

Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Primary Care Assessment Tool: regional differences based on the National Health Survey from Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Luiz Felipe Pinto (<http://orcid.org/0000-0002-9888-606X>)^{1,5}
 Leonardo Arêas Quesada (<https://orcid.org/0000-0002-9500-5247>)²
 Otavio Pereira D'Avila (<http://orcid.org/0000-0003-1852-7858>)³
 Lisiane Hauser (<http://orcid.org/0000-0003-3324-5533>)⁴
 Marcelo Rodrigues Gonçalves (<https://orcid.org/0000-0001-8516-8547>)⁵
 Erno Harzheim (<http://orcid.org/0000-0002-8919-7916>)⁵

Abstract *In 2019, unprecedentedly among the official statistical institutes worldwide, the IBGE included a particular module on evaluating primary health care in its central population-based population survey, the National Health Survey (PNS-2019). The survey considered the reduced version of the Primary Care Assessment Tool (PCAT), developed and disseminated by Starfield and Shi, to assess the existence and extent of the structure and process characteristics of PHC services. It is the most significant probabilistic sample using this instrument ever conducted in a single country in the world that interviewed users aged 18 or over (n=9,677). The results of the Brazilian overall PCAT scores (5.9 [5.8; 5.9]) point to significant regional and intraregional contrasts, with the South of the country standing out with the best evaluations of primary care services (overall score = 6.3 [6.2; 6.5]) and the North with the worse (overall score = 5,5 [5,3; 5,7]). There were also statistically significant and more favorable differences between residents of households registered by family health teams, among older adults, and those using health services the most (adults with reported morbidities).*

Key words *Primary health care, Health assessment, Household surveys, PCAT, Brazil*

Resumo *Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de forma inédita entre os institutos oficiais de estatística em todo o mundo, incluiu um módulo especial sobre avaliação da atenção primária à saúde em seu principal inquérito populacional de base domiciliar, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). O inquérito considerou a versão reduzida do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), desenvolvida e disseminada por Starfield e Shi para avaliar a existência e extensão das características de estrutura e processos dos serviços de atenção primária em saúde. Trata-se da maior amostra probabilística com o uso desse instrumento já realizada em um único país do mundo que entrevistou usuários com 18 anos ou mais (n = 9.677). Os resultados dos escores gerais do PCAT do Brasil (5,9 [5,8; 5,9]) apontam grandes contrastes regionais e intraregionais, com a região Sul do país destacando-se com as melhores avaliações dos serviços de atenção primária (escore geral = 6,3 [6,2; 6,5]) e a região norte, por outro lado, com as menores (escore geral = 5,5 [5,3; 5,7]). Foram também observadas diferenças estatisticamente significantes e mais favoráveis entre os moradores de domicílios cadastrados pelas equipes de saúde da família, entre os mais idosos e entre que mais utilizam os serviços de saúde (adultos com morbidades referidas).*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Avaliação em saúde, Inquéritos domiciliares, PCAT, Brasil*

¹ Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Laura de Araujo 36 2º andar parte, Cidade Nova, 21250-540. Rio de Janeiro RJ Brasil. felipepinto.rio@medicina.ufrj.br

² Coordenação de Trabalho e Rendimento, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas Rio Grande do Sul Brasil.

⁴ Consultoria Estatística, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre Rio Grande do Sul Brasil.

Introdução

Na década de 1990, a médica e professora Barbara Starfield, por meio de mais de uma centena de estudos elaborados ou revisados na Universidade Johns Hopkins nos Estados Unidos, sistematizou uma definição de Atenção Primária à Saúde (APS), que passou a ser utilizada internacionalmente¹ e, desde então, foi reconhecida pela Associação Mundial de Médicos de Família² e pela própria Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, que publicou em acesso aberto as principais conferências realizadas ao longo de sua carreira de pesquisadora¹.

Para Starfield³: *a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, contemplando a atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordenando o cuidado.*

A partir dessa definição, a autora conceituou quatro funções ou atributos considerados essenciais para as ações e serviços de atenção primária: (1) acessibilidade e utilização do serviço de saúde como primeiro contato e fonte de cuidado para cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências e urgências médicas; (2) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo; (3) integralidade: estabelecimento de uma carteira de serviços disponíveis de atenção primária, de forma a oferecer atenção integral, tanto de caráter biopsicossocial, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; (4) coordenação da atenção: o que pressupõe alguma forma de continuidade de atendimento pelo mesmo profissional, ou por meio de prontuários clínicos, ou de ambos, promovendo a integração dos serviços e do cuidado global do paciente.

Starfield³ acrescenta: *A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.*

Além dos componentes essenciais, Shi et al.⁴ propuseram outras três funções, chamadas “derivadas”, que qualificam as ações dos serviços de APS: (1) atenção à saúde centrada na pessoa e na família (orientação familiar), (2) orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços, (3) competência cultural: adaptação do provedor (equipe e

profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com ela. Na visão desses autores, um serviço desenhado para atender às necessidades da população pode ser considerado como provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação quando também apresenta os atributos derivados. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos ele se torna capaz de prover atenção integral. Essa definição da Atenção Primária à Saúde pode ser uma das formas de guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços na APS. Para medir esses atributos essenciais e derivados, Starfield propôs que se desenhasse um conjunto de perguntas num instrumento intitulado *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*.

A identificação rigorosa da presença e extensão desses atributos é fundamental para definir um serviço como orientado para a Atenção Primária à Saúde. Starfield³ afirma que, ao avaliar a APS, é necessário identificar se tais serviços são orientados pelos seus atributos, uma vez que a presença e melhor pontuação deles promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, provocam impacto sobre o estado de saúde das populações e das pessoas. Tais afirmações vêm sendo corroboradas por outros autores⁵.

O uso do Primary Care Assessment Tool no Brasil e no mundo

Desde que Starfield et al.⁶, Cassady et al.⁷ e Shi et al.⁴ publicaram as suas pesquisas originais apresentando à comunidade científica os instrumentos do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* para a avaliação das ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) nos Estados Unidos, foram realizados centenas de estudos ao longo dos últimos vinte anos em todos os continentes, com versões validadas e adaptadas à realidade de cada país, sendo a África o último continente a utilizá-lo⁸.

Em comum, os pesquisadores pioneiros foram liderados pelos professores Barbara Starfield e Leiyu Shi da *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*. A instituição americana passou então a disseminar diversos estudos com o uso dessa ferramenta em seu site institucional¹, servindo, portanto, como o principal repositório digital para gestores, pesquisadores e estudan-

tes. Desde então, Starfield passou a influenciar e apoiar diversos estudos na América Norte e América Latina^{9,10} e posteriormente, em menor escala, na Europa. Recentemente, Shi vem desenvolvendo vários estudos com o uso do instrumento, em países da Ásia com pesquisadores locais¹¹⁻¹⁶.

No Brasil, uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), coordenada pelo professor Erno Harzheim e com ajuda da professora Barbara Starfield¹⁷, validou a versão oficial do instrumento para usuários crianças (de 0 a 12 anos) no ano de 2006, utilizando a mesma escala *Likert* do instrumento original, a saber: “com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não” e “com certeza não”. Posteriormente, essa equipe apoiou o Ministério da Saúde na elaboração do Manual de Avaliação da APS utilizando o PCATool¹⁸.

Em 2020, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) / Ministério da Saúde publicou um manual¹⁹ com uma versão atualizada do conjunto de instrumentos que compõem a chamada “família PCATool”, com incorporação de versões inéditas e atualização pontualmente da redação de alguns itens. Com isso, as versões reduzidas do questionário, tanto para usuários adultos quanto para crianças, passaram a figurar no elenco de questionários, além das versões “usuário adulto” e “profissional de saúde” para saúde bucal. Para adaptá-los à realidade brasileira, cada versão original foi transformada em ferramenta aplicável por entrevistadores e passou por um processo de tradução, *debriefing*, adaptação e validação, caracterizado pela aplicação de métodos estatísticos que possibilitam tornar conhecidas as medidas de validade e fidedignidade do instrumento.

A essa institucionalização pelo Ministério da Saúde do Brasil de uma metodologia de avaliação dos serviços de atenção primária à saúde, seguiu-se outra muito importante. Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com apoio técnico e financeiro da própria Secretaria de Atenção Primária a Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS), substituiu o antigo módulo da PNS-2013 e incluiu a versão reduzida para usuários adultos do PCATool²⁰.

O objetivo central desse artigo é comparar os resultados obtidos pelo IBGE na avaliação dos usuários adultos dos serviços de atenção primária à saúde entre as regiões do País no Sistema Único de Saúde (SUS).

Material e Métodos

A PNS 2019 / IBGE é o maior inquérito populacional brasileiro de base domiciliar na área da saúde realizado com plano de amostragem probabilística por conglomerados. Possui multipropósitos e investiga, em seus módulos, diversos domínios da atenção à saúde no país. Do total de 88.531 adultos com 18 anos elegíveis para responder ao Módulo H (específico para APS e que usou a versão reduzida do PCAT), obteve-se um total de 9.677 adultos respondendo ao instrumento de avaliação da APS (PCATool-Brasil) (Figura 1 e Tabela 1). Optamos por apresentar as estimativas juntamente com os respectivos intervalos de 95% de confiança, com um nível de significância de 5%.

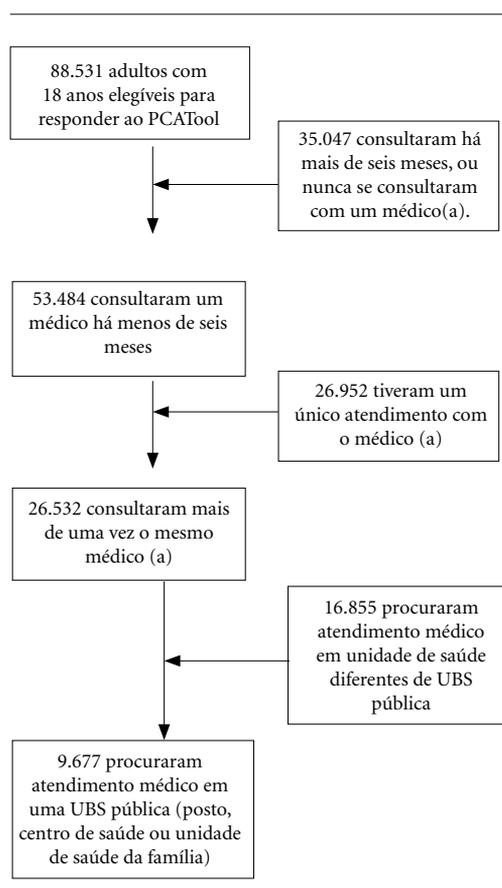


Figura 1. Fluxograma com a amostra realizada de adultos com 18 anos ou mais que responderam ao questionário do PCAT (“Módulo H”) - Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Brasil, 2019.

Tabela 1. Distribuição da amostra realizada e população-expandida no Módulo H da Pesquisa Nacional de Saúde Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Capitais – 2019.

Unidades da Federação (UF) e Grandes Regiões	Total da UF		Capitais	
	Amostra realizada (*)	População expandida	Amostra realizada (*)	População expandida
Rondônia	164	94.819	78	28.620
Acre	196	51.674	91	21.350
Amazonas	339	274.781	152	139.724
Roraima	194	29.542	104	19.289
Pará	322	506.264	75	90.898
Amapá	93	36.249	51	20.306
Tocantins	278	178.894	50	20.347
Região Norte	1.586	1.172.221	601	340.534
Maranhão	392	373.547	50	46.895
Piauí	372	356.681	115	81.762
Ceará	515	722.079	54	103.695
Rio Grande do Norte	409	367.094	89	56.235
Paraíba	388	350.981	142	72.573
Pernambuco	424	700.061	115	142.982
Alagoas	427	338.587	139	82.328
Sergipe	296	196.994	87	43.084
Bahia	420	1.463.675	71	121.724
Região Nordeste	3.643	4.869.701	862	751.278
Minas Gerais	638	2.036.536	189	237.559
Espírito Santo	364	308.008	129	38.183
Rio de Janeiro	331	818.908	79	196.022
São Paulo	727	3.933.558	309	1.097.418
Região Sudeste	2.060	7.097.010	706	1.569.182
Paraná	535	1.116.811	112	166.419
Santa Catarina	513	815.700	69	33.995
Rio Grande do Sul	460	1.128.737	78	88.217
Região Sul	1.508	3.061.248	259	288.631
Mato Grosso do Sul	272	214.242	100	51.786
Mato Grosso	231	290.933	61	25.816
Goias	222	408.039	58	65.458
Distrito Federal	155	147.161	155	147.161
Região Centro-Oeste	880	1.060.375	374	290.221
Brasil	9.677	17.260.556	2.802	3.239.846

(*) A amostra realizada no Módulo H corresponde a pessoas de 18 anos ou mais selecionadas em cada domicílio e que atenderam aos seguintes filtros de resposta: 1-consulta médica nos últimos seis meses ($H1 \leq 3$), 2-pelo menos duas consultas com o mesmo médico ($H2=2$), procurou atendimento médico em unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) ($H4=1$).

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

Critérios de elegibilidade para o PCAT na PNS-2019

Na PNS-2019, as perguntas iniciais “H1”, “H2”, “H4” contém os critérios de elegibilidade para início das respostas ao instrumento propriamente dito. São elas: *H1. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou com um(a) médico(a)?* (seguem

apenas aqueles que tiveram consulta há menos de seis meses); *H2. Essa consulta foi o seu primeiro atendimento com esse(a) médico?* (seguem respondendo apenas aqueles que disserem “não”); *H4. Onde procurou o atendimento médico por este motivo?* (seguem respondendo apenas aqueles que disserem *unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)*”

Dessa forma, assegura-se que só irão responder e avaliar os serviços aquelas pessoas que, de certa forma, possuem algum vínculo com uma unidade de atenção primária à saúde no SUS, isto é, pessoas que consultaram mais de uma vez o mesmo médico nos seis meses anteriores à data da entrevista. A opção feita no inquérito do IBGE foi de considerar na sequência das questões de elegibilidade, apenas as pessoas que acessaram os serviços de atenção primária no SUS. Contudo, sabe-se que ao longo da última década, também a saúde suplementar no Brasil vem tentando implementar modelos de atenção à saúde com base nos atributos da APS e considerando, no processo de trabalho, equipes multiprofissionais para o cuidado em saúde.

O que mede o escore geral do PCAT?

O Módulo H da PNS-2019 contempla o instrumento de avaliação da atenção primária à saúde para usuários adultos em versão reduzida, adaptado a partir das versões publicadas pelo Ministério da Saúde^{18,19}. Nele, as respostas de cada pergunta à escala de Likert (valores de 1 a 4) são transformadas em uma nota (escore) de 0 a 10. Este escore indica a maior ou menor presença e extensão dos atributos no serviço em avaliação, podendo ser classificado em “alto” quando maior ou igual a 6,6 e “baixo” se menor que 6,6. Isto é, o padrão mínimo desejável para cada atributo (na versão completa do instrumento) ou para o conjunto de atributos (na versão reduzida do questionário) deve ser igual ou superior a uma nota de 6,6. Destaca-se que, conforme a metodologia na versão reduzida, é permitido exclusivamente o cálculo do escore geral do PCAT.

Plano de análise

Nesse artigo foi selecionado um conjunto de variáveis disponível na PNS 2019 que permite regional e local quanto ao escore geral do PCAT (nota de 0 a 10), segundo: (1) sexo, (2) faixa etária, (3) raça/cor, (4) faixas de rendimento domiciliar per capita, (5) estado conjugal, (6) comorbidades selecionadas (hipertensão arterial, diabetes, doença do coração, asma, depressão, doença crônica no pulmão). Também é possível cotejar os escores gerais, estratificando os domicílios cadastrados x não cadastrados pelas Equipes de Saúde da Família; e aqueles que receberam x não receberam visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde (ACS) ou pelos agentes de combate a endemias (ACE) nos últimos 12 meses.

Resultados

Optou-se por dividir a apresentação dos resultados em duas partes. Na primeira, traça-se o perfil da população adulta elegível que respondeu ao Módulo H da PNS-2019. Na segunda parte são analisados os resultados dos escores gerais obtidos pela metodologia do PCAT.

Perfil dos adultos que utilizam regularmente os serviços de atenção primária no SUS

O estudo contou com uma amostra de 9.677 participantes que representam uma população expandida de 17.260.556 adultos. Todas as capitais foram incluídas e a amostra final é representativa para todas as regiões do país. Desse total de adultos que acessaram os serviços com regularidade, 41,1% o fizeram na Região 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).

No que tange à autodeclaração de cor ou raça, 60,9% das pessoas afirmaram ser pardas ou pretas e 38,0% referiram ser brancas. Para pessoas autodeclaradas com cor ou raça parda/preta, 85,9% moravam na Região Norte, 79,7% na Região Nordeste, 56,3% na Região Sudeste, 29,7% na Região Sul e 67,9% na Região Centro-Oeste. Essa foi a variável do perfil sociodemográfico com diferenças mais evidentes entre as regiões do País.

O pagamento de um plano de saúde nessa subpopulação de pessoas que responderam ao Módulo H é bem inferior ao observado na população-residente em geral, isto é, apenas 5,6% declararam ter um plano privado de assistência à saúde, enquanto no segundo caso, 28,5%.

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 depen-

dência 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 3,0% 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% doença do coração e 5,9% asma (Tabela 2).

Escores gerais do PCAT estimados

O resultado do escore geral do PCAT no Brasil foi 5,9 [5,8; 5,9]. Na perspectiva regional e intraregional os resultados apontam importantes contrastes. A região Sul do país se destaca como a que apresenta melhores avaliações dos serviços de atenção primária (escore geral = 6,3 [6,2;

6,5]) e a região norte, no outro lado com as piores (escore geral = 5,5 [5,3; 5,7]) (Figura 2).

Quando são cotejadas as variáveis sociodemográficas, econômicas e de morbidade referida, o retrato traçado pela PNS-2019 para o escore geral do PCAT aponta semelhanças e diferenças. Não há diferença estatisticamente significativa entre os escores de homens (5,9) e mulheres (5,8); adultos de cor branca (5,9) ou parda/preta (5,9), ter/não ter cônjuge (5,9); ter/não ter plano de saúde (5,9); ocupado no mercado de trabalho (5,8)/não ocupado (5,9).

Para a faixa etária, quanto maior a idade da pessoa, melhor foi a avaliação dos serviços de APS, isto é, para o grupo entre 18 a 39 anos, o escore foi de 5,6; para 40 a 59 anos (5,9) e para os idosos com 60 anos ou mais (6,1). Para o rendimento domiciliar *per capita*, a faixa intermediária

Tabela 2. Perfil sociodemográfico, aspectos do mercado de trabalho e escore geral do PCAT para adultos de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da atenção primária à saúde nos últimos seis meses antes da data da entrevista - Brasil, 2019 (N = 17.260.557).

Características	Total (Amostra PCAT)	% coluna	(%) Lim inf IC	(%) Lim sup IC	Escore geral PCAT	IC
Região geográfica*						
Norte	1.172.221	6,8%	[6,5%;	7,1%]	5,5	[5,3; 5,7]
Nordeste	4.869.701	28,2%	[27,7%;	28,7%]	5,8	[5,6; 5,9]
Sudeste	7.097.010	41,1%	[39,6%;	42,5%]	5,8	[5,7; 6,0]
Sul	3.061.248	17,7%	[17,0%;	18,4%]	6,3	[6,2; 6,5]
Centro-Oeste	1.060.375	6,1%	[5,7%;	6,5%]	5,8	[5,6; 6,0]
Sexo						
Masculino	5.203.907	30,1%	[29,3%;	30,9%]	5,9	[5,8; 6,0]
Feminino	12.056.650	69,9%	[69,5%;	70,1%]	5,8	[5,8; 5,9]
Faixa etária*						
18 a 39 anos	5.627.197	32,6%	[31,7%;	33,5%]	5,6	[5,5; 5,8]
40 a 59 anos	6.176.806	35,8%	[35,0%;	36,5%]	5,9	[5,7; 6,0]
60 anos ou mais	5.456.554	31,6%	[30,8%;	32,4%]	6,1	[6,0; 6,2]
Cor ou raça						
Branca	6.554.888	38,0%	[36,9%;	38,9%]	5,9	[5,7; 6,0]
Preta/parda	10.514.155	60,9%	[60,4%;	61,4%]	5,9	[5,8; 6,0]
Situação conjugal						
Tem cônjuge	11.221.591	65,0%	[64,6%;	65,4%]	5,9	[5,8; 6,0]
Não tem cônjuge	6.038.966	35,0%	[34,1%;	35,8%]	5,9	[5,8; 6,0]
Tem plano de saúde ?						
Sim	968.387	5,6%	[4,8%;	6,4%]	5,9	[5,5; 6,2]
Não	16.292.169	94,4%	[94,3%;	94,5%]	5,9	[5,8; 5,9]
Condição de ocupação						
Ocupado	7.969.308	46,2%	[45,5%;	46,8%]	5,8	[5,7; 5,9]
Não ocupado	9.291.248	53,8%	[53,1%;	54,5%]	5,9	[5,8; 6,0]

continua

Tabela 2. Perfil sociodemográfico, aspectos do mercado de trabalho e escore geral do PCAT para adultos de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da atenção primária à saúde nos últimos seis meses antes da data da entrevista - Brasil, 2019 (N = 17.260.557).

Características	Total (Amostra PCAT)	% coluna	(%) Lim inf IC	(%) Lim sup IC	Escore geral PCAT	IC
Faixas de rendimento domiciliar per capita*						
Até um salário-mínimo	11.172.146	64,7%	[64,2%;	65,3%]	5,8	[5,7; 5,9]
Mais de um e menos de três salários	5.578.185	32,3%	[31,3%;	33,2%]	6,0	[5,9; 6,2]
Mais de três salários-mínimos	510.225	3,0%	[2,5%	3,4%]	5,8	[5,4; 6,2]
Morbidade referida						
Hipertensão arterial sistêmica*						
Sim	6.765.463	39,2%	[38,4%	40,0%]	6,2	[6,1; 6,3]
Não	10.495.093	60,8%	[60,2%	61,4%]	5,7	[5,6; 5,8]
Diabetes mellitus*						
Sim	2.742.081	15,9%	[15,0%	16,7%]	6,3	[6,1; 6,4]
Não	14.518.475	84,1%	[83,9%	84,3%]	5,8	[5,7; 5,9]
Depressão*						
Sim	2.647.281	15,3%	[14,3%	16,3%]	6,1	[5,9; 6,2]
Não	14.613.276	84,7%	[84,4%	84,9%]	5,8	[5,8; 5,9]
Doença do coração*						
Sim	1.359.166	7,9%	[7,2%	8,5%]	6,4	[6,1; 6,6]
Não	15.901.390	92,1%	[92,1%	92,2%]	5,8	[5,7; 5,9]
Asma						
Sim	1.010.602	5,9%	[5,0%	6,6%]	6,0	[5,7; 6,3]
Não	16.249.954	94,1%	[94,0%	94,3%]	5,9	[5,8; 5,9]

Nota 1: A tabela considera a seguinte subpopulação: adultos com 18 anos ou mais de idade que procuraram uma UBS (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família) nos últimos seis meses para uma consulta médica, e essa foi pelo menos uma 2ª consulta com o mesmo médico(a). Essa é o conceito utilizado no Módulo H da PNS-2019 que define o critério de elegibilidade para a resposta ao referido Módulo, que contém o instrumento validado nacional e internacionalmente intitulado "Primary Care Assessment Tool" (PCAT)¹⁹.

Nota 2: Os escores variam de 0 a 10. Um escore $\geq 6,6$ é considerado pela metodologia do instrumento PCAT como um valor mínimo de qualidade para se avaliar os serviços de atenção primária na perspectiva do usuário adulto.

Nota 3: A morbidade referida na PNS-2019 considerou a resposta à pergunta "algum médico(a) já lhe deu o diagnóstico de..."

(*) Variáveis com diferenças estatisticamente significantes ao nível de 0,05.

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

(mais de um salário-mínimo a três salários-mínimos) apresentou estimativa superior (6,0), quando comparadas as demais (5,8) (Tabela 3). E, por fim, quanto à morbidade referida, as pessoas com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, depressão, doença do coração avaliaram de forma mais positiva os serviços do que as que apresentaram ausência dessas morbidades (Figura 2).

Ao observar escores gerais do PCAT, estratificando os domicílios cadastrados x não cadastrados pelas Equipes de Saúde da Família, os primeiros foram melhores avaliados. E, ainda, os resultados apontam diferenças estatisticamente significantes entre aqueles que são acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família e recebe-

ram visita domiciliar de um ACS ou membro da equipe (6,1 [6,0 – 6,2]) e aqueles que não receberam a visita (5,7 [5,5 – 5,8]). Comportamento semelhante ocorre quando se cotejam os que agentes de controle de endemias visitaram em seus domicílios: os escores também foram superiores (6,0 [5,9 – 6,1]), quando se observam os que não foram visitados (5,6 [5,4 – 5,7]) (Figura 3).

Por fim, a PNS-2019 também permite comparar entre as unidades da federação, o percentual de domicílios brasileiros cadastrados pelas eSF com o desempenho obtido no escore geral do PCAT. Questiona-se se maior cobertura populacional de atenção primária pelas eSF (variável independente), pode também conduzir a um maior escore geral (variável dependente). Os re-

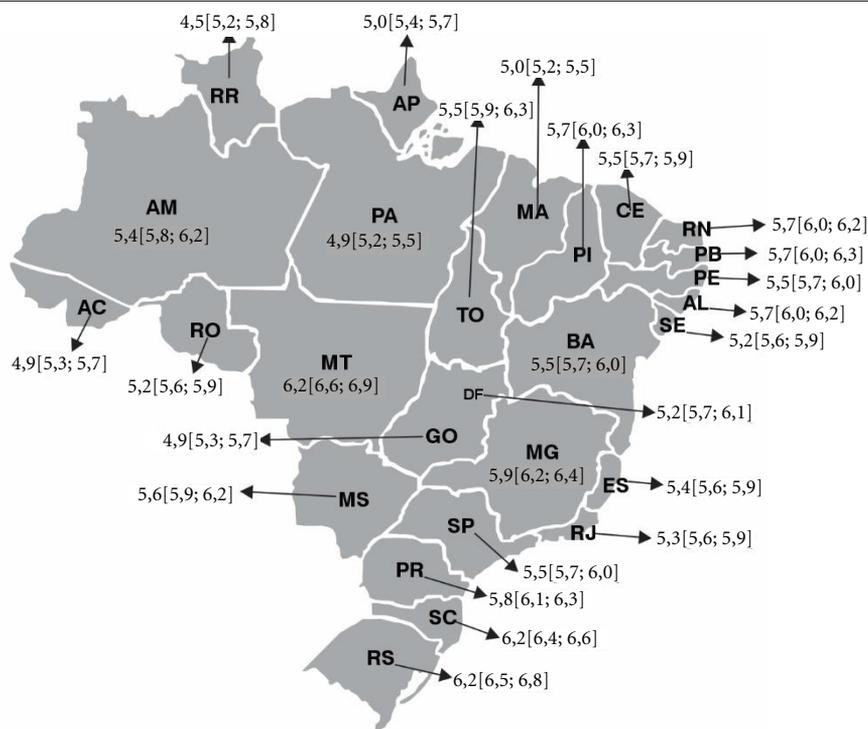


Figura 2. Escores gerais do PCAT - Brasil, 2019.

Nota 1: O escore geral do PCAT para o Brasil foi de 5,9 [5,8; 5,9]; região Norte 5,5 [5,3; 5,7]; região Nordeste 5,8 [5,6; 5,9]; região Sudeste 5,8 [5,7; 6,0]; região Sul 6,3 [6,2; 6,5]; região Centro-Oeste 5,8 [5,6; 6,0].

Nota 2: Os escores variam de 0 a 10. Um escore $\geq 6,6$ é considerado pela metodologia do instrumento PCAT como um valor mínimo de qualidade para se avaliar os serviços de atenção primária na perspectiva do usuário adulto.

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

sultados trazem evidências da existência de dois grupos de UF distintos, separados pela reta de regressão em que se considerou como “fixa” a cobertura domiciliar populacional de eSF (Figura 4). Três estados se destacam fora dessa tendência, com escores totais acima de 6,3: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso.

Discussão

Que seja do conhecimento dos autores, o IBGE é, dentre os institutos oficiais de estatística em todo o mundo, o que realizou a maior avaliação da história do uso do PCAT, com base em amostras aleatórias por conglomerados de base domiciliar em todas as unidades da federação do país. Inaugurou com isso, o que se pode considerar como “estudos de linha de base” para avaliação dos serviços de APS na perspectiva dos usuários adultos

com metodologia científica robusta e comparável internacionalmente.

Chama-nos atenção tanto os valores absolutos dos escores obtidos em cada estado, assim como no Brasil como um todo. Além de haver diferenças regionais importantes, há claramente uma insuficiência de escores, demonstrando a necessidade de qualificar melhor a APS brasileira no SUS. O fato de as equipes de Saúde da Família apresentarem escores superiores às Unidades Básicas de Saúde tradicionais mostra o acerto brasileiro em apostar na ESF como forma de qualificação da APS. Entretanto, o momento sanitário, a introdução de novas tecnologias de informação e cuidado, assim como as mudanças de financiamento da APS brasileira levadas a cabo em 2019²¹ exigem que maior ênfase em acesso, qualidade e valor em saúde²² sejam tomadas pelos três níveis de gestão, a fim de oferecer à parte mais vulnerável da população brasileira serviços com maior

Tabela 3. Distribuição da população elegível de adultos de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço de atenção primária à saúde nos últimos seis meses antes da data da entrevista, escores gerais do PCAT segundo características selecionadas - Brasil e Grandes Regiões, 2019.

Características socio-demográficas e morbidade	Descrição	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
		(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)
Sexo	Masculino	30,15	5,92 [5,80-6,04]	29,61	5,58 [5,33-5,83]	27,48	5,91 [5,70-6,11]	30,41	5,80 [5,57-6,02]	33,91	6,36 [6,14-6,59]	30,42	5,73 [5,39-6,07]
	Feminino	69,85	5,84 [5,76-5,93]	70,39	5,45 [5,24-5,66]	72,52	5,7 [5,58-5,82]	69,59	5,84 [5,67-6,01]	66,09	6,28 [6,10-6,46]	69,58	5,84 [5,61-6,07]
Faixa etária	Até 39 anos	32,60	5,62 [5,50-5,75]	46,53	5,24 [4,99-5,50]	37,83	5,49 [5,32-5,67]	28,69	5,71 [5,44-5,97]	26,93	5,97 [5,68-6,27]	35,77	5,61 [5,31-5,91]
	40 a 59 anos	35,79	5,86 [5,73-5,99]	31,60	5,50 [5,26-5,73]	35,77	5,80 [5,64-5,96]	35,87	5,77 [5,49-6,04]	37,15	6,27 [6,06-6,48]	35,95	5,97 [5,62-6,32]
	60 anos ou mais	31,61	6,12 [6,01-6,23]	21,87	5,99 [5,75-6,23]	26,40	6,07 [5,87-6,27]	35,44	5,99 [5,78-6,19]	35,92	6,6 [6,41-6,78]	28,28	5,85 [5,53-6,17]
Raça/cor	Branca	37,98	5,87 [5,75-5,99]	12,82	5,31 [4,76-5,86]	19,05	5,94 [5,69-6,18]	42,66	5,57 [5,36-5,77]	69,31	6,32 [6,14-6,51]	30,86	5,78 [5,43-6,14]
	Parda/preta	60,91	5,86 [5,77-5,95]	85,88	5,51 [5,34-5,68]	79,66	5,7 [5,59-5,82]	56,33	6,01 [5,82-6,21]	29,72	6,25 [6,03-6,47]	67,93	5,82 [5,59-6,06]
Estado conjugal	Tem cônjuge	65,01	5,86 [5,77-5,96]	68,09	5,42 [5,23-5,61]	65,68	5,73 [5,60-5,85]	62,21	5,86 [5,67-6,05]	70,70	6,26 [6,08-6,44]	60,95	5,83 [5,58-6,08]
	Não ocupado (*)	53,83	5,91 [5,81-6,00]	53,26	5,46 [5,23-5,69]	58,84	5,74 [5,60-5,87]	51,73	5,89 [5,7-6,08]	52,94	6,38 [6,19-6,57]	48,08	5,97 [5,71-6,23]
Faixa de rendimento domiciliar per capita	Até um S.M. (**)	64,73	5,8 [5,71-5,88]	81,72	5,45 [5,26-5,63]	86,36	5,73 [5,61-5,85]	54,53	5,81 [5,62-6,00]	49,02	6,18 [5,98-6,39]	60,28	5,73 [5,49-5,97]
Posse de plano de saúde médico	Não possui	94,39	5,86 [5,79-5,94]	97,14	5,49 [5,32-5,66]	97,73	5,73 [5,62-5,84]	92,85	5,85 [5,7-6,00]	91,01	6,3 [6,16-6,45]	96,08	5,81 [5,60-6,01]
Hipertensão arterial	Sim	39,20	6,19 [6,08-6,29]	27,88	5,99 [5,76-6,22]	36,47	6,17 [6,00-6,34]	43,15	6,02 [5,84-6,21]	38,61	6,66 [6,45-6,88]	39,41	6,24 [5,90-6,57]
Diabetes	Sim	15,89	6,25 [6,08-6,43]	12,51	5,97 [5,62-6,33]	14,18	6,22 [5,91-6,52]	17,84	6,21 [5,91-6,52]	15,61	6,62 [6,31-6,93]	15,23	5,9 [5,42-6,38]

continua

Tabela 3. Distribuição da população elegível de adultos de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço de atenção primária à saúde nos últimos seis meses antes da data da entrevista, escores gerais do PCAT segundo características selecionadas - Brasil e Grandes Regiões, 2019.

Características socio-demográficas e morbidade	Descrição	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
		(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)	(%)	Escore PCAT (IC)
Doença do coração	Sim	7,87	6,35 [6,11-6,60]	4,64	5,75 [5,21-6,28]	4,95	6,37 [5,74-7,00]	9,28	6,33 [5,94-6,73]	10,59	6,55 [6,16-6,94]	7,62	6,09 [5,57-6,60]
Asma	Sim	5,85	5,99 [5,72-6,26]	5,20	5,55 [4,99-6,11]	3,57	5,78 [5,33-6,23]	6,75	6,03 [5,57-6,49]	7,77	6,25 [5,71-6,80]	5,56	5,62 [5,06-6,18]
Depressão	Sim	15,34	6,05 [5,86-6,24]	7,15	5,76 [5,32-6,2]	9,87	5,79 [5,47-6,12]	17,25	5,89 [5,55-6,23]	22,67	6,59 [6,34-6,84]	15,53	5,82 [5,31-6,34]

Legenda: IC = intervalo de 95% de confiança para as estimativas dos escores gerais do Primary Care Assessment Tool (PCAT).

(*) A população não ocupada é formada pelas pessoas que não têm trabalho, mas estão dispostas a trabalhar, e que, para isso, tomam alguma providência efetiva (consultando pessoas, jornais, outras mídias etc.) (**) S.M = salário-mínimo.

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

presença dos atributos da APS. Os dados apresentados demonstram que a APS no SUS cumpriu seu papel de incluir os mais vulneráveis no sistema de saúde, mas ainda necessita desenvolver mais fortemente os atributos e características que a fortaleçam para que cumpra seu objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população.

O PCAT é um instrumento a serviço da APS utilizado em várias localidades de vários países, com propriedades psicométricas avaliadas. Isso confere ao PCAT uma vantajosa característica de comparabilidade internacional²³.

Não existem estudos com tamanha abrangência publicados na literatura científica consultada pelos autores até o momento, que possam subsidiar comparações ou análises temporais. Na região da Catalunha na Espanha foi proposto um estudo de base populacional com metodologia estatística semelhante em uma versão chamada de “supercurta” do instrumento, intitulada “PCAT-A10”²⁴ para pessoas maiores de 14 anos.

Na perspectiva do uso do instrumento para monitoramento dos serviços de APS, o PCAT vem sendo utilizado por um grupo de pesquisadores canadenses da Universidade de Alberta que publicou um estudo de painéis repetidos acompanhando adultos nos mesmos serviços de saúde ao longo de 10 anos na cidade de Alberta²⁵.

O Brasil foi um dos primeiros países a adaptar e avaliar as propriedades psicométricas do PCAT no mundo, logo após dos EUA (país de origem do instrumento) e Canadá. Os estudos brasileiros, que utilizaram o PCAT, apontam para alta heterogeneidade dos serviços, um escore geral com amplitude de valores: 3,66 em Ilhéus a 7,01 no Rio de Janeiro. O mesmo pode ser observado quanto aos escores essenciais, valores de alta amplitude que variaram entre 3,86, na cidade de Ilhéus, na Bahia, a 7,37 no município do Rio de Janeiro²³. Dentre as capitais brasileiras estudos anteriores que utilizaram PCATool no Brasil encontraram resultados próximos aos apresentados na PNS 2019: Belo Horizonte 2014 (Escore essencial: 5,88, escore geral: 5,94); Curitiba 2013 (Escore essencial: 5,75, escore geral: 5,12); Rio de Janeiro 2015 (Escore essencial: 5,93, escore geral: 5,73); Porto Alegre 2013 (Escore essencial: 5,41, escore geral: 5,22), Florianópolis 2012 (Escore essencial: 6,6, escore geral: 6,4)^{9,26-29}.

O resultado do escore geral do PCAT no Brasil (5,8; 5,9), foi menor do que o encontrado em estudos internacionais como em Montevideu (7,51/6,93), Seul e região metropolitana (7,63/7,45), Departamento de Santander na

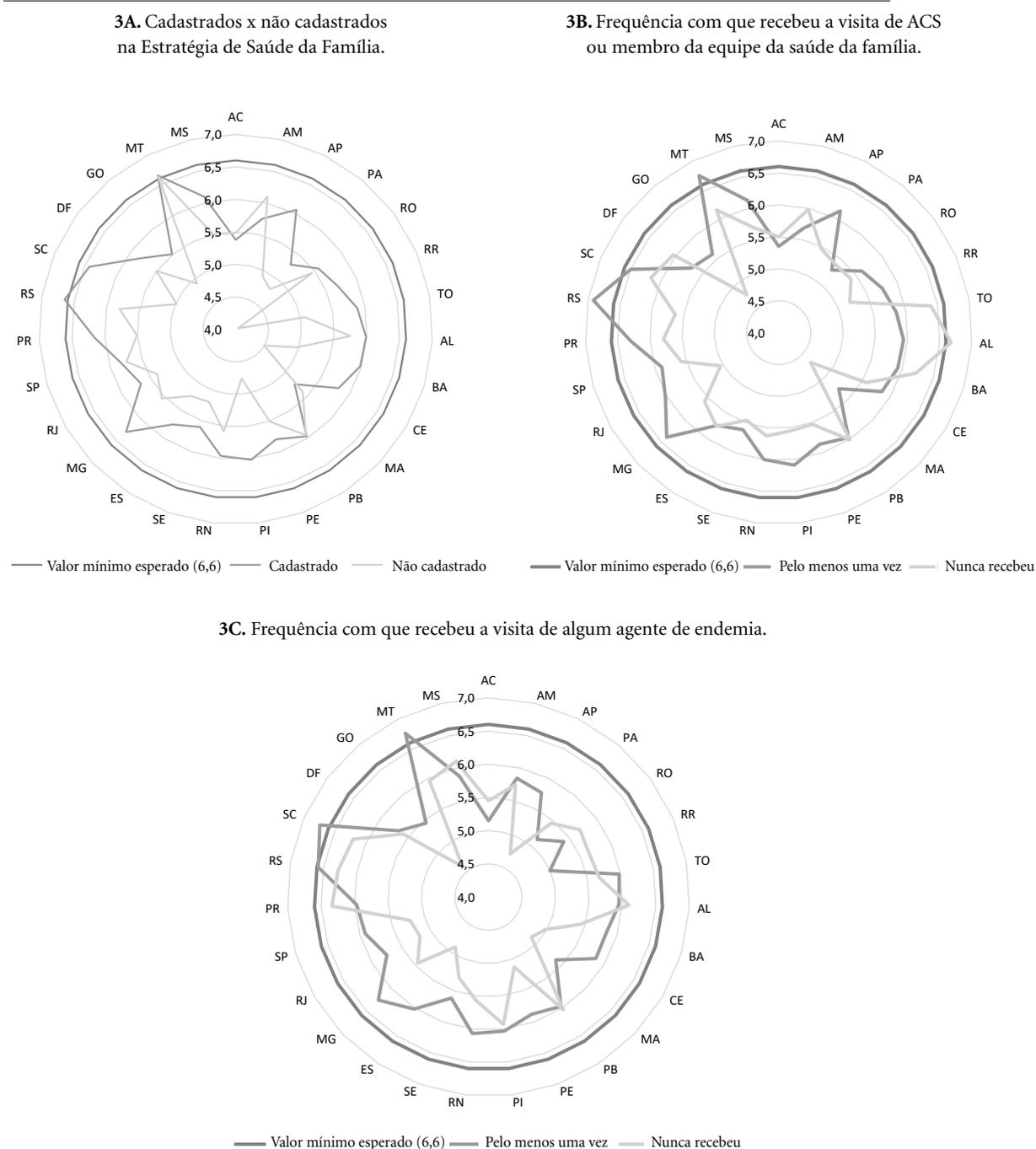


Figura 3. Escores gerais do PCAT segundo condição da ocupação, cadastramento na Estratégia de Saúde da Família, frequência com que recebeu a visita domiciliar – Brasil, Unidades da Federação, 2019.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2019.

Colômbia (7,84/6,99), Shigats e Linzi no Tibete (7,36/7,41), Columbia nos EUA (6,99/6,63) e África do Sul 6,62^{8,12,30-31}.

Um aspecto que se destaca em nossos resultados é o escore geral do PCAT abaixo dos padrões considerados de excelência (ponto de corte: \geq

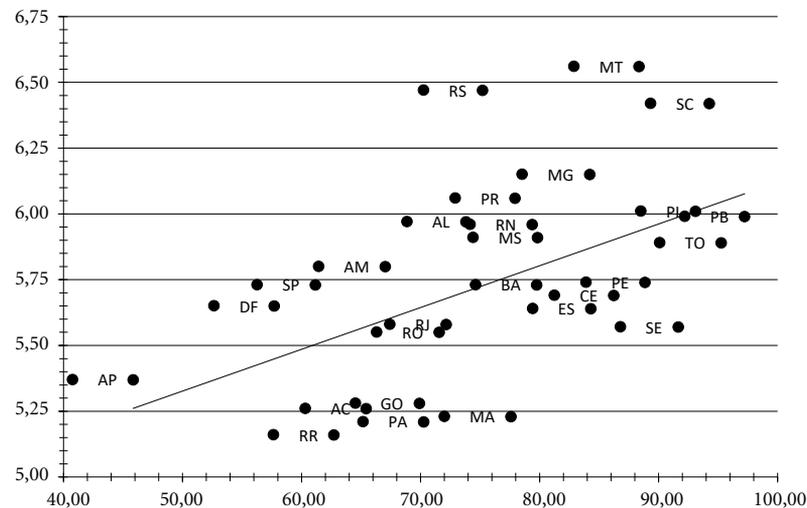


Figura 4. Relação entre a proporção de domicílios cadastrados pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e o escore geral do PCAT Brasil - Unidades da Federação, 2019.

Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados do IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2019.

6,6) em todas as regiões do país. Isto reflete a heterogeneidade dos serviços de APS, principalmente a ESF, que apesar de terem impulsionado uma melhora em diversos indicadores ao longo das últimas décadas, com contribuição inegável na área de saúde materno-infantil, ainda necessita avançar na qualidade do cuidado das doenças crônicas, visto a rápida transição demográfica pela qual temos passado. Para alcançarmos tais resultados é fundamental que haja mudanças no formato de financiamento das equipes de APS/ESF, protagonismo maior da telessaúde na coordenação do cuidado e acesso das pessoas aos serviços, assim como indicadores claros e mensuráveis, com avaliação periódica de gestores nos três níveis da federação³².

Limitações do Estudo

Se considerarmos a tríade clássica da avaliação em saúde (“avaliação de estrutura-processos-resultados”), o PCAT mede atributos nas dimensões de estrutura e processo. Todavia, é possível utilizar essa tríade, em uma perspectiva quantitativa comparada. A identificação empírica dos atributos da APS permite verificar a associação entre estes e indicadores de resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da popula-

ção. Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidencia-se, nacional e internacionalmente, crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão desses atributos.

Uma das limitações da PNS 2019 refere-se ao tamanho das amostras para as estimativas das capitais do País. Em se tratando do módulo H, uma adaptação possível seria ampliar o tempo de referência de uma das perguntas de elegibilidade, passando a arguir o morador sobre “consulta médica nos últimos 12 meses”, ao invés dos últimos seis meses.

Recomendações

Os autores do presente artigo sugerem recomendações para a Pesquisa Nacional de Saúde. A primeira é quanto ao tamanho do questionário da PNS. A escolha das questões que compõem um instrumento de pesquisa é fruto de intenso debate entre o IBGE e pesquisadores da área da saúde pública. Essa troca entre gestores e acadêmicos gera um questionário possível e viável para ser aplicado em base domiciliar. Contudo, com o passar das décadas, desde o primeiro suplemento especial da saúde na então PNAD 1998, observa-

se que chegou o momento de uma revisão geral da PNS, retirando-se questões que produzem estimativas com elevados coeficientes de variação e que, portanto, só podem ser divulgadas para o total do país. Isso pode abrir espaço para complementar a mensuração e avaliação da atenção primária à saúde no Brasil, que como se observou, tem papel estruturante na saúde pública de cada país e ainda mais, em tempos de pandemia. Deve-se lembrar que é nesse nível de atenção à saúde que são desenvolvidas as ações de imunização nos sistemas de saúde universais. Com isso, propõe-se que um dos fatores que restringe os resultados da PNS 2019 para a APS possa ser solucionado. Ele se refere ao uso da versão reduzida do PCAT que permite apenas o cálculo do escore geral do instrumento, isto é, seguindo-se a metodologia preconizada, não é possível obter os escores específicos de cada um dos atributos essenciais e derivados preconizados por Starfield e Shi (fundamentais para se ter uma linha de base da APS brasileira). Pensando no papel de maior avaliador externo das políticas públicas de saúde do Brasil, o IBGE poderia, portanto, incorporar na próxima edição da PNS, a versão completa de usuário adulto do PCAT no Módulo H, passando a chamá-lo de “Atributos da Atenção Primária à Saúde”.

A segunda recomendação é a ampliação do escopo do Módulo H, passando a considerar os “consultórios particulares, clínicas privadas ou ambulatorios de hospitais privados” como uma das possibilidades de resposta nesse Módulo. Afinal, pouco a pouco, também a saúde suplementar começou, na última década, a implementar modelos de atenção à saúde com base nas premissas da medicina de família e comunidade, do trabalho em equipes multiprofissionais, do desenvolvimento de visitas domiciliares e da estratégia de gestão de listas de pacientes por território.

E por fim, uma última recomendação é que o Ministério da Saúde crie um programa de trabalho permanente junto ao IBGE a fim de garantir perenidade no financiamento da PNS e de outros inquéritos de base domiciliar de interesse da saúde, ainda que a coleta de dados possa ser realizada de forma remota, tal como a PNAD COVID-19.

Ressalta-se a necessidade urgente de se ter anualmente, as estimativas populacionais municipais por sexo e faixa etária para que as ações de vigilância em saúde possam considerar os denominadores adequados no cálculo de seus indicadores epidemiológicos. Recentemente, o IBGE em parceria com o Ministério da Saúde desenvolveu uma iniciativa nesse sentido³³.

Considerações finais

Em 2019, o Ministério da Saúde fortaleceu a APS e resgatou o papel institucional do IBGE, desenvolvendo cooperação técnica específica para estabelecer uma linha de base para a avaliação dos serviços de atenção primária à saúde, com metodologia sólida, validada internacionalmente e que, permite a comparação com rigor estatístico das realidades locais do Brasil, no desenvolvimento da principal política pública do SUS.

Deixando de lado um PMAQ que em sua vertente de pesquisa com abordagem quantitativa - na avaliação dos usuários - não possuía representatividade estatística por ter considerado amostras de voluntários respondentes (“amostra de colaboradores”), o Ministério da Saúde inovou em meados de 2019, ao percorrer o caminho mais difícil, de pactuação com o IBGE, e adaptou um dos módulos da PNS, trazendo a APS como um de seus Módulos, a partir de instrumento que, em 2010, o Ministério da Saúde recomendava para avaliação dos serviços de APS.

Por um lado foi um caminho mais árduo trilhado, por outro, nos trouxe o padrão-ouro estatístico para inquéritos de base populacional que tenham por objetivo traçar uma linha de base nacional, regional e estadual para uma das facetas da avaliação em saúde, que é a perspectiva dos usuários. O uso dos métodos e técnicas de amostragem probabilísticas são recomendados pelos institutos de estatística em todo o mundo, dentre outros motivos, por permitir estimar os erros de amostragem presentes em qualquer estudo dessa natureza, e pela força que possuem em sua validade externa (no sentido estatístico) que é a capacidade de generalizar os resultados amostrais para a população em estudo.

Os resultados demonstraram que os governos brasileiros ao longo das últimas décadas acertaram ao manter e aperfeiçoar o modelo de atenção primária à saúde, baseado na Estratégia de Saúde da Família e que a capilaridade de suas ações e intervenções alcançaram e são reconhecidas em todos os cantos do Brasil pelas pessoas cadastradas e acompanhadas nessa estratégia e pelas pessoas com diversas morbidades crônicas, que mais utilizam os serviços do SUS. O resgate do IBGE como maior avaliador externo das ações de saúde do Brasil permitiu a construção de uma linha de base para avaliação dos usuários dos serviços de APS em cada unidade da federação, com rigor e representatividade estatística.

Colaboradores

LF Pinto elaborou a estrutura e o texto inicial do artigo e aprovou a versão final. Todos os demais autores contribuíram na redação e revisão do mesmo.

Referências

1. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Starfield Primary Care Course. *Presentations*, 2020. [cited 2020 Jul 23]. Available from: <http://ocw.jhsph.edu/courses/starfieldcourse/presentations.cfm>
2. WONCA. Global Family Doctor. *The Barbara Starfield collection*, 2020. [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/InternationalIssues/BarbaraStarfield.aspx>
3. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
4. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2):161-175.
5. Kringos DS, Boerma W, Van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(4):686-694.
6. 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):216-226.
7. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105:998-1003.
8. Bresick G, Sayed AR, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N. Adaptation and cross-cultural validation of the United States Primary Care Assessment Tool (expanded version) for use in South Africa, 2015. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2015; 7(1):a783.
9. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, Trindade TG, Berra S, Duncan BB, Starfield B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2013; 8(29):274-284.
10. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC, Starfield B, Harzheim E. Validity and reliability of the Argentine version of the PCAT-AE for the evaluation of primary health care. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(1):30-39.
11. Yang H, Shi L, Lebrun L, Zhou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *Int J Qual Health Care* 2013; 25(1):92-105.
12. Wang W, Shi L, Yin A, Lai Y, Maitland E, Nicholas S. Development and validation of the tibetan primary care assessment tool. *BioMed Res Int* 2014, article ID 308739, 7 pages.
13. Wei X, Li H, Yang N, Wong S, Owolabi O, Xu J, Shi L, Tang J, Li D, Griffiths S. Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. *PLoS ONE* 2015; 10(3):e0121269.
14. We X, Li H, Yang N, Wong S, Chong M, Shi L, Wong M, Xu J, Zhang D, Tang J, Li D, Meng Q, Griffithsa S. Changes in the perceived quality of primary care in Shanghai and Shenzhen, China: a difference-in-difference analysis. *Bulletin of the World Health Organization* 2015; 93(6): 407-416.

15. Hu R, Liao Y, Du Z, Hao Y, Liang H, Shi L. Types of health care facilities and the quality of primary care: a study of characteristics and experiences of Chinese patients in Guangdong Province, China. *BMC Health Serv Res* 2016; 16(335).
16. Feng S, Shi L, Zeng J, Chen W, Ling L. Comparison of primary care experiences in village clinics with different ownership models in Guangdong province, China. *PLoS ONE* 2017; 12(1):e0169241.
17. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1649-1659.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool*. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS; 2010. 80 p.:il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acessado 2020 fev 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS; 2020. 237 p. [acessado 2021 abr 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrumento_avaliacao_atencao_primaria_saude.pdf
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019*. Atenção primária à saúde e informações antropométricas. Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 66p. [acessado 2021 abr 22]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
21. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, Costa LGM, Cunha CRH, Pedebos LA. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1361-1374.
22. Porter ME. What is value in health care? Perspective. *The New England J Med* 2010; 363:26.
23. D'Avila OP, Pinto LFS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):855-865
24. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C, Pasarín MI. Evaluación de la atención primaria, versión modificada del instrumento PCAT-A10. *Atención Primaria* 2021; 53(1):3-11.
25. Moe GC, Moe JES, Bailey AL. Evaluating the implementation of collaborative teams in community family practice using the Primary Care Assessment Tool. *Can Fam Physician* 2019; 65(12):e515-e522.
26. Silva AS. *Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
27. Pieri FM. *A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR* [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.
28. 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: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015. (Relatório Final da Pesquisa PCATool - Rio-2014).
29. Carvalho VCHS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013; 13:605.
30. Berterretche R, Sollazzo A. El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un centro de salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. *Saude Debate* 2012; 36(94):461-472.
31. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Rev Salud Publica* 2013; 15(2):167-179.
32. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Saude Publica* 2020; 44:e4.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *População-residente: estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2020*. Brasília: SVS/Ministério da Saúde; 2020. [acessado 2021 abr 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>

Artigo apresentado em 06/05/2021

Aprovado em 06/05/2021

Versão final apresentada em 08/05/2021

Editores chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

