2,1)
Exame médico periódico	40,1 (38,7-41,6)	30,9 (28,2-33,8)
Outro exame médico	2,2 (1,8-2,6)	2,2 (1,4-3,4)
Problema de saúde mental	1,7 (1,4-2,1)	1,9 (1,2-3,0)
Doença ou outro problema de saúde	20,1 (18,9-21,3)	31,2 (28,6-33,9)
Outro motivo	0,2 (0,1-0,3)	0,3 (0,1-1,6)

Maiores proporções de cadastro na ESF foi observada nas áreas rurais, no entanto foi reportada maior frequência consulta no mês anterior à entrevista na população urbana. Maior proporção de indivíduos que nunca havia consultado um médico foi identificada nas áreas rurais, onde também observou-se maior motivação para consulta relacionada à doença, enquanto que nas áreas urbanas houve maior proporção de atendimentos periódicos de rotina.

As variáveis de utilização também foram estimadas segundo as regiões do país, estando apresentadas nas Tabelas 3 e 4.

Maior percentual de cadastro na ESF foi observado na região Nordeste e menor na região Sudeste. A região Norte apresentou o menor percentual de consulta médica nos 15 dias anteriores à entrevista e o maior percentual de haver se consultado há mais de seis meses. Estes indicadores de consulta médica foram melhores nas regiões Sul e Sudeste. Da mesma forma, maior percentual de indivíduos referiu ter sido a primeira consulta com o médico na região Norte, com menores percentuais nas regiões Sul e Sudeste. Nas regiões Norte e Nordeste foram observados percentuais mais elevados que nas regiões Sul e Sudeste para a última consulta ter sido motivada por doença. Na região Norte também observou-se menor motivação da consulta relacionada à continuidade de tratamento (Tabela 3).

Tabela 3. Características relacionadas à utilização dos serviços de saúde nas macrorregiões do Brasil, 2019.

Variável	Norte % (IC95%)	Nordeste % (IC95%)	Sudeste % (IC95%)	Sul % (IC95%)	Centro-oeste % (IC95%)
Cadastro na Saúde da Família					
Sim	60,9 (58,9-62,9)	72,5 (71,4-73,6)	53,6 (51,4-55,8)	66,8 (64,6-69,0)	59,0 (56,9-61,0)
Não	27,3 (25,7-29,0)	17,6 (16,8-18,6)	35,6 (33,6-37,7)	20,4 (18,8-22,2)	26,0 (24,1-27,9)
Não sabe	11,8 (10,9-12,1)	9,9 (9,2-10,5)	10,8 (9,8-11,9)	12,8 (11,5-14,1)	15,1 (13,8-16,4)
Última consulta com o médico					
Até 15 dias	12,5 (11,5-13,6)	15,8 (15,0-16,7)	21,4 (20,3-22,6)	20,7 (19,3-22,2)	17,5 (15,9-19,1)
15 dias - 1 mês	10,4 (9,4-11,4)	10,1 (9,4-10,7)	13,1 (12,0-14,3)	12,4 (11,3-13,6)	10,7 (9,6-11,9)
1 mês - 6 meses	30,9 (29,4-32,5)	31,8 (30,8-32,8)	32,3 (30,9-33,7)	31,6 (30,1-33,2)	30,8 (28,8-32,8)
Mais de 6 meses	45,2 (43,4-47,0)	41,6 (40,5-42,7)	32,8 (31,4-34,3)	34,8 (33,2-36,5)	40,5 (38,2-42,9)
Nunca consultou um médico	1,0 (0,7-1,5)	0,7 (0,5-0,9)	0,3 (0,2-0,8)	0,5 (0,3-0,7)	0,5 (0,3-1,0)
Primeira consulta com o médico					
Sim	59,7 (57,4-70,0)	53,7 (52,3-55,1)	48,6 (46,7-50,5)	47,3 (44,9-49,7)	54,9 (52,6-57,2)
Não	40,3 (38,0-42,6)	46,3 (44,9-47,8)	51,4 (49,5-53,3)	52,7 (50,3-55,1)	45,1 (42,8-47,4)
Motivo da consulta					
Acidente / lesão	3,6 (2,4-5,2)	2,9 (2,3-3,6)	2,2 (1,5-3,2)	3,1 (2,2-4,3)	3,2 (2,3-4,4)
Continuação de tratamento	19,5 (17,3-21,9)	25,5 (23,8-27,4)	36,1 (33,7-38,5)	31,6 (29,2-34,2)	26,2 (23,1-29,4)
Pré-natal	3,5 (2,6-4,7)	2,0 (1,6-2,5)	2,0 (1,5-2,8)	2,5 (1,8-3,5)	2,2 (1,5-3,3)
Exame periódico	41,9 (38,3-45,5)	37,1 (35,1-39,3)	39,9 (37,6-42,3)	37,6 (34,9-40,3)	37,6 (34,3-41,1)
Outro exame	1,7 (1,1-2,7)	2,9 (2,2-3,8)	1,5 (1,0-2,2)	2,6 (1,8-3,8)	3,0 (2,0-4,6)
Problema de saúde mental	2,1 (1,2-3,6)	2,0 (1,6-2,6)	1,5 (1,1-2,2)	1,6 (1,1-2,4)	1,5 (0,9-2,5)
Doença ou outro problema	27,6 (24,4-31,0)	27,3 (25,5-29,2)	16,6 (14,8-18,6)	21,0 (18,8-23,3)	25,8 (23,1-28,7)
Outro motivo	0,1 (0,0-0,3)	0,3 (0,1-0,8)	0,2 (0,1-0,5)	0,0 (0,0-0,3)	0,4 (0,2-1,2)

Tabela 4. Características relacionadas à utilização dos serviços de saúde nas áreas urbanas e rurais nas macrorregiões do Brasil, 2019.

Variável	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-oeste	
	Urbano % (IC95%)	Rural % (IC95%)								
Cadastro na Saúde da Família										
Sim	57,3 (55,1-59,5)	73,8 (70,0-77,4)	68,1 (66,8-69,5)	85,4 (83,5-87,2)	52,5 (50,1-54,8)	70,8 (65,5-75,5)	65,6 (63,2-68,0)	74,4 (69,4-78,9)	58,5 (56,3-60,7)	63,8 (57,1-70,0)
Não	30,0 (28,1-31,9)	17,7 (14,8-21,1)	21,0 (19,9-22,2)	7,7 (6,5-9,1)	36,5 (34,4-38,7)	21,8 (17,6-26,7)	21,1 (19,3-23,0)	16,1 (12,6-20,2)	26,7 (24,6-28,8)	18,9 (14,8-23,7)
Não sabe	12,7 (11,7-13,8)	8,5 (6,8-10,5)	10,9 (10,1-11,7)	6,9 (5,9-8,2)	11,0 (10,0-12,2)	7,5 (5,3-10,4)	13,3 (11,8-14,8)	9,5 (7,4-12,2)	14,8 (13,5-16,2)	17,4 (12,5-23,7)
Última consulta com o médico										
Até 15 dias	13,8 (12,5-15,1)	8,0 (6,7-9,5)	16,5 (15,5-17,6)	13,9 (12,6-15,4)	21,6 (20,4-22,9)	19,1 (16,5-22,0)	21,1 (19,5-22,8)	18,6 (16,4-21,1)	17,9 (16,3-19,6)	13,3 (10,1-17,3)
15 dias - 1 mês	10,8 (9,7-12,0)	8,9 (7,5-10,6)	10,3 (9,5-11,1)	9,4 (8,3-10,6)	13,3 (12,1-14,5)	11,0 (8,8-13,6)	12,5 (11,3-13,9)	11,5 (9,8-13,5)	10,7 (9,6-12,0)	10,9 (7,8-15,2)
1 mês - 6 meses	31,9 (30,1-33,8)	27,6 (24,9-30,4)	32,1 (30,9-33,4)	30,8 (29,3-32,4)	32,5 (31,0-34,0)	29,8 (27,0-32,9)	31,4 (29,7-33,2)	32,9 (29,7-36,4)	30,3 (28,2-32,4)	35,5 (30,8-40,5)
Mais de 6 meses	42,8 (40,7-45,0)	53,4 (50,2-56,5)	40,5 (39,2-41,8)	45,0 (42,9-47,0)	32,3 (30,8-33,9)	39,8 (36,0-43,7)	34,6 (32,8-36,5)	36,0 (32,9-39,2)	40,5 (38,0-43,1)	40,1 (34,5-45,9)
Nunca consultou um médico	0,7 (0,5-1,1)	2,1 (1,2-3,7)	0,7 (0,4-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	0,4 (0,2-0,8)	0,3 (0,1-0,9)	0,4 (0,3-0,6)	1,0 (0,4-2,2)	0,6 (0,3-1,1)	0,2 (0,1-1,0)
Primeira consulta com o médico										
Sim	58,4 (55,9-60,9)	65,0 (59,7-69,9)	53,0 (51,3-54,7)	55,6 (53,1-58,2)	48,5 (46,5-50,6)	49,5 (44,2-54,8)	48,2 (45,7-50,8)	41,8 (36,1-47,7)	55,2 (52,8-57,6)	52,4 (44,4-60,3)
Não	41,6 (39,1-44,1)	35,0 (30,1-40,3)	47,0 (45,3-48,7)	44,4 (41,8-46,9)	51,5 (49,5-53,5)	50,5 (45,3-55,8)	51,8 (49,2-54,3)	58,2 (52,3-63,9)	44,8 (42,5-47,2)	47,6 (39,7-55,6)
Motivo da consulta										
Acidente / lesão	4,1 (2,7-6,0)	1,5 (0,4-5,4)	2,5 (1,8-3,4)	4,1 (2,9-5,7)	2,2 (1,5-3,3)	1,7 (1,0-3,2)	3,0 (2,0-4,3)	3,9 (1,9-8,0)	2,7 (1,8-4,2)	6,8 (5,2-8,9)
Continuação de tratamento	18,9 (16,6-21,5)	22,0 (16,7-28,5)	26,6 (24,5-28,7)	22,4 (19,0-26,2)	35,6 (33,1-38,3)	42,5 (36,9-48,3)	30,9 (28,4-33,6)	35,2 (28,2-43,0)	26,6 (23,3-30,2)	22,4 (16,5-29,7)
Pré-natal	3,9 (2,8-5,4)	1,9 (1,0-3,6)	2,0 (1,5-2,7)	1,9 (1,4-2,5)	2,1 (1,5-3,0)	0,6 (0,2-1,9)	2,6 (1,7-3,8)	2,2 (1,1-4,4)	2,4 (1,6-3,6)	0,7 (0,1-3,4)
Exame periódico	43,6 (39,9-47,4)	34,5 (25,2-45,1)	39,8 (37,4-42,3)	29,2 (25,5-33,3)	40,4 (37,9-42,9)	32,8 (26,9-39,4)	39,2 (36,2-42,2)	29,6 (23,5-36,4)	37,8 (34,2-41,6)	36,1 (27,7-45,4)
Outro exame	1,7 (1,1-2,7)	1,7 (0,4-7,4)	2,9 (2,2-3,9)	2,9 (1,5-5,4)	1,5 (0,9-2,3)	1,8 (0,8-4,3)	2,9 (1,9-4,3)	1,2 (0,6-2,4)	3,3 (2,1-5,0)	1,3 (0,2-6,8)
Problema de saúde mental	2,1 (1,2-3,5)	2,2 (0,4-11,9)	1,9 (1,4-2,6)	2,3 (1,4-3,7)	1,5 (1,1-2,2)	1,8 (0,5-6,9)	1,7 (1,1-2,5)	1,3 (0,5-3,2)	1,7 (1,0-2,8)	0,3 (0,1-1,1)
Doença ou outro problema	25,5 (22,5-28,8)	36,2 (26,1-47,6)	24,2 (22,2-26,3)	36,7 (32,8-40,8)	16,5 (14,6-18,6)	18,7 (14,0-24,5)	19,8 (17,4-22,5)	26,7 (21,6-32,5)	25,0 (22,1-28,2)	32,4 (26,8-38,6)
Outro motivo	0,1 (0,1-0,4)	0,0 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	0,6 (0,1-3,4)	0,2 (0,1-0,5)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,3)	-	0,5 (0,2-1,4)	-

Os escores gerais padronizados dos escores do PCATool, segundo itens avaliados nos indivíduos adultos residentes em áreas rurais e urbanas do Brasil, foram respectivamente 5,7 (IC95%=5,6-5,8) e 5,6 (IC95%=5,5-5,7), cuja diferença não foi significativa. Observou-se diferença significativa entre áreas rurais e urbanas apenas na região Sul, com uma melhor avaliação nas áreas rurais. Menor escore foi identificado também na região Norte, quando comparadas apenas as áreas rurais. A Tabela 5 apresenta os escores segundo as macrorregiões do Brasil.

Tabela 5. Escore geral do PCATool em usuários da atenção primária, Brasil e regiões, 2019.

Região	Urbano média (IC95%)	Rural média (IC95%)
Brasil	5,6 (5,5-5,7)	5,7 (5,6-5,8)
Norte	5,3 (5,2-5,5)	5,0 (4,6-5,4)
Nordeste	5,5 (5,4-5,6)	5,6 (5,4-5,8)
Sudeste	5,5 (5,3-5,7)	5,6 (5,4-5,9)
Sul	5,9 (5,8-6,1)	6,5 (6,2-6,7)
Centro-oeste	5,5 (5,4-5,7)	5,6 (5,3-5,8)

Nas análises de regressão logística para avaliação dos fatores associados à variável de utilização dos serviços de saúde – consulta médica nos últimos seis meses em uma unidade básica de saúde e cuja consulta não foi o primeiro atendimento com o médico – entre aqueles indivíduos adultos que referiram estar cadastrados na Saúde da Família, identificou-se maior utilização dos residentes em área rural, moradores das regiões Nordeste, Sudeste e Sul quando comparados aos residentes na região Norte, sexo feminino, indivíduos mais velhos, pretos e pardos, com menor renda e escolaridade, sem ocupação, sem plano de saúde médico e com pior percepção da saúde geral (Tabela 6).

Tabela 6. Fatores associados ao desfecho de utilização dos serviços de saúde entre os indivíduos cadastrados na Saúde da Família, Brasil, 2019.

Variável	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 OR (IC95%)
Situação de residência (ref.: urbano)		
Rural	1,2 (1,1-1,4)***	1,4 (1,2-1,5)***
Região (ref.: norte)		
Nordeste	1,2 (1,1-1,4)**	1,2 (1,0-1,3)*
Sudeste	1,3 (1,1-1,5)**	1,3 (1,1-1,5)***
Sul	1,5 (1,3-1,8)***	1,7 (1,4-2,0)***
Centro-oeste	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,2)
Sexo (ref.: masculino)		
Feminino	2,4 (2,1-2,6)***	2,4 (2,2-2,6)***
Idade (unidade=10 anos)	1,2 (1,1-1,2)***	1,2 (1,1-1,2)***
Raça / cor da pele (ref.: branca)		
Preta	1,3 (1,1-1,5)**	1,5 (1,2-1,7)***
Amarela	1,0 (0,6-1,6)	1,0 (0,6-1,7)
Parda	1,1 (1,0-1,2)	1,3 (1,1-1,4)***
Indígena	0,8 (0,5-1,3)	0,9 (0,6-1,5)
Vive com companheiro (ref.: sim)		
Não	1,0 (0,9-1,1)	
Renda familiar (unidade=R\$ 1.000,00)	0,8 (0,8-0,8)***	0,92 (0,88-0,97)**
Anos de estudo	0,9 (0,9-0,9)***	0,98 (0,97-0,99)**
Bens	0,9 (0,9-1,0)***	
Ocupação (ref.: não)		
Sim	0,5 (0,5-0,6)***	0,8 (0,7-0,9)**
Plano de saúde médico (ref.: sim)		
Não	5,2 (4,3-6,4)***	4,9 (3,9-6,0)***
Autopercepção da saúde (ref.: muito boa / boa)		
Regular	1,9 (1,7-2,0)***	1,4 (1,3-1,6)***
Ruim / muito ruim	2,8 (2,3-3,3)***	1,7 (1,4-2,1)***

^ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Modelo 1: análises bivariadas

Modelo 2: modelo final da análise hierárquica múltipla

Nas análises de regressão linear utilizada para identificar os fatores associados ao escore geral do PCATool nesse mesmo subgrupo de indivíduos, observou-se associação com escores mais elevados residir em áreas rurais e em regiões diferentes da Norte, idade mais elevada, maior renda domiciliar e menor escolaridade.

Tabela 7. Fatores associados ao escore geral do PCATool, Brasil, 2019.

Variável	Modelo 1 β (IC95%)	Modelo 2 β (IC95%)
Situação de residência (ref.: urbano)		
Rural	0,04 (-0,01 to 0,09) ^a	0,04 (0,00 to 0,09) [*]
Região (ref.: norte)		
Nordeste	0,09 (0,03 to 0,14) ^{**}	0,08 (0,02 to 0,13) ^{**}
Sudeste	0,09 (0,02 to 0,15) [*]	0,08 (0,01 to 0,14) [*]
Sul	0,24 (0,18 to 0,30) ^{***}	0,23 (0,17 to 0,29) ^{***}
Centro-oeste	0,09 (0,03 to 0,15) ^{**}	0,08 (0,02 to 0,14) [*]
Sexo (ref.: masculino)		
Feminino	-0,02 (-0,06 to 0,03)	
Idade (unidade=10 anos)	0,04 (0,02 to 0,05) ^{***}	0,03 (0,02 to 0,05) ^{***}
Raça / cor da pele (ref.: branca)		
Preta	-0,02 (-0,09 to 0,05)	
Amarela	-0,13 (-0,30 to 0,03)	
Parda	-0,03 (-0,08 to 0,02)	
Indígena	0,06 (-0,13 to 0,26)	
Vive com companheiro (ref.: sim)		
Não	-0,01 (-0,05 to 0,04)	
Renda familiar (unidade=R\$ 1.000,00)	0,03 (0,01 to 0,05) ^{**}	0,02 (0,00 to 0,04) [*]
Anos de estudo	-0,01 (-0,01 to -0,01) ^{***}	-0,01 (-0,01 to 0,00) [*]
Bens	0,00 (0,00 to 0,01)	
Ocupação (ref.: não)		
Sim	-0,03 (-0,07 to 0,01)	
Plano de saúde médico (ref.: sim)		
Não	-0,03 (-0,14 to 0,08)	
Autopercepção da saúde (ref.: muito boa / boa)		
Regular	0,06 (0,01 to 0,11) [*]	
Ruim / muito ruim	0,00 (-0,09 to 0,09)	

^ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Modelo 1: análises bivariadas

Modelo 2: modelo final da análise hierárquica múltipla

5 DISCUSSÃO

Os achados do estudo mostraram que indivíduos adultos residentes em áreas rurais do Brasil utilizaram menos os serviços médicos, apesar da maior cobertura referida da atenção básica. Também mostraram que a motivação do uso dos serviços em áreas rurais estava mais relacionada à doença e em áreas urbanas a consultas de rotina. Além disso, a região Norte apresentou piores indicadores relacionados à utilização dos serviços. Entre os indivíduos com vínculo com o profissional médico da Estratégia Saúde da Família, maior chance de utilização dos serviços nos últimos seis meses foi observada entre os que residiam em área rural, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul em comparação à Norte, mulheres, indivíduos mais velhos, pretos e pardos, com pior condição socioeconômica, pior percepção da saúde geral e com plano de saúde médico. Os resultados também indicam, de modo geral, que a presença e extensão dos atributos da APS nos serviços ofertados no Brasil e suas regiões é ainda incipiente, uma vez que todos os escores, tanto nas áreas rurais quanto nas urbanas do país, encontraram-se abaixo de 6,6. Residir em áreas rurais e em regiões diferentes da Norte, idade mais elevada e melhor condição socioeconômica foram associados a escores mais elevados do PCATool.

Este estudo mostra que indivíduos residentes em áreas rurais experimentam uma dificuldade para ter acesso aos serviços de saúde ofertados, principalmente se oriundo das macrorregiões Norte e Nordeste, revelando uma relação ambígua entre a utilização dos serviços de saúde e o cadastro referido na ESF. Para alterar tais limitações no acesso, não basta somente ampliar a rede organizacional dos serviços de saúde, mas também ajustá-las à realidade da população do campo (OLIVEIRA; MOREIRA; LUIZ, 2019).

As localidades em que residem as populações mais vulneráveis apresentam o SUS como o principal provedor de serviços de saúde, em detrimento dos serviços privados (SZWARCOWALD et al., 2016). Situação que se reflete em maior cadastro referido na ESF no âmbito das áreas rurais e, conseqüentemente, a ESF atingindo mais significativamente as populações que vivem em piores condições de vida e com maiores barreiras no acesso aos serviços de saúde (PAIM, 2018). Este cenário é predominante em municípios de pequeno e médio porte e nas periferias urbanas do país (SOUSA-JÚNIOR et al., 2015).

São evidentes as vantagens da ampliação da utilização de serviços de saúde, uma vez que a expansão da promoção, prevenção e tratamento precoce de doenças geram a redução dos índices de mortalidade prematura e internações hospitalares, além da elevação da

expectativa de vida com qualidade (CUNHA et al., 2013; GIOVANELLA et al, 2015; GONZAGA; FERREIRA, 2017). Apesar disso, populações rurais apresentam maiores chances de não utilizarem consultas de rotina na atenção primária, podendo ter como uma das justificativas o fato que, historicamente, enfrentam menor disponibilidade dos serviços e maiores barreiras organizacionais, geográficas e financeiras de acesso à informação sobre as doenças, formas de prevenção e tratamentos, em relação às pessoas que vivem em grandes centros urbanos (SEGRE; FERRAZ, 1997; SANTOS, 2018).

Além disso, estudos conduzidos no Brasil e nos Estados Unidos mostram que indivíduos com acesso somente aos serviços de saúde público mostram maiores chances de não utilizarem consultas de rotina quando comparados àqueles que também usufruem do acesso a planos de saúde privados ou consultas particulares (SOUSA, 2014; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). A procura dos usuários pelos serviços de saúde da atenção primária apenas quando se está doente, em detrimento de consultas médicas regulares, é determinada pela interação de diversos fatores, como aspectos sociodemográficos e culturais – escolaridade, renda, moradia e questões de gênero – e relacionados ao serviço – horário de funcionamento da unidade de saúde, perfil dos profissionais de saúde atuantes e localização geográfica (ALMEIDA et al., 2018). Tais fatos são demonstrados pela literatura científica por meio de situações como menor adesão de homens ao tratamento de condições crônicas; usuários brancos com maior utilização de consultas de rotina durante período de seis meses; indivíduos com maior renda apresentando maiores gastos privados em saúde, e maior utilização de consultas médicas regulares entre aqueles com maior escolaridade (CAMPOS, 2003; JANNUZZI, 2017).

Vale ressaltar que o comparecimento regular dos indivíduos às consultas médicas de rotina na atenção primária representa fator de proteção para o adequado controle e prevenção de várias doenças comuns (MENDES, 2013); portanto, a longitudinalidade da utilização dos serviços de saúde precisa ser garantida a todos os usuários do SUS (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018), o que não foi adequadamente observado nas áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste do país. Tal cenário aponta para a necessidade urgente de reorganização do modelo de cuidado ofertado a estas populações (SENA; SILVA, 2011), bem como ampliação do acesso e do vínculo aos serviços de saúde e seus profissionais (PAIM, 2018), contribuindo para redução das iniquidades sociais existentes entre as regiões do país e entre indivíduos residentes em áreas rurais e urbanas (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; GONÇALVES et al., 2019).

Em estudo desenvolvido por Perez e colaboradores (2013), os autores buscaram identificar possíveis fatores associados à percepção dos usuários do SUS, em cada macrorregião do Brasil, referente ao nível de satisfação com os serviços de saúde disponibilizados. Os achados do estudo evidenciaram a dificuldade de acesso aos serviços ofertados pelas equipes da ESF como um fator importante quando os usuários relataram baixa satisfação. Estudos anteriores, realizados por Albuquerque e colaboradores (2014), Esperedião e Trad (2006) e Medeiros e colaboradores (2010), constataram também que a adequada localização da unidade de saúde da família, incluindo a maior proximidade do estabelecimento de saúde até o domicílio, menor gasto de tempo durante o deslocamento e a não necessidade de utilização de meio de transporte por parte do usuário, representavam fatores associados a níveis elevados de satisfação. Estas barreiras geográficas estão fortemente presentes no cotidiano das populações afastadas dos grandes centros urbanos (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013; BARATA, 2015; ALBUQUERQUE et al., 2017).

A associação da utilização dos serviços com aspectos socioeconômicos, diferindo segundo macrorregiões e situação de residência concordam com estudos anteriores (ANDERSEN, 2008; RAMOS et al., 2014; JANNUZZI, 2017; GARNELO et al., 2018; FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021). Tais resultados sugerem que os serviços de saúde não são acessíveis para os indivíduos mais vulneráveis e aqueles com pior percepção da sua condição de saúde, enfatizando o contexto das desigualdades sociais em saúde (LOUVISON et al., 2008; SILVEIRA; PINHEIRO, 2014; PAIM, 2018; FERREIRA et al., 2020).

Vale ressaltar que as desigualdades presentes entre as macrorregiões do país, identificadas por este estudo, sugerem não haver planejamento governamental efetivo relacionado às necessidades de saúde das populações residentes nas áreas mais vulneráveis, como observado nas populações rurais e na região Norte do Brasil (STOPA et al., 2020). Tais achados demandam a realização de estudos que subsidiem o planejamento de políticas públicas e estratégias que garantam a superação das barreiras de acesso e utilização dos serviços de saúde (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; GARNELO et al., 2018).

Estudo que avaliou o instrumento utilizado para a análise dos atributos da APS mostrou que, apesar da versão adulto completa do PCATool validada no Brasil apresentar itens representativos da estrutura e dos processos que direcionam os serviços da APS, o processo de validação destes itens pouco contribuíam para a obtenção do constructo “orientação à APS” (CASTRO, 2008; OLIVEIRA, 2013). Diante de tais limitações, a versão reduzida utilizaria itens mais representativos para a obtenção do escore, além de ser um

instrumento mais acessível aos pesquisadores e gestores da saúde (HARZHEIM et al., 2013), o que subsidiaria a realização de ações específicas para a melhoria dos serviços ofertados, sugerindo que a versão reduzida pode ser adotada para avaliações rápidas e sistemáticas dos serviços da APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), o que conseqüentemente possibilitaria até a redução do impacto das possíveis limitações da APS nos demais níveis do sistema de saúde (OLIVEIRA et al., 2013; SIMÕES; ALKMIM; SANTOS, 2017).

Assim, os baixos escores do PCATool identificados, menores que o ponto de corte definido na literatura de 6,6, para o Brasil, macrorregiões e áreas rurais e urbanas do país, caracterizam uma presença e extensão incipientes dos atributos da APS, implicando na necessidade de componentes de estrutura e processos dos serviços serem aprimorados, diante da busca de melhor orientação para a APS (PINTO; GIOVANELLA, 2018; VIDAL et al., 2018).

No entanto, os achados deste estudo sugerem limitações no uso deste instrumento de forma isolada, sem considerar outros aspectos relacionados aos serviços de saúde, como o acesso e a utilização (SOUZA et al., 2019). Embora ainda aquém do ponto de corte sugerido, observou-se escores mais elevados nas áreas rurais em comparação às urbanas. A literatura sugere que indivíduos residentes em contextos mais vulneráveis enfrentam cotidianamente diversas barreiras de acesso a bens e serviços, sendo que diante de um serviço de saúde disponível, mesmo que sejam deficitários, são mais suscetíveis a avaliá-lo positivamente (ESPERIDIÃO; SILVA, 2018). Esta lógica pode estar presente nas respostas dos entrevistados, já que os critérios para responder ao PCATool entre os indivíduos cadastrados na ESF eram usuários que referiram consulta nos últimos seis meses e que também informaram não ser a primeira consulta com o profissional de saúde.

Ressalta-se também as dificuldades para serem realizadas comparações entre grupos dentro de uma sociedade ou entre sociedades distintas quando se avaliam medidas subjetivas de saúde. Medidas autorreferidas relacionadas à saúde podem não ser comparáveis entre os grupos se os mesmos interpretarem questões ou conceitos de maneira diferente (BURGARD; CHEN, 2014). Isso pode ocasionar subestimação ou superestimação das disparidades em saúde estimadas, em consequência das respostas obtidas não corresponderem às complexas representações sociais ou percepções relativas aos serviços (ESPERIDIÃO; SILVA, 2018; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Em relação à região Norte, os achados do estudo são concordantes com a literatura, que mostra piores desempenhos em diversos indicadores de saúde. O estudo mostrou piores características relacionadas à utilização dos serviços de saúde em relação às demais

macrorregiões do Brasil. Estudo realizado por Guimarães e colaboradores (2018) evidenciou a inadequação da atenção pré-natal, tanto no acesso quanto na qualidade do cuidado, nos estados do Amazonas e do Pará. Tem sido evidenciado que o perfil socioeconômico de cada região possui íntima relação com a adequação da atenção básica, sugerindo a interveniência de dimensões intersetoriais, cuja origem e repercussões não podem ser explicadas exclusivamente por características inerentes ao setor saúde (JANNUZZI, 2017; GUIMARÃES et al., 2018; VIACAVA et al., 2019).

O estudo possui algumas limitações. As associações encontradas devem ser interpretadas com cuidado, uma vez que o delineamento transversal do estudo não permite inferir causalidade. Também há a possibilidade de viés de memória, uma vez que as informações obtidas no inquérito foram autorreferidas. Além disso, as questões da PNS podiam ser respondidas pelo informante-chave do domicílio, aumentando a possibilidade de viés de informação.

CONCLUSÕES

Aspectos socioeconômicos, bem como a macrorregião e a situação de residência mostraram-se associados à utilização dos serviços de saúde. O estudo também mostrou que a motivação do uso dos serviços em áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste estava mais relacionada à doença, em detrimento da longitudinalidade do cuidado. A presença e extensão dos atributos da APS nos serviços ofertados no Brasil e suas regiões é ainda incipiente e os achados do estudo indicam que estes aspectos devem ser avaliados de forma ampliada, como em conjunto com características relacionadas à utilização dos serviços de saúde.

Avaliar a utilização e a qualidade dos serviços de saúde ofertados no âmbito da APS é fundamental para o reconhecimento das barreiras de acesso aos serviços, contribuindo para a organização dos serviços. As iniquidades identificadas na utilização dos serviços de saúde no Brasil evidenciam a necessidade de políticas públicas e ações que ampliem o acesso e reorganizem o modelo assistencial dos serviços de saúde na atenção primária, e que sejam capazes de mitigar tais iniquidades.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. **Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco**. Revista Saúde Debate, v. 38, ed. especial, p. 182-194, Out 2014.
- ALBUQUERQUE, M. V. et al. **Desigualdades regionais na saúde**. Ciência e Saúde Coletiva v. 22, p. 1055-1064, 2017.
- ALMEIDA, E. R. et al. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017)**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, ed. esp., Out 2018.
- ALMEIDA, L. S.; COTA, A. L. S.; RODRIGUES, D. F. **Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: impactos na saúde urbana**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, n. 10, p. 3857-3868, Out 2020.
- ANDERSEN, R.M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** Journal of Health and Social Behavior, v. 36, n. 1, p. 1-10, Mar 1995.
- ANDERSEN, R.M. **National health surveys and the behavioral model of health services use**. Medical Care, v. 46, n. 7, p. 647-553, Jul 2008.
- ANDRADE M. V. et al. **Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008**. Economia Aplicada, v. 17, n. 4, p. 623-645, Dez 2013.
- ARCÊNCIO, R. A.; ARAKAWA, T.; OLIVEIRA, M. F.; CARDOZO, G. R. I.; SCATENA, L. M.; NETTO, A. R.; et al. **Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo**. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1121-1127, Out 2011.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. **Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008**. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n.6, p. 1-14, Jan 2018.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 11, n. 17, p. 2865-2875, Nov 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica – Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021**. Disponível em:< <https://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 23 Mar. 2022.
- BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; MONTEIRO, C. V.; SILVA, Z. P. **Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998**. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 305-313, Fev 2007.

BARATA, R. **Saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis.** Revista USP. São Paulo, v.1, n. 107, p. 27-42, Dez. 2015.

BASTOS, G. A.; DUCA, G. F.; HALLAL, P. C.; SANTOS, I. S. **Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil.** Revista Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 475-554, Jun 2011.

BATISTELA, S.; GUERREIRO, N. P.; ROSSETTO, E. G. **Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 29, n. 2, p. 121-130, Jul-Dez 2008.

BERRA, S. et al. **Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents.** Cadernos de Saúde Pública, v. 12, n.30, p. 2607-2618, Dez 2014.

BHAT, D. et al. **Access to breast cancer treatment and reconstruction in rural populations: do women have a choice?** Journal Surgical Reserach, v. 254, p. 223-231, Out 2020.

BISPO, C. L. S.; MENDES, E. P. P. **Rural/urbano e campo/cidade: características e diferenciações em debate.** XXI Encontro Nacional de Geografia Agrária, p. 1-22, Out 2012.

BORYSOW, I. C.; CONILL, E. M.; FURTADO, J. P. **Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 879-890, Mar 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família: diretriz conceitual.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRENTANI, A. et al. **Rollout of community – based family health strategy (programa saúde da família) isassociated with large reductions in neonatal mortality in São Paulo, Brazil.** SSM population Health, v. 2, p. 55-61, Fev 2016.

BULGARELLI, P. T.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, C. M.; HILGERT, J. B.; SOARES, R. R.; HUGO, F. N. **A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde.** Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 216-231, Abr 2018.

BURGARD, S. A.; CHEN, P. V. **Challenges of health measurement in studies of health disparities.** Social Science e Medicine, v. 106, p. 143-150, 2014.

CABRAL, M. F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. **Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo.** Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-10, Fev. 2020.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 569-584, Abr 2003.

CAMPOS, R. T. O. et al. **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários.** Revista Saúde Debate, v. 38, n. especial, p. 252-264, Out 2014.

CARVALHO, F. C. et al. **Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, n.25, p. 1-14, Set 2022.

CASTRO, S. M. J. **Teoria da Resposta ao Item: Aplicação na Avaliação da Intensidade de Sintomas Depressivos** [Internet]. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/17457>

CASTRO, M. C. et al. **Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future.** Lancet, p. 345-356, 2019.

CONILL, E. M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 1, p. 7-16, Jun 2007.

COTTA, R. M. M. et al. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas.** Viçosa: UFV, Abrasco; 2013.

CUNHA, C. L. F. et al. **O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro.** Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n.2, p. 115-120, Jun 2013.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press, 2003. 200 p.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. **30 anos do Sistema Único de Saúde.** Editorial. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 1, 2018.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. **Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais.** Cadernos de Saúde Pública; v. 22, n. 6, p. 1267-1276, Jun 2006.

ESPERIDIÃO, M. A.; SILVA, L. M. V. **A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática.** Saúde Debate, v.42, n. especial 2, p. 331-340, Out 2018.

FACCHINI, L. A. et al. **Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 3, n. 11, p. 669 – 681, Set 2006.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas.** Saúde em Debate, v. 42, no. spe1, 2018.

FARIAS, D. C. S. et al. **Saber sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua.** Psicologia e saber social, v. 3, n. 1, p. 70-82, 2014.

FERREIRA, D. C.; RATTS, A. **Geografia da diferença: diferenciações socioespaciais e raciais**. Revista GeoAmazônia. Belém, v. 4, n. 7, p. 97 - 105, Jan-Jun 2016.

FERREIRA, L. S. et al. **Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 54, n. 149, p. 1-11, Mai 2020.

FILHO, A. D. P. C.; WANG, Y.; MALIK, A. M.; TAKAOKA, J.; VIANA, M. C.; ANDRADE; L. H. **Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo**. Revista de Saúde Pública, v. 49, n.15, p. 1-12, Jan 2015.

FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n.7, p. 1-12, Fev 2021.

GARNELO, L. et al. **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil**. Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 81-99, Set 2018.

GIOVANELLA L. et al. **Panorama de La Atención Primaria de Salud em Suramérica: concepciones, componentes y desafíos**. Saúde debate, v. 29, n. 105, p. 300-322, Jun 2015.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. **Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, sup2, 2017.

GIOVANELLA, L. et al. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 3, Mar 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?** Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, Mar 2020.

GOLDBAUM M.; GIANINI R. J.; NOVAES, H.M.D.; CÉSAR C. L. G. **Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo**. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 1, p. 90-99, Jan 2005.

GONÇALVES, R. F.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y.; SANTOS, C. R.; SILVA, K. S. B.; SOUSA, I. M. C. **Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste**. Revista de Saúde Pública, v. 53, n. 110, p. 1-10, Abr 2019.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. **Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS**. Revista Internacional de Debates da Administração & Pública – RIDAP, v. 2, n. 1, p. 12-26, Jan-Dez 2017.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SOUZA, J. P. R.; SZWARCOWALD, C. L. **Health care users' satisfaction in Brazil, 2003**. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 1, p. 109-118, Out 2005.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. **Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 5, p. 1-13, Maio 2018.

HARZHEIM, E. et al. **Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.8, n. 29, p. 274-278, Out 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – síntese de indicadores 2015.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 105 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE investiga pela primeira vez recepção dos pacientes no sistema público de saúde.** Agência de Notícias IBGE. Disponível em: <censoagro2017.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25536-ibge-investiga-pela-primeira-vez-recepcao-dos-pacientes-no-sistema-publico-de-saude>. Acesso em: 18 Mar. 2022.

JANNUZZI, P. M. **Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas.** Campinas: Alínea, 2016. 166 p.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações.** 6ª ed. rev. e ampl. Campinas: Alínea, 2017. 196 p.

KAGEYAMA A.; HOFFMANN R. **Pobreza no Brasil: uma perspectiva multidimensional.** Economia e Sociedade, v. 15, n. 1, p. 79-112, Jan 2006.

KASSOUF, A. L. **Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil.** Revista de Economia e Sociologia Rural, v. 43, p. 29-44, 2005.

LARA, L.; GUARESCHI, N. M. F.; BERNARDES, A. G. **Reforma Sanitária e a privatização da saúde em um contexto.** Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 2, n. 28, p. 360-368, 2016.

LOUVISON, M. C. et al. **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo.** Revista de Saúde Pública; v. 42, n. 4, p. 733-740, Ago 2008.

MALTA, D.C. et al. **A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 327-338, Fev 2016.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. **Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários.** Texto Contexto Enfermagem; v. 22, n.3, p. 780-788, Jul-Set 2013.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **The economics of health equity.** Cambridge: Cambridge University Press, 2007. 276 p.

MEDEIROS, F. A. et al. **Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction.** Revista Salud Publica, v. 12, n.3, p. 402-413, Jun 2010.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4593-4598-338, Dez 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.** *Estud. av.*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015.** 1ª ed. Brasília: MS, 2011. 114 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).** Brasília: MS, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde – PCATool Brasil/2020.** Brasília: MS, 2020. 237 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Informação e Gestão da atenção básica.** [Internet]. 2022. [acessado em 21 out. 2022]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

MIRANDA, S. V. C.; DURAES, P. S.; VASCONCELLOS, L. C. F. **A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1519-1527, Mar 2020.

MUELLER, C. C.; MARTINE, G. **Modernização da agropecuária, emprego agrícola e êxodo rural no Brasil – A década de 1980.** *Revista de Economia Política*, v. 17, n. 3, p. 407-427, Jul-Set 1997.

NANDO, N. M. et al. **Declaração de Brasília. O conceito de rural e o cuidado à saúde.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 142-144, Abr.-Jun. 2011.

NOVACZYK, A. G.; GAÍVA, M. A. M. **Interrelational Technologies on the child health care: analysis of official documents.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 3, p. 560-568, Jul 2010.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. **PCATool-Adulto-Brasil: uma versão reduzida.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 256-263, Out 2013.

OLIVEIRA, C. C. R. B. O.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. **Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, p. 1-23, 2021.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; MOREIRA, J. P. L.; LUIZ, R. R. **The influence of the Family Healthcare Strategy in the use of healthcare services by children in Brazil: an analysis using the Propensity Score Matching (PSM) method of National Health Survey data.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1495-1505, Apr 2019.

OPAS. **Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007.** Washington: Organização Pan-americana da Saúde, 2008. 33 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um Modelo Conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde: relatório da segunda reunião da Comissão de determinantes sociais de saúde.** Genebra: ONU, 2005. 36 p.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, Maio 2011.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6 p. 1723-1728, Jun 2018.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, Jan-Mar 2014.

PEREZ, L. G. et al. **Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy.** *Revista Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 403-413, Jun 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n.7, p. 687 – 707, Nov 2002.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à estratégia Saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB).** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, Jun 2018.

PRATES, M. L. et al. **Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, Jun 2017.

RAMOS, L. R. et al. **Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil.** *Revista Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 837-844, Out 2014.

REIS, R. S. et al. **Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários.** *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n.11, p. 3321-3331, Nov 2013.

RIBEIRO, M. G. **Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras.** *Sociologias*. Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 198-230, Maio-Ago 2016.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde em Debate, v. 37, n. 96, p. 139-147, Jan-Mar 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. **Conceitos de acesso à saúde.** Revista Panamericana de Saúde Pública, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, N. C. C. B.; VAZ, E. M. C.; NOGUEIRA, J. A.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S. **Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 1, p. 1-12, Jan 2018.

SANTOS, L. **SUS-30 anos: um balanço incômodo?.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, p. 2043-2050, Jun 2018.

SCHAFFER, W. L. et al. **QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care.** BMC FamPract, v. 12, n. 115, p. 1-9, Out 2011.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** Revista Saúde Pública, v. 31, n. 5, p. 538-542, Out 1997.

SELLERA, P. E. G.; et al. **Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1401-1411, Mar 2020.

SENA, R. R; SILVA, K. L. **A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, no. spel., p. 1792-1796, Dez. 2011

SHREAD, S. **A creature of its time: the critical history of the creation of the British NHS.** Michael Quaterly, v. 8, n. 4, p. 428-441, Out 2011.

SILVEIRA, R.; PINHEIRO, R. **Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38, n. 4, p. 451-459, Dez 2014.

SIMÕES, A.; ALKMIM, A. C.; SANTOS, C. **Passado, presente e futuro da produção e análise dos Indicadores Sociais no IBGE.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 169 p.

SOLANO, M. P. et al. **Utilização de serviços de saúde bucal na atenção primária: perspectivas dos usuários do SUS de um município do sul do Brasil.** Revista Ciência Plural, v. 3, n. 3, p. 81-92, Abr 2018.

SORANZ, D.; PINTO, L. P.; PENNA, G. O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, Maio 2016.

SÓRIA, G. S. et al. **Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 4, p. 1-12, Jan 2019.

SOUSA, F. M. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde**. *Tempus, Acts de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 11-16, Mar 2014.

SOUSA-JÚNIOR, P. R. B. et al. **Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n.2, p. 207-216, Jun 2015.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, p. 204-218, Jan-Mar 2016.

SOUZA, E. C. F. D. et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 100-110, Jan 2008.

SOUZA, A. S. S.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L. **Multimorbidade e uso de serviços de saúde em indivíduos com restrição de atividades habituais: Estudo Pró-Saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. 1-12, Maio 2019.

SOUZA, B. R. et al. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: Utilização do PCA Tool-versão Brasil**. *APS em revista*, v. 1, n. 2, p. 112-120, Jul 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STOPA, S. R. et al. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 5, p. 1-12, Jul 2020.

SZWARCWALD, C. L. et al. **Perception of Brazilian population on medical healthcare. Brazil, 2013**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 339-349, Fev 2016.

TRAVASSOS, C. et al. **Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-149, Jan 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 190-198, Ago 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 5, p. 975-986, Dez 2006.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **National healthcare disparities report 2011**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, p. 248, 2012. 248 p.

VIACAVA, F. et al. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun 2018.

VIACAVA, F. et al. **Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013)**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, Jul 2019.

VIDAL, T. B. et al. **Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, n. 4, p. 1-10, Nov 2018.

WONCA. Working Party on Rural Practice. **Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, n. 8, p. 15-24, Jan-Mar 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008: Primary Health Care, now more than ever**. Geneva: WHO Press, 2008. 119 p.

Acesso de Primeiro Contato - Utilização

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

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

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

ATENÇÃO: A expressão "serviço de saúde" indica a unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família) na qual foi realizada a última consulta 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	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H10)		

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

Longitudinalidade

H11. Quando você vai ao(à) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes? H011		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H12)		

H12. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à "esse(a) médico(a)"? H012		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H13)		

H13. "Esse(a) médico(a)" sabe quais problemas são mais importantes para você? H013		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H14)		

H14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) "serviço de saúde" para outro serviço de saúde? H014		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H15)		

Integralidade - Serviços Prestados

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

H24. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) ? H024		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H25)		
H25. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você? H025		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H26)		
H26. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando? H026		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H27)		
H27. Como prevenir quedas? H027		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H28)		

Orientação Familiar

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

H28. "Esse(a) médico(a)" pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?		
(4) Com certeza sim	H028	(3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não		(5) Não sabe / Não lembra
(1) Com certeza não		
(siga H29)		
H29. "Esse(a) médico(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? H029		
(4) Com certeza sim		(3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não		(5) Não sabe / Não lembra
(1) Com certeza não		
(siga H30)		

Orientação Comunitária

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

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