
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO: A CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE BASE NO SUS PELO IBGE

Luiz Felipe Pinto^{1*}

Vinicius Siqueira Tavares Meira Silva²

1. Professor Associado do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ. Doutor em Saúde Pública (Fiocruz). Pós-doutorado em Avaliação e Saúde (IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal). <http://orcid.org/0000-0002-9888-606X> <http://lattes.cnpq.br/3704970159561274>

2. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Mestre em Atenção Primária à Saúde (UFRJ). vinicius.smeira@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0002-3271-0811>. <http://lattes.cnpq.br/5761149147572120>

** Autor correspondente: felipepinto.rio@medicina.ufrj.br. Rua Laura de Araújo, 36 – 2º andar (parte) – Cidade Nova – Rio de Janeiro-RJ – CEP: 20211-170*

RESUMO

Nos últimos anos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ocupou um papel central na avaliação dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários. Diversos estudos nacionais de base populacional vêm sendo desenvolvidos, tendo por apoio um dos questionários da chamada família de instrumentos Primary Care Assessment Tool (PCAT)-Brasil, referendada pelo Ministério da Saúde em um Manual de Avaliação para Atenção Primária à Saúde, atualizado em 2020. Dessa forma, tanto a Pesquisa Nacional de Saúde como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, e a esperada Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, contemplam/contemplarão módulos específicos que medem os atributos da Atenção Primária à Saúde propostos pela eminente professora Barbara Starfield. Permitem traçar linhas de base para que as Unidades da Federação do País possam conhecer a situação atual da atenção primária em seus respectivos municípios, com o olhar de uma das partes mais importantes no processo e avaliação em saúde: a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Como perspectiva, espera-se o apoio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) ao IBGE para que a próxima Pesquisa Nacional de Saúde possa contemplar a versão completa do PCAT e, com isso, todos os atributos possam ser mensurados de forma independente, comparáveis nacional e internacionalmente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Avaliação em saúde. Inquéritos populacionais.

RÉSUMÉ

Ces dernières années, du point de vue des usagers, l'IBGE a joué un rôle central dans l'évaluation des services de santé. Plusieurs études nationales basées sur la population ont été développées, sur la base de l'un des questionnaires de "instruments de la famille" dite «Primary Care Assessment Tool (PCAT)-Brazil», approuvée par le ministère de la Santé dans un manuel d'évaluation des soins de santé primaires mis à jour en 2020. Ainsi, autant l'Enquête nationale sur la santé, que l'Enquête nationale en continue par sondage auprès des ménages et la tant attendue Enquête nationale sur la démographie et la santé envisagent/envisageront des modules spécifiques qui mesurent les attributs des soins de santé primaires proposés par l'éminent professeur Barbara Starfield. Ils permettent d'établir des bases de référence pour que les unités de la fédération du pays puissent connaître la situation actuelle des soins primaires dans leurs municipalités respectives,

du point de vue de l'un des acteurs les plus importants du processus et de l'évaluation en matière de santé : la population qui utilise le Système de santé unifié (SUS). En perspective, le soutien du Conseil national des secrétaires d'État de la santé (CONASS) auprès de l'IBGE est attendu pour que le prochain PNS puisse inclure la version complète du PCAT et avec cela, tous les attributs puissent être mesurés de manière indépendante, comparables au niveau national et international.

Mots clés: Soins de Santé Primaires. Système de Santé Unifié. Evaluation de la santé. Enquêtes démographiques.

ABSTRACT

In recent years, IBGE has played a central role in the evaluation of health services from users' perspective. Several national population-based studies have been developed, based on one of the questionnaires of the so-called "Primary Care Assessment Tool (PCAT)-Brazil instrument family", endorsed by the Ministry of Health in an updated Primary Health Care Assessment Manual. in 2020. Thus, both the National Health Survey, the Continuous National Household Sample Survey, and the expected National Demographic and Health Survey contemplate/will contemplate specific modules that measure the attributes of primary health care proposed by the eminent professor Barbara Starfield. They allow the establishment of baselines so that the units of the country's federation can know the current situation of primary care in their respective municipalities, with the view of one of the most important parties in the process and evaluation in health: the users of the Unified Health System (SUS). As a perspective, the support of the National Council of State Health Secretaries (CONASS) with the IBGE is expected so that the next PNS could include the full version of the PCAT and with that, all attributes can be measured independently, comparable nationally and internationally.

Keywords: Primary Health Care. Unified Health System. Health evaluation. Populational surveys.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS

A introdução de um componente “primário” na organização dos sistemas de saúde remonta ao ano de 1920 com o Relatório Dawson. Esse modelo surgiu no Reino Unido e serviu de base para a reforma de muitos sistemas de saúde do mundo. Em síntese, ele estabeleceu a regionalização dos serviços de saúde e sua disposição em três níveis (centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola) com funções específicas e vínculos formais entre si.

A formulação mais clássica para a definição de Atenção Primária à Saúde (APS) foi um resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde, em 1978. O documento produzido a partir da conferência leva o nome da cidade que hospedou o evento, localizada no atual Cazaquistão (ex-URSS). O trecho a seguir, extraído da Declaração de Alma-Ata, resume o conceito de APS:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.¹

Starfield² organizou o conceito de APS a partir de seus atributos. Isso representou um avanço teórico fundamental para o desenvolvimento e a qualificação desse segmento nos sistemas de saúde do mundo inteiro. Os “atributos essenciais” (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) elencados pela autora representam características necessárias e exclusivas da APS que podem ser acompanhadas dos “atributos derivados” (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) que são qualificadores dos serviços prestados por esse nível de atenção.

A função de “porta de entrada” para o sistema de saúde caracteriza os serviços de APS, que devem constituir o primeiro recurso para qualquer indivíduo que busca cuidados em saúde independentemente do motivo. O atributo “acesso de primeiro contato” é formado por dois componentes: acessibilidade e utilização do serviço pela população. A acessibilidade corresponde aos elementos estruturais do acesso envolvidos na oferta desse “primeiro contato”. Em síntese, aspectos geográficos, como a distância do local de atendimento e as condições de transporte e deslocamento, e sócio-organizacionais, como horário de funcionamento, modelo de marcação, cobrança de taxas, tempo médio de espera e oferta de visitas domiciliares, atendimentos de emergência e no idioma

nativo do usuário. A ideia de utilização do serviço remete à extensão em que o primeiro atendimento do indivíduo para uma nova necessidade em saúde é realizado em sua fonte regular de atenção e representa uma característica de processo ou desempenho da APS.

A relação estabelecida pela APS com o seu usuário não está limitada a um período definido, tampouco à presença ou à ausência de determinadas condições de saúde, o que indica um cuidado orientado para a pessoa, e não para a doença. O atributo “longitudinalidade” está na essência da APS e pode se expressar no fato de um indivíduo reconhecer um determinado prestador como a “sua” fonte habitual de atenção. Esta “parceria sustentada” aprofunda o conhecimento do profissional/equipe sobre o paciente e vice-versa, além de se relacionar com outros atributos.

A “integralidade” diferencia o cuidado fornecido pela APS em relação a outros segmentos. Os recursos disponíveis nos serviços primários devem estar em conformidade com o reconhecimento e a abordagem das principais necessidades da população assistida. Espera-se que seja ofertada uma variedade de procedimentos e ações para promoção, prevenção, cura e reabilitação de problemas comuns. Também deve ser assegurado aos pacientes com necessidades específicas o encaminhamento para outros níveis da rede.

Outra função específica da APS é a “coordenação” do cuidado. Nesse sentido, busca-se promover a articulação com outros pontos da rede por meio da disponibilidade e da troca de informações. A continuidade dos profissionais nas equipes de APS e a qualidade dos registros em prontuário estão associadas à existência de informações confiáveis sobre a pessoa, que poderão ser trocadas entre os serviços, por intermédio de mecanismos de referência e contrarreferência capazes de estabelecer uma comunicação entre os níveis de atenção.

Por fim, os “atributos derivados” não são exclusivos da APS e resultam dos “atributos essenciais”, servindo como qualificadores para os serviços prestados. Os contextos familiar e social são considerados elementos centrais para os cuidados primários. A “orientação familiar” permite a identificação de padrões de adoecimento na família enquanto a “orientação comunitária” dispõe sobre a adoção de um ponto de vista populacional para as questões de saúde e doença. Entende-se por “competência cultural” a adequação dos serviços de APS aos valores, crenças e comportamentos da população, levando em conta necessidades sociais, culturais e linguísticas.

A orientação da APS para os seus “atributos essenciais”, em combinação, está diretamente relacionada com o seu impacto positivo sobre a saúde³. A existência dessa associação embasa a importância da utilização de instrumentos de avaliação capazes de mensurar o grau de orientação para os atributos da APS, assim como a presença e a extensão de cada um deles, individualmente.

FAMÍLIA DE INSTRUMENTOS DO PCAT

O “Primary Care Assessment Tool” (PCAT ou PCATool), em língua portuguesa “Instrumento de Avaliação da Atenção Primária”, foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade Johns Hopkins. As primeiras publicações sobre o instrumento remontam ao final da década de 1990 e início dos anos 2000⁴⁻⁶. Esse grupo de instrumentos pretende avaliar o grau de orientação dos serviços e sistemas para os atributos da APS organizados por Starfield. Para isso, são mensurados alguns elementos de estrutura (capacidade) e processo (desempenho) que sejam indicativos da presença e da extensão de cada um dos atributos.

O instrumento pode ser aplicado por um entrevistador pessoalmente ou por algum meio de comunicação. Há diferentes versões do questionário conforme o seu público-alvo (usuários crianças e adultos e profissionais de saúde) e a sua extensão (completos e reduzidos). Embora compartilhem da mesma organização em atributos, os itens foram adaptados para abranger aspectos específicos de cada grupo (figura 1).

As questões apresentam quatro alternativas de resposta em escala Likert. A cada resposta, é atribuída uma pontuação de 1 a 4 (“com certeza sim” = 4, “provavelmente sim” = 3, “provavelmente não” = 2, “com certeza não” = 1, mais a opção “não sei/não lembro” = 9), que é utilizada para o cálculo dos escores geral (todos os atributos), essencial (apenas os atributos essenciais) e individual (apenas um atributo). Os escores são os indicadores fornecidos pelo PCAT como resultado. Eles estimam o grau de orientação para os atributos da APS e a presença e extensão de cada um deles. Os valores finais são convertidos por meio de uma fórmula em uma escala de 0 a 10. Para a interpretação dos escores, adota-se como ponto de corte 6,6, e a classificação dos índices em “alto” ($\geq 6,6$) e “baixo” ($< 6,6$).

Foram identificadas pesquisas utilizando o PCAT em dezenas de países e em todos os continentes⁷. Uma das vantagens desse grupo de instrumentos é a comparabilidade dos seus resultados, que é ampliada com a sua popularização entre os avaliadores da APS. Como o PCAT avalia a experiência do usuário, uma de suas limitações é o fato de só incluir as pessoas que utilizam o serviço de saúde no processo de avaliação. Outra crítica é a inexistência de uma versão para usuários que contemple a faixa etária de 13 a 17 anos. Além disso, os questionários completos são extensos e exigem um tempo de aplicação muito alto (25 a 35 minutos). Por outro lado, as versões resumidas, propostas como alternativa, fornecem apenas o escore geral como resultado, não permitindo a análise individualizada dos atributos⁸.

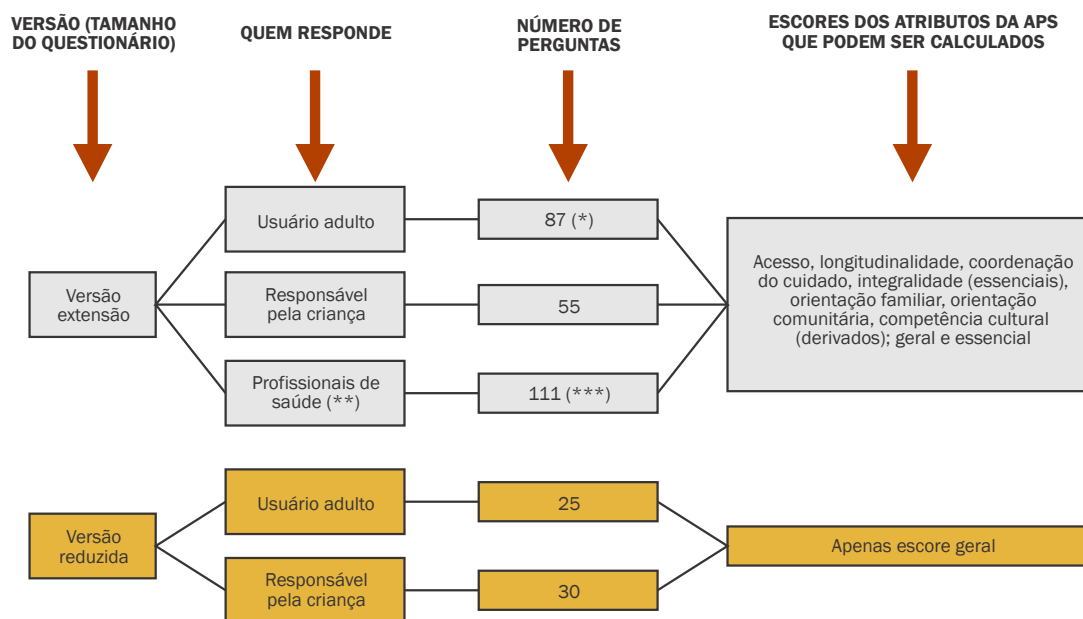
A primeira versão do PCAT traduzida, adaptada e validada para o Brasil foi a de usuários crianças⁹, em 2006. Posteriormente, foram publicadas as versões dos questio-

nários para usuários adultos¹⁰ e profissionais de saúde¹¹. Também foram desenvolvidas e validadas versões do PCAT orientadas para a avaliação da saúde bucal na perspectiva de usuários¹² e profissionais de saúde¹³.

Inúmeras pesquisas que utilizaram o PCAT como instrumento de avaliação da APS foram realizadas no Brasil⁷. Em 2014, 6.675 usuários (adultos e cuidadores de crianças) foram entrevistados no Rio de Janeiro, compondo a maior amostra em uma única cidade de uma pesquisa com PCAT¹⁴. Em 2016, foi realizada uma avaliação externa dos serviços de APS no âmbito do Programa Mais Médicos que utilizou o PCAT para caracterizar a experiência de uma amostra de milhares de usuários e profissionais de saúde de municípios de diferentes portes em todo o Brasil¹⁵.

Em 2019, o desempenho no PCAT foi proposto em portaria do Ministério da Saúde como um dos indicadores gerais que compõem o novo modelo de financiamento da APS no Brasil¹⁶, e todo um novo arcabouço de métricas foi construído para modernizar o antigo modelo federal de financiamento das equipes de saúde da família vigente desde o final da década de 1990.

Figura 1. Características da família de instrumentos PCAT



Fonte: Brasil¹⁷, 2020.

(*) No caso da avaliação do usuário adulto para consulta odontológica, o total é de 86 perguntas. (**) Médicos e enfermeiros.

(***) Para cirurgiões-dentistas, o total é de 81 perguntas.

Obs.: a versão do instrumento para “gerentes de unidades / diretores da APS” ainda não teve validação psicométrica no Brasil. Possui 120 perguntas.

AVALIAÇÃO DA APS NAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO: A CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE BASE NO SUS PELO IBGE

Remonta à década de 1970 o primeiro registro de um inquérito administrativo em que pela primeira vez investigaram-se a distribuição e os tipos de estabelecimentos de saúde existentes no Brasil, trazendo para o cenário principalmente indicadores de estrutura. A primeira Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) foi realizada em 1975 a partir de convênio entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde. Esse inquérito passou a ser realizado anualmente até que, em 1990, perdeu a periodicidade e foi relançado em períodos irregulares, deixando de existir em 2009. Esse importante inquérito de base administrativa era responsável por traçar um perfil municipal/estadual da capacidade instalada (estrutura) dos serviços de assistência à saúde, envolvendo as unidades com internação, sem internação e aquelas de apoio à diagnose e terapia. Fornecia também informações sobre modalidades de prestação de serviços, instalações físicas, número de profissionais da(de) saúde, número de leitos e equipamentos médico-hospitalares disponíveis ou não ao setor público.

Concomitantemente, o IBGE timidamente passou a incluir em sua Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) módulos específicos sobre acesso aos serviços de saúde pública nos anos de 1981 e 1986. Foi somente em 1998 que foi criado um Suplemento Especial da Saúde na PNAD com perguntas sobre “acesso e utilização dos serviços de saúde” que investigava de forma muito pontual e de maneira difusa, sem comparabilidade internacional, alguns indicadores de utilização dos serviços de saúde (ambulatorial e hospitalar). Posteriormente, esse módulo especial foi repetido nas edições de 2003 e 2008. Em 2013, com o crescimento do “suplemento especial da saúde na PNAD”, uma nova pesquisa surgiu. Estamos falando da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), agora já com centenas de perguntas subdivididas em módulos temáticos¹⁸. Contudo, no que se refere à APS, em todas essas iniciativas, as avaliações dos usuários estiverem praticamente ausentes, limitando-se a indicadores de estrutura e, em alguma medida, a indicadores de processo, ainda que de forma limitada a aspectos de “acesso e utilização dos serviços”. Essa ausência nos inquéritos do IBGE é curiosa uma vez que, desde as décadas de 1990/2000, já havia inúmeros estudos internacionais apontando caminhos para avaliação de base populacional dos serviços de saúde e uma série de instrumentos foram sendo desenvolvidos pelos serviços de saúde e comunidade acadêmica.

Aliás, no Brasil, a primeira iniciativa de abrangência nacional para institucionalizar a avaliação das equipes de saúde da família que desenvolvem o que poderia ser apro-

ximado aos atributos do modelo de APS foi apresentada pelo Ministério da Saúde em 2010¹⁹. Essa iniciativa foi apoiada nos estudos dos professores norte-americanos Barbara Starfield e Leiyu Shi da Universidade Johns Hopkins nos Estados Unidos da América; e, naquele momento, o então Departamento de Atenção Básica (DAB) lançou os pilares do que na década seguinte foi aperfeiçoado e atualizado na versão atual do referido Manual de 2020, que contém um conjunto de instrumentos da chamada “família de instrumentos PCAT”¹⁷, agora já com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) liderando esse processo²⁰ e com a inclusão da Saúde Bucal no rol de questionários validados para avaliação dos usuários adultos¹³.

Felizmente, na PNS seguinte, o IBGE coletou no 2º semestre de 2019, portanto, antes da pandemia da covid-19, os dados relativos ao chamado “Módulo H” na PNS-2019, que foi reformulado a partir da adaptação de uma versão curta para usuários adultos maiores de 18 anos do PCAT^{21,22}. Essa ampliação de escopo, ao incluir os atributos de Starfield² preconizados para a APS, passou a ser mais abrangente e comparável do ponto de vista nacional e internacional. Com a PNS-2019/IBGE, o Brasil passou a ter, para cada Unidade da Federação (UF), uma linha de base no que se refere à avaliação dos serviços de APS pelos usuários adultos.

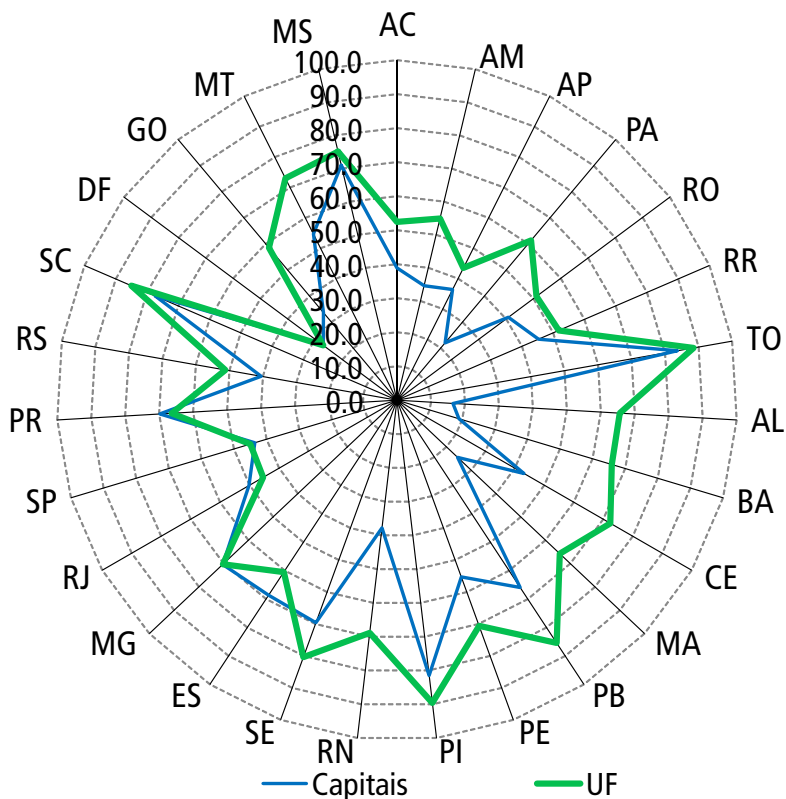
Na sequência da PNS-2019 e ainda com influência na coleta de dados dentro do período pandêmico da covid-19, o IBGE levou a campo um Módulo sobre APS Infantil na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) entre abril e junho de 2022. Com essa iniciativa, também será possível traçar uma linha de base para avaliação dos serviços de APS para este segmento etário – crianças menores de 13 anos – para cada uma das UF²³.

IBGE E A LINHA DE BASE PARA AS UNIDADES DA FEDERAÇÃO A PARTIR DA PNS-2019

Em um dos primeiros módulos investigados pela PNS-2019, é possível conhecer o perfil da cobertura de domicílios cadastrados por equipes de Saúde da Família (eSF). Esse indicador, diferentemente daquele registrado pelo Ministério da Saúde que considera a cobertura estimada por um número fixo de pessoas por equipe, tem uma perspectiva de maior exatidão e pode ser transformado em “cobertura populacional pela eSF” na medida em que pondera o número médio de moradores por domicílio. As estimativas do IBGE apontavam que, em 2019, 126,1 milhões de brasileiros estavam cadastrados em eSF (IC: [116,4 milhões – 136,1 milhões]). Nesse mesmo período, o Ministério da Saúde estimava em 134 milhões de pessoas esse quantitativo.

A análise por UF revelou que, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as coberturas (%) de eSF eram sempre superiores fora das capitais, ou seja, existe uma capilarização maior no interior dessas regiões. No Sudeste e no Sul, há certo equilíbrio nesse indicador entre as capitais das respectivas UF e as demais áreas de cada local (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos domicílios cadastrados em Unidade de Saúde da Família (%) segundo capitais e Unidades da Federação (*) – Brasil – 2019



Fonte: PNS-2019/IBGE.

A subamostra da PNS-2019 que investigou a APS continha 9.677 adultos de 18 anos ou mais, que representam uma população expandida de 17.260.556 pessoas. Desse total de adultos que acessaram os serviços com regularidade, 41,1% o fizeram no Sudeste; 28,2%, no Nordeste; 17,7%, no Sul; 6,8%, no Norte; e 6,1%, no Centro-Oeste. As mulheres representaram cerca de 70%, e a distribuição etária entre três grupos sugere homogeneidade: 18 a 39 anos (32,6%), 40 a 59 anos (35,8%) e 60 anos ou mais (31,6%). Contudo, observaram-se diferenças etárias entre as regiões, sendo o Norte com

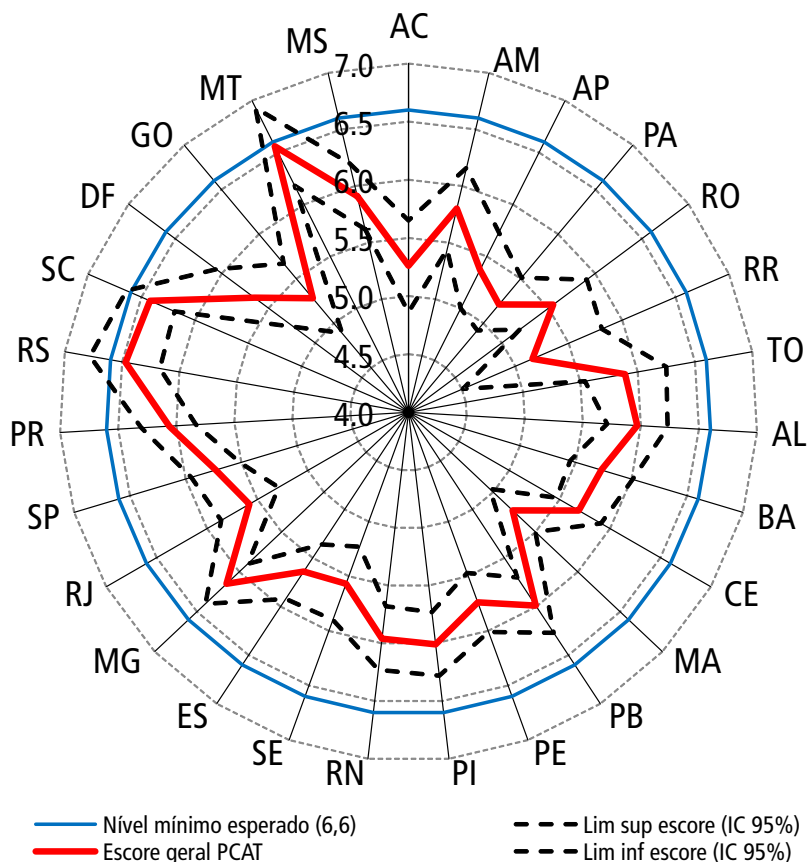
maior participação de pessoas com 18 a 39 anos (46,5%), e o Sul e o Sudeste com mais idosos (35,9% e 35,4% respectivamente).

Do ponto de vista do mercado de trabalho entre as pessoas que acessam com regularidade os serviços de APS, 46,2% são pessoas ocupadas, isto é, pessoas que, na semana de referência da coleta de dados na PNS-2019, trabalharam pelo menos uma hora em atividade remunerada, ainda que temporariamente afastadas nessa semana. Quanto à faixa de rendimento domiciliar per capita, as estimativas informam a grande dependência dos adultos com menores rendimentos no uso da APS no Brasil, isto é, 64,7% recebem até um salário mínimo; 32,3%, mais de um até três salários; e apenas 3% recebem mais de três salários mínimos. Quanto ao perfil de morbidade, 39,2% referiram já ter tido diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica; 15,9%, de diabetes mellitus; 15,3%, de depressão; 7,8%, de doença do coração; e 5,9%, de asma.

O delineamento da PNS-2019 contemplou amostras probabilísticas que permitem generalizar os resultados obtidos e calcular aquilo que se recomenda como padrão-ouro em inquéritos estatísticos que são os erros de amostragem de cada estimativa e seus respectivos intervalos de confiança. Dessa forma, o(a) leitor(a) pode tirar suas próprias conclusões e ponderar a relevância da estimativa obtida. Essa característica inerente das pesquisas amostrais (validade externa) torna comparável cada unidade geográfica investigada. Por exemplo, para cada UF do Brasil, um escore geral do PCAT foi estimado com seu respectivo intervalo de confiança.

Os resultados do escore geral do PCAT por UF podem ser divididos em três grupos. No primeiro grupo, encontram-se as nove UF com melhor desempenho: Mato Grosso (6,6 IC [6,2-6,9]), Rio Grande do Sul (6,5 IC [6,2-6,8]), Santa Catarina (6,4 IC [6,2-6,6]), Paraná (6,1 IC [5,8-6,3]), Minas Gerais (6,2 IC [5,9-6,4]), Rio Grande do Norte (6,0 IC [5,7-6,2]), Piauí (6,0 IC [5,7-6,3]), Paraíba (6,0 IC [5,7-6,3]) e Alagoas (6,0 IC [5,7-6,2]). No segundo grupo, concentram-se oito UF com desempenho intermediário: Amazonas (5,8 IC [5,4-6,2]), Tocantins (5,9 IC [5,5-6,3]), Bahia (5,7 IC [5,5-6,0]), Ceará (5,7 IC [5,5-5,9]), Pernambuco (5,7 IC [5,5-6,0]), São Paulo (5,7 IC [5,5-6,0]), Distrito Federal (5,7 IC [5,2-6,1]), Mato Grosso do Sul (5,9 IC [5,6-6,2]). No terceiro grupo, encontram-se as dez UF com pior desempenho: Acre (5,3 IC [4,9-5,7]), Amapá (5,4 IC [5,0-5,7]), Pará (5,2 IC [4,9-5,5]), Rondônia (5,6 IC [5,2-5,9]), Roraima (5,2 IC [4,5-5,8]), Maranhão (5,2 IC [5,0-5,5]), Sergipe (5,6 IC [5,2-5,9]), Espírito Santo (5,6 IC [5,4-5,9]), Rio de Janeiro (5,6 IC [5,3-5,9]) e Goiás (5,3 IC [4,9-5,7]) (gráfico 2).

Gráfico 2. Escore Geral do PCAT adulto segundo Unidades da Federação – Brasil – 2019



Fonte: PNS-2019/IBGE.

Nota: escore geral – Brasil (5,9), Região Norte (5,5), Nordeste (5,8), Sudeste (5,8), Sul (6,3), Centro-Oeste (5,8). Os escores oscilam entre 0 e 10. Um escore $\geq 6,6$ (linha azul no gráfico) é considerado pelo PCAT como o valor mínimo esperado pela metodologia do PCAT para se considerar que os serviços estão orientados para uma APS de qualidade.

PERSPECTIVAS PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APS A PARTIR DO IBGE

Desde 2019, o IBGE resgatou seu papel de maior avaliador externo do SUS e introduziu em seus inquéritos de base populacional módulos específicos para avaliação dos serviços de APS pelos usuários, havendo perspectiva futura de seguimento na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) e na próxima PNS (2024) (figura 2).

Estamos falando não somente da PNS-2019, mas também da PNAD Covid-19 que, em 2020, de forma inédita na história do IBGE, coletou remotamente os dados desse

inquérito e divulgou em tempo recorde seus resultados²⁴, apontando, por exemplo, que, em maio de 2020, 24 milhões de brasileiros (11,4%) tiveram pelo menos um dos sintomas de síndrome gripal na semana anterior à realização da pesquisa. A PNAD Covid-19 coletou dados semanalmente, utilizando o mesmo conceito de semana epidemiológica utilizada pela vigilância em saúde.

Além disso, principalmente por causa da pandemia da covid-19, o Censo Demográfico do IBGE que é basilar para a geração dos microdados e da contagem da população residente por bairro/distrito, município/UF, sexo e faixa etária teve que ser adiado de 2020 para 2022. A Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, apoiou inclusive o pré-teste do Censo do IBGE que ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2021 no bairro de Paquetá nessa cidade²⁵.

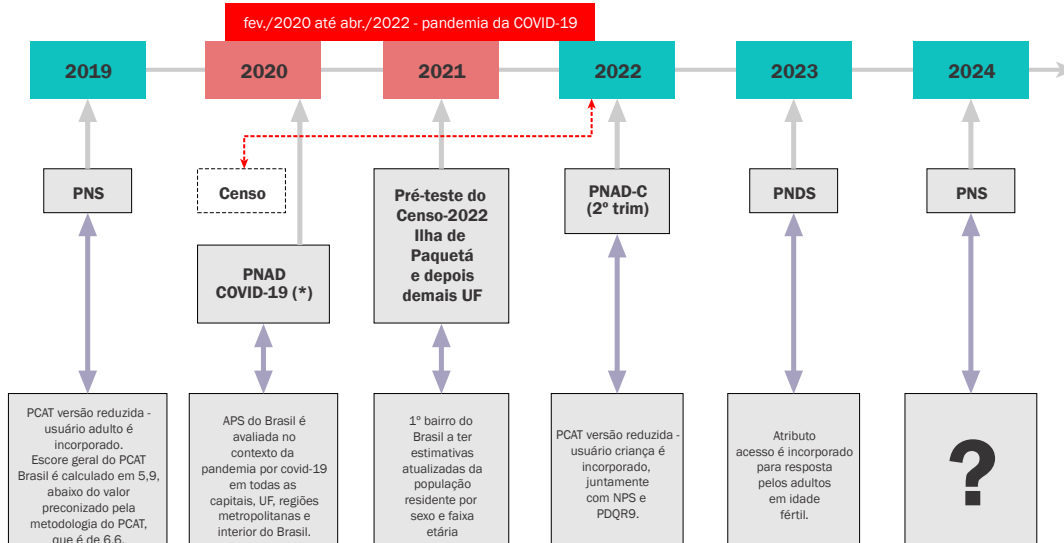
Em 2022, o módulo de atenção primária infantil compôs uma parte da PNAD Contínua e utilizou a versão reduzida para usuários do PCAT com 31 perguntas²⁶. Os resultados permitirão traçar uma linha de base para as UF compondo, portanto, um retrato mais amplo da situação da APS no Brasil e fornecerão elementos para que futuramente a versão completa do instrumento possa ser utilizada.

Acredita-se que, em 2023, a PNDS/IBGE, em fase final de planejamento, traga novos elementos para avaliação do atributo “acesso de primeiro contato” para homens e mulheres em idade fértil, novamente permitindo que as UF construam seus pontos de partida para traçar caminhos que possam ampliar esse acesso. A PNDS-2023 prevê a inclusão de um módulo com questões adaptadas do PCAT adulto para homens e mulheres em idade fértil. Mais uma vez, o bairro de Paquetá no Rio de Janeiro serviu como espaço para validação/pré-teste da primeira versão do questionário²⁷.

Por fim, nesse ciclo de avaliações da APS pelo IBGE, espera-se que, tal como proposto por Meira-Silva²⁸, o Instituto possa adaptar o antigo Módulo J da PNS-2019, passando a incluir a versão completa do PCAT para usuários adultos em sua próxima PNS. Essa possibilidade demarcará um divisor de águas para as políticas públicas no Brasil, naquela que é considerada a porta principal de entrada no SUS.

Como perspectiva, espera-se ainda o apoio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) ao IBGE para que a próxima PNS possa contemplar a versão completa do PCAT. A sensibilização para que cada UF contribua proporcionalmente com recursos financeiros e a coordenação dessa missão por parte do CONASS serão fundamentais para ampliar o tamanho das amostras e, com isso, torná-las representativas, comparáveis nacional e internacionalmente. Dessa forma, os escores de todos os atributos poderão ser mensurados de forma independente, e não apenas o escore geral tal como na PNS-2019.

Figura 2. IBGE e o resgate da avaliação dos usuários da Atenção Primária à Saúde no Brasil



Fonte: elaboração própria a partir das pesquisas realizadas e planejadas pelo IBGE.

(*) Pela primeira vez na história do IBGE, a coleta de dados domiciliar na PNAD ocorreu de forma remota, com uso do DMC e ligação telefônica.

Agradecimentos

A toda a equipe da COREN e da DPE do IBGE, sem a qual a proposta de adaptação do módulo de avaliação em APS na perspectiva dos usuários não teria sido possível. Especialmente, ao Diretor de Pesquisa, Dr. Cimar Azeredo, que, juntamente com a Presidência do IBGE, coordenou uma equipe muito dedicada e sensível à temática da Saúde Pública.

Conflitos de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

Este ensaio foi desenvolvido durante as atividades regulares de professor e pesquisador dos referidos autores em suas instituições acadêmicas ou serviço/gestão.

Referências

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. República Socialista Soviética Cazaque: WHO; 1978.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1. ed. Brasília: UNESCO; 2002.
3. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report. *Gac Sanit.* 2012;26(Suppl 1):20-6.
4. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract.* 1998;46(3):216-26.
5. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics.* 2000;105(4 Pt 2):998-1003.
6. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract.* 2001;50(2):161-75.
7. D'Ávila OP, Pinto LFS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(3):855-65.
8. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Ávila OP, Hauser L, Pinto LF. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 493-525.
9. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein, AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1649-59.
10. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(29):274-84.
11. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(29):244-55.
12. Cardozo DD. Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

13. D'Ávila OP, Harzheim E, Hauser L, Pinto LF, Castilhos ED, Hugo FN. Validation of the Brazilian version of Primary Care Assessment Tool (PCAT) for Oral Health - PCATool Brazil Oral Health for Professionals. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(6):2097-108.
14. Harzheim E, Hauser L, Pinto LF. Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária em Saúde: a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: UFRGS; 2015. (Relatório Final da Pesquisa PCATool -Rio-2014).
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos: a experiência dos médicos e usuários. Brasília: OPAS; 2018.
16. Harzheim E, D'Ávila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(4):1361-74.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
18. Silva VSTM, Pinto LF. Inquéritos domiciliares nacionais de base populacional em saúde: uma revisão narrativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(9):4045-58.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC, D'Ávila OP, Hauser L, et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(9):3457-62.
21. Harzheim E, Pinto LF, D'Ávila OP, Hauser L. Following the legacy of professors Barbara Starfield and Leiyu Shi in Brazil as health policy: the National Health Survey (PNS), led by the Brazilian National Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the Primary Care Assessment Tool (PCAT). *Int J Equity Health*. 2019;18(1):176.
22. Pinto LF, Quesada LA, D'Ávila OP, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. Primary Care Assessment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(9):3965-79.
23. Pinto LF, Caldas ALFR. Atenção primária à saúde infantil: a maior avaliação de base populacional da história do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;7(8):3153-6.
24. Penna GO, Silva JAA, Neto JC, Temporão JG, Pinto LF. PNAD COVID-19: um novo e poderoso instrumento para Vigilância em Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(9):3567-71.

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Evento divulga resultados preliminares do Censo em Paquetá e nova rodada de testes. Agência de Notícias IBGE [Internet]. 18 out 2021 [citado 2022 out 26]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31920-evento-divulga-resultados-preliminares-do-censo-em-paqueta-e-nova-rodada-de-testes>

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua – Questionário do tema Atenção Primária a Saúde: 2º trimestre de 2022 [Internet]. Suplemento Atenção Primária à Saúde da Criança. 22 fev 2022 [citado 2022 mar 16]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5629.pdf.

27. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Pré-teste – PNDS. Seminário sobre a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2023 [Internet]. Rio de Janeiro: Rede OTICS-RIO, Secretaria Municipal de Saúde; 2022 [citado 2022 ago 26]. Disponível em: <https://oticsrio.com.br/pre-teste-pnds/>

28. Meira-Silva VST. Pesquisa Nacional de Saúde e o uso do instrumento Primary Care Assessment Tool no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2022.