





Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil

Association between positive assessment of Primary Health Care, sociodemographic characteristics and comorbidities in Brazil

Fernanda Cunha de Carvalho^I , Regina Tomie Ivata Bernal^{II} , Rosangela Durso Perillo^{III} , Deborah Carvalho Malta^{IV} 

RESUMO: *Objetivo:* Descrever a avaliação positiva da atenção primária à saúde (APS) no Brasil na ótica dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas e comorbidades. *Métodos:* Análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, com amostra de 9.562 adultos que responderam ao *primary care assessment tool* (PCATool). Foi testada a associação entre avaliação positiva da APS (escore geral $\geq 6,6$) e características individuais, sendo utilizadas as razões de prevalência (RP) calculadas por meio de regressão de Poisson. *Resultados:* Menos de 40% dos brasileiros avaliaram a APS com escore alto. No que se refere à associação das variáveis sociodemográficas com a avaliação elevada da APS, ajustada por sexo e idade, encontrou-se que a melhor avaliação da APS ocorreu entre mulheres [RPaj 1,10 (intervalo de confiança de 95% — IC95% 1,00–1,21)]; idosos (60 anos ou mais) [RPaj 1,27 (IC95% 1,09–1,48)]; pessoas com renda *per capita* de um a três salários mínimos (SM) [RPaj 1,14 (IC95% 1,03–1,27)] e ≥ 5 SM [RPaj 1,75 (IC95% 1,39–2,21)] quando comparadas com renda até um SM; e moradores das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste em relação à Região Norte. Considerando as variáveis de comorbidades, avaliaram bem a APS indivíduos com hipertensão [RPaj 1,29 (IC95% 1,17–1,43)]; diabetes [RPaj 1,21 (IC95% 1,08–1,36)]; doença cardíaca [RPaj 1,23 (IC95% 1,07–1,41)]; distúrbio osteomuscular [RPaj 1,36 (IC95% 1,10–1,69)]; doença do pulmão [RPaj 1,48 (IC95% 1,13–1,95)] e obesidade [RPaj 1,15 (IC95% 1,03–1,28)] em comparação com pessoas eutróficas. *Conclusão:* Usuários que avaliaram bem a APS são mulheres, idosos, com prevalências elevadas de doenças crônicas não transmissíveis. A avaliação positiva da APS, em geral, resulta da maior utilização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Inquéritos epidemiológicos. Doenças não transmissíveis.

^IUniversidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{IV}Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autora correspondente: Fernanda Cunha de Carvalho. Rua Java, 279, Nova Suíça, CEP 30421-228, Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: fernandacarvalho0312@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, TED 66/2018, CNPq; bolsa de produtividade DCM.

ABSTRACT: Objective: To describe positive evaluations of Primary Health Care (PHC) in Brazil from the perspective of users and their association with sociodemographic characteristics and comorbidities. **Methods:** Analysis of the 2019 National Health Survey, in which 9,562 adults responded to the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The association between positive PHC assessment (overall score ≥ 6.6) and individual characteristics was tested using Prevalence Ratios (PR) calculated by Poisson Regression. **Results:** Less than 40% of Brazilians rated PHC with a high score. Regarding the association of sociodemographic variables with high PHC assessment, adjusted for sex and age, the best PHC assessments were made by women [PR_{aj} 1.10 (95%CI 1.00–1.21)]; elderly (60 years and over) [PR_{aj} 1.27 (95%CI 1.09–1.48)]; people with a per capita income of 1 to 3 minimum wages (MW) PR_{aj} 1.14 (95%CI 1.03–1.27) and ≥ 5 MW PR_{aj} 1.75 (95%CI 1.39–2.21) when comparing with income up to 1 MW; residents of the South, Southeast and Midwest regions, compared to the North Region. Considering comorbidities, individuals with hypertension PR_{aj} 1.29 (95%CI 1.17–1.43); diabetes PR_{aj} 1.21 (95%CI 1.08–1.36); heart disease PR_{aj} 1.23 (95%CI 1.07–1.41); musculoskeletal disorders PR_{aj} 1.36 (95%CI 1.10–1.69); lung disease PR_{aj} 1.48 (95%CI 1.13–1.95) and obesity PR_{aj} 1.15 (95%CI 1.03–1.28) rated PHC better when compared to normal weight people. **Conclusion:** Users who evaluate PHC well are usually women, elderly, with high prevalence of chronic non-communicable diseases. A positive evaluation of PHC, in general, results from greater use of health services.

Keywords: Primary health care. Evaluation, health services. Health surveys. Noncommunicable diseases.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), composta de equipes multiprofissionais, é responsável por territórios específicos com populações definidas e atua como o primeiro contato com o sistema de saúde^{1,2}. Essas equipes deveriam estar vocacionadas para resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população^{1,2} e estabelecer um papel estratégico na rede de atenção à saúde (RAS), funcionando como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade¹.

Apesar do consenso sobre o fato de a APS ser uma política pública prioritária e do extenso número de evidências que demonstram que sistemas nacionais baseados na APS são mais efetivos e equânimes, a pesquisa na área ainda se caracteriza pela baixa produção científica em comparação com áreas correlatas. Dos estudos existentes, percebe-se aumento no número de pesquisas em APS no Brasil a partir de 2005, o que pode estar associado à expansão da cobertura populacional nesse período em diante. Contudo, ao analisar os objetos da investigação da APS brasileira, identifica-se a forte presença de pesquisas com abrangência limitada a investigações locais, de baixo custo, ao lado do pequeno número de sujeitos³.

No Brasil, a APS teve importante expansão na cobertura populacional entre os anos 2000 e 2020, passando de 42% em 2007 para 76% em 2020⁴. A expansão da APS, entretanto, nem sempre foi acompanhada pela melhoria da sua qualidade. Qualidade é alcançar mais, com melhores resultados de saúde⁵. Há evidências de uma APS forte e efetiva quando associada à maior satisfação dos usuários com o sistema². Por conseguinte, torna-se imprescindível avaliar a qualidade e a amplitude dos serviços ofertados, a fim de subsidiar informações para a sociedade e gestores para a tomada de decisão na busca de melhoria da saúde da população com equidade^{6,7}.

O instrumento *primary care assessment tool* (PCATool), criado por Starfield et al.⁸, foi baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁹ baseado na tríade estrutura, processos e resultados. Ele permite mensurar a qualidade da APS, na visão dos usuários, avaliando estrutura e processo dos serviços⁸ por meio dos atributos essenciais (acesso ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção) e derivados (competência cultural, orientação familiar e comunitária) da APS^{8,10,11}. Há o entendimento de que, quando o serviço de saúde está orientado para o alcance desses atributos, ele é capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita¹². O PCATool tem sido um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade da APS¹³, entretanto nunca havia sido aplicado em escala nacional.

Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde, maior inquérito nacional de saúde, inovou ao inserir o módulo PCATool, permitindo explorar em escala nacional, na perspectiva do usuário, a avaliação da APS, bem como características associadas a essa avaliação¹⁴.

O estudo atual, pela primeira vez, busca descrever a avaliação positiva da APS no Brasil na ótica dos usuários e sua associação com as características sociodemográficas e comorbidades.

MÉTODOS

DELINEAMENTO

O presente estudo transversal analisou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, inquérito de saúde de base domiciliar. A PNS 2019 foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020 e incluiu no módulo APS (módulo H)^{14,15} a versão adaptada e reduzida do instrumento de avaliação da APS PCATool-Brasil^{14,16,17}.

AMOSTRA

O módulo PCATool foi aplicado em 9.562 indivíduos com 18 anos ou mais, e responderam apenas os indivíduos que nos últimos seis meses antes da data da entrevista domiciliar se consultaram pelo menos duas vezes com o mesmo médico ao utilizar os serviços da APS¹⁴. A PNS ao fazer esse filtro pressupõe que os indivíduos tinham familiaridade com o serviço de saúde prestado¹⁴.

DESFECHO: DESCRIÇÃO E CÁLCULO DO PCATool

O questionário aplicado na entrevista foi composto de 26 perguntas, distribuídas em dez componentes, para avaliar os atributos da APS¹⁴. Foram alteradas as perguntas do instrumento PCATool original, substituindo os termos profissional ou médico/enfermeiro por médico.

O instrumento usou respostas tipo *Likert*, atribuindo escores no intervalo de 1-4 para cada atributo (1=com certeza, não; a 4=com certeza, sim). Com base na média das respostas dos itens que constituem o atributo, é possível obter-se o escore geral da APS^{10,11,14,16}.

Como desfecho, foi calculado inicialmente o escore geral obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais e derivados e o grau de afiliação do usuário com o serviço. Os valores dos escores foram padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore, com forte orientação para os atributos da APS, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento^{10,11,14,16}. O escore geral médio do PCATool, o escore elevado $\geq 6,6$ e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados para cada uma das 27 unidades da Federação (UF).

VARIÁVEIS EXPLICATIVAS

Este estudo seguiu o modelo teórico de Perillo et al.¹⁸, que considera que os usuários com escore geral $\geq 6,6$ usam mais os serviços, por terem mais comorbidades e, conseqüentemente, avaliação positiva da qualidade da assistência prestada. Levando-se em conta a vocação da APS em assistir e acompanhar indivíduos com doenças crônicas, buscou-se verificar as associações entre a avaliação positiva da APS e as variáveis sociodemográficas e morbididades¹⁸.

Covariáveis estudadas

- Sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), faixa etária (anos: 18–29, 30–39, 40–59, 60 ou mais), escolaridade (anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11, 12 ou mais), raça/cor (branca, preta, parda), região de moradia (Brasil, grandes regiões e UF), renda *per capita* [até um salário mínimo (SM), de um a três SM, três a cinco SM, cinco ou mais SM];
- Presença de morbidade ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e medidas antropométricas: índice de massa corporal (IMC) [eutrófico (IMC $\geq 18,5$ e < 25 kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)]; hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), doença do pulmão e câncer.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram calculados modelos por meio de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por sexo e idade e os respectivos IC95%. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o módulo *Survey* disponível no Data Analysis and Statistical Softwares (STATA), versão 14, mediante os pesos de ponderação da PNS.

ASPECTOS ÉTICOS

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 3.529.376. A participação do adulto na pesquisa foi voluntária e a confidencialidade das informações garantida.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que o escore geral médio da APS no Brasil em adultos foi de 5,9 (IC95% 5,8–5,9), variando, em Roraima, de 5,2 (IC95% 4,5–5,8) a 6,6 (IC95% 6,2–6,9), no Mato Grosso. Estimou-se que 38,1% dos brasileiros que utilizaram a APS a avaliaram com escore alto, variando de 22,6% (IC95% 14,8–32,9), em Rondônia, a 53,3% (IC95% 43,5–62,8) no Mato Grosso.

Em relação às variáveis sociodemográficas (Tabela 2), verificou-se que 38,95% (IC95% 36,79–41,17) das mulheres classificaram a APS como orientada aos seus atributos, bem como 41,67% (IC95% 38,73–44,66) dos usuários idosos (60 anos ou mais). Observou-se que o aumento da faixa etária melhora a avaliação atribuída à APS.

Tratando-se do nível de escolaridade, pessoas com 0–8 anos de estudo melhor avaliaram os serviços [40,22% (IC95% 37,89–42,60)] do que as com os demais níveis educacionais (9–11 anos e 12 anos ou mais). Ao se estratificar a população por raça/cor, não se encontraram diferenças relevantes entre as populações preta, parda e branca. Viu-se que a população da Região Sul do país [45,35% (IC95% 41,47–49,28)] atribuiu melhor classificação para o serviço de APS local que as demais regiões brasileiras. Destaca-se o fato de apenas 30% (IC95% 26,16–34,26) dos entrevistados da Região Norte considerarem a APS orientada para os seus atributos. Quanto à renda dos entrevistados, 66,65% (IC95% 49,43–80,33) dos usuários com maior renda, cinco ou mais SM, classificaram bem a APS, seguidos de 42,2% (IC95% 38,58–45,90) dos usuários com renda de um a três SM.

A Tabela 3 apresenta a classificação por morbidade e por medidas antropométricas dos usuários que utilizaram os serviços de saúde e avaliaram bem a APS. Nesses resultados, encontrou-se que 42,04% (IC95% 38,72–45,43) dos usuários obesos (IMC ≥ 30 kg/m²), 44,75% (IC95% 41,97–47,56) dos hipertensos, 46,25% (IC95% 41,50–51,07) dos diabéticos e 47,79% (IC95% 41,76–53,89) dos usuários com doenças cardíacas classificaram positivamente os serviços. Verificou-se que 52,14% (IC95% 41,10–62,98) das pessoas com DORT e 57,63% (IC95% 41,76–72,07) das com doenças no pulmão classificaram bem a APS. Esse resultado positivo para a orientação da APS aos seus atributos também foi atribuído pelos usuários com câncer [45,33% (IC95% 34,07–57,09)].

No tocante à associação das variáveis exploratórias com a avaliação elevada da APS (desfecho), ajustada por sexo e idade, encontrou-se que o sexo feminino apresentou $RP_{aj} = 1,10$ (IC95% 1,00–1,21), e os idosos $RP_{aj} = 1,27$ (IC95% 1,09–1,48), comparando-os com os adultos de 18 a 29 anos. Considerando a região de residência, os moradores da Região Sul apresentaram $RP_{aj} = 1,46$ (IC95% 1,24–1,72), os do Sudeste $RP_{aj} = 1,23$ (IC95% 1,05–1,45) e os do Centro-Oeste $RP_{aj} = 1,24$ (IC95% 1,02–1,51), todos em comparação com os moradores da Região Norte. Quando se avalia a renda *per capita*, nota-se que usuários que ganham cinco

Tabela 1. Escore geral médio da atenção primária à saúde (0 a 10) avaliada por adultos de 18 anos ou mais e prevalência do escore elevado ($\geq 6,6$), com indicação do intervalo de confiança de 95%, Brasil, regiões e as Unidades da Federação, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

	Escore geral médio		Escore $\geq 6,6$	
	Escore geral	IC95%	%	IC95%
Brasil	5,9	5,8–5,9	38,1	36,3–39,9
Urbana	5,8	5,8–5,9	37,6	35,5–39,7
Rural	6,0	5,9–6,1	40,4	37,0–43,8
Norte	5,5	5,3–5,7	30,1	26,3–34,2
Rondônia	5,6	5,2–5,9	22,6	14,8–32,9
Acre	5,3	4,9–5,7	27,5	19,9–36,8
Amazonas	5,8	5,4–6,2	39,1	30,7–48,1
Roraima	5,2	4,5–5,8	27,9	20,4–36,8
Pará	5,2	4,9–5,5	24,9	19,0–31,9
Amapá	5,4	5,0–5,7	24,9	15,9–36,8
Tocantins	5,9	5,5–6,2	36,8	27,7–46,9
Nordeste	5,8	5,6–5,9	35,2	32,5–37,9
Maranhão	5,2	5,0–5,5	27,9	22,6–34,0
Piauí	6,0	5,7–6,3	40,6	33,8–47,7
Ceará	5,7	5,5–5,9	34,1	29,2–39,3
Rio Grande do Norte	6,0	5,7–6,2	38,3	31,0–46,2
Paraíba	6,0	5,7–6,3	45,4	38,1–52,9
Pernambuco	5,7	5,5–6,0	37,9	31,9–44,3
Alagoas	6,0	5,7–6,2	40,5	34,9–46,3
Sergipe	5,6	5,2–5,9	27,9	21,0–36,0
Bahia	5,7	5,5–6,0	31,5	24,8–39,1
Sudeste	5,8	5,7–6,0	38,3	34,9–41,8
Minas Gerais	6,2	5,9–6,4	41,3	35,3–47,6
Espírito Santo	5,6	5,4–5,9	31,6	26,0–37,7
Rio de Janeiro	5,6	5,3–5,9	38,3	31,6–45,6
São Paulo	5,7	5,5–6,0	37,3	32,3–42,5
Sul	6,3	6,2–6,4	45,3	41,6–49,2
Paraná	6,1	5,8–6,3	39,8	34,5–45,4
Santa Catarina	6,4	6,2–6,6	45,3	39,0–51,8
Rio Grande do Sul	6,5	6,2–6,8	50,9	43,7–58,1
Centro-Oeste	5,8	5,6–6,0	37,9	33,0–43,1
Mato Grosso do Sul	5,9	5,6–6,2	37,1	30,0–44,8
Mato Grosso	6,6	6,2–6,9	53,3	43,5–62,8
Goiás	5,3	4,9–5,7	27,4	18,9–37,9
Distrito Federal	5,7	5,2–6,1	38,1	29,4–47,8

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Prevalência de adultos com 18 anos ou mais que usaram os serviços de saúde e avaliaram a atenção primária à saúde com escore elevado ($\geq 6,6$), razão de prevalência bruta e ajustada por sexo e idade, segundo variáveis sociodemográficas, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência (IC95%)				p-valor
	%*	IC95%	bruta		ajustada†		
Total	38,07	(36,23–39,94)					
Sexo							
Masculino	36,02	(33,15–39,00)	1		1		
Feminino	38,95	(36,79–41,17)	1,08	(0,98–1,19)	1,10	(1,00–1,21)	0,0460
Idade							
18–29	33,20	(28,86–37,84)	1		1		
30–39	34,63	(30,50–39,00)	1,04	(0,87–1,25)	1,04	(0,87–1,25)	0,6700
40–49	38,65	(35,73–41,65)	1,16	(1,00–1,36)	1,17	(1,00–1,36)	0,0520
60+	41,67	(38,73–44,66)	1,26	(1,08–1,46)	1,27	(1,09–1,48)	0,0020
Escolaridade							
0–8	40,22	(37,89–42,60)	1		1		
9–11	34,94	(31,94–38,06)	0,87	(0,78–0,96)	0,92	(0,83–1,02)	0,1200
12+	34,53	(29,08–40,41)	0,86	(0,72–1,02)	0,91	(0,76–1,08)	0,2810
Raça/cor							
Branca	36,87	(34,00–39,83)	1		1		
Preta	39,40	(34,16–44,90)	1,07	(0,91–1,25)	1,09	(0,93–1,27)	0,2930
Parda	38,55	(36,02–41,15)	1,05	(0,94–1,16)	1,07	(0,96–1,18)	0,2040
Região							
Norte	30,05	(26,16–34,26)	1		1		
Nordeste	35,17	(32,32–38,12)	1,17	(1,00–1,37)	1,15	(0,98–1,35)	0,0860
Sudeste	38,29	(34,86–41,83)	1,27	(1,08–1,50)	1,23	(1,05–1,45)	0,0130
Sul	45,35	(41,47–49,28)	1,51	(1,29–1,77)	1,46	(1,24–1,72)	0,0000
Centro-Oeste	37,94	(32,85–43,32)	1,26	(1,04–1,53)	1,24	(1,02–1,51)	0,0300
Renda‡							
até 1 SM	36,01	(33,92–38,16)	1		1		
1 a 3 SM	42,20	(38,58–45,90)	1,17	(1,06–1,30)	1,14	(1,03–1,27)	0,0150
3 a 5 SM	32,08	(23,38–42,24)	0,89	(0,66–1,20)	0,88	(0,65–1,19)	0,3960
5 ou mais SM	66,65	(49,43–80,33)	1,85	(1,45–2,37)	1,75	(1,39–2,21)	0,0000

*Frequência ponderada para a população; †RP ajustada por sexo e idade; ‡missing; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo.

Tabela 3. Prevalência de adultos com 18 anos ou mais que usaram os serviços de saúde e avaliaram a atenção primária à saúde com escore elevado ($\geq 6,6$), razão de prevalência bruta e ajustada por sexo e idade, segundo presença de morbidade, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Variáveis	Escore $\geq 6,6$		Razão de prevalência IC95%				p-valor
	%*	IC95%	bruta		ajustada†		
Total	38,07	(36,23–39,94)					
IMC							
Eutrófico	35,66	(32,91–38,50)	1		1		
Sobrepeso	37,47	(34,48–40,57)	1,05	(0,94–1,17)	1,03	(0,92–1,15)	0,612
Obesidade	42,04	(38,72–45,43)	1,18	(1,06–1,31)	1,15	(1,03–1,28)	0,010
Hipertensão							
Não	33,73	(31,52–36,01)	1		1		
Sim	44,75	(41,97–47,56)	1,33	(1,22–1,45)	1,29	(1,17–1,43)	0,000
Diabetes							
Não	36,51	(34,58–38,47)	1		1		
Sim	46,25	(41,50–51,07)	1,27	(1,13–1,42)	1,21	(1,08–1,36)	0,001
Doença cardíaca							
Não	37,23	(35,34–39,16)	1		1		
Sim	47,79	(41,76–53,89)	1,28	(1,12–1,47)	1,23	(1,07–1,41)	0,004
DORT							
Não	37,56	(35,73–39,43)	1		1		
Sim	52,14	(41,10–62,98)	1,39	(1,12–1,73)	1,36	(1,10–1,69)	0,004
Pulmão							
Não	37,65	(35,83–39,51)	1		1		
Sim	57,63	(41,76–72,07)	1,53	(1,16–2,02)	1,48	(1,13–1,95)	0,005
Câncer							
Não	37,87	(36,00–39,79)	1		1		
Sim	45,33	(34,07–57,09)	1,20	(0,92–1,56)	1,12	(0,86–1,47)	0,389

*Frequência ponderada para a população; †RP ajustada por sexo e idade; IC95%: intervalo de confiança de 95%; IMC: índice de massa corporal; DORT: distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho.

ou mais SM apresentaram $RP_{aj} = 1,75$ (IC95% 1,39–2,21), e os usuários que ganham de um a três SM apresentaram $RP_{aj} = 1,14$ (IC95% 1,03–1,27) em relação aos usuários com renda até um SM. Ressalta-se que todos esses resultados foram estatisticamente significantes, contudo não houve diferença na avaliação segundo raça/cor e escolaridade (Tabela 2).

Considerando a análise de associação estatisticamente significativa das variáveis de morbidade, ajustada por sexo e idade, com a avaliação elevada da APS, percebeu-se que pessoas obesas apresentaram $RP_{aj} = 1,15$ (IC95% 1,03–1,28) em relação aos usuários eutróficos. Tratando-se dos indivíduos que se autodeclararam com DCNT, verificaram-se $RP_{aj} = 1,29$ (IC95% 1,17–1,43) para os hipertensos, $RP_{aj} = 1,21$ (IC95% 1,08–1,36) para os diabéticos e $RP_{aj} = 1,21$ (IC95% 1,07–1,41) para as pessoas com doenças cardíacas. Os usuários com doenças de pulmão apresentaram $RP_{aj} = 1,48$ (IC95% 1,13–1,95) e os com DORT $RP_{aj} = 1,36$ (IC95% 1,10–1,69). Não foi encontrada para os usuários com câncer associação estatisticamente significativa (Tabela 3).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, a APS foi mais bem avaliada por mulheres, pelos usuários idosos (com 60 anos ou mais), de renda de um a três SM e >5 SM, moradores das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e usuários com hipertensão, diabetes, doença cardíaca, DORT, doença do pulmão e obesidade.

Em relação ao escore geral da APS, 38,1% dos brasileiros que utilizaram o serviço nos últimos seis meses avaliaram a APS com escore elevado e atribuíram escore geral médio de 5,9 (IC95% 5,8–5,9). Esse baixo resultado de avaliação da APS brasileira também foi observado em outras pesquisas que utilizaram o PCATool e obtiveram um escore ainda menor que a média nacional, como aparece no estudo realizado em Porto Alegre (RS) em 2007, que atribuiu escore geral médio de 5,5 para as unidades básicas de saúde (UBS) com saúde da família¹⁹. Nesse mesmo município, em 2012, a população idosa atribuiu o escore de 5,7 a essas UBS²⁰. Em 2014, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), a avaliação da APS atingiu o escore de 5,7²¹, e em 2015, em Teresina (PI), a população masculina atribuiu escore médio de 5,5 à APS local²². Esses resultados apontam que há necessidade de trabalhar a qualificação da APS no Brasil, pois, conforme Donabedian⁹, os melhores resultados em saúde são consequência do investimento em estrutura e melhoria no processo de trabalho em saúde.

Travassos e Martins²³ apontam que acesso e utilização dos serviços de saúde são mediados por aspectos socioeconômicos e demográficos, recursos disponíveis, oferta de serviços de saúde, presença de morbidades, entre outros. Por conseguinte, maior presença de doenças demanda maior procura de serviços, o que resulta em maior avaliação da APS. Estudo de Silva et al.²² afirma que a frequência da procura por atendimento se mostrou associada com os escores da APS, pois, quanto maior a regularidade de busca pela UBS, maior o percentual de alto escore atribuído pelos entrevistados. Esse resultado também foi encontrado em outro estudo²⁴ que confirmou associação entre serviços com maiores escores da APS com maior tempo de doença (10,9 anos) e maior frequência de uso dos serviços de saúde (8,5 consultas/ano). Destaca-se que as DCNT aqui investigadas são de longa duração e requerem uso contínuo da APS. Ou seja, o atributo longitudinalidade aqui investigado é essencial no cuidado.

Em relação às variáveis demográficas, mulheres e idosos avaliaram mais positivamente a APS e são os que mais consomem os serviços de saúde^{23,25-27}. As mulheres procuraram mais

os serviços, pois, em geral, têm maior percepção de sinais e sintomas de doenças e às práticas de promoção/prevenção, além das demandas da menarca, pré-natal e menopausa^{25,26}. Considerando a análise de que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, esse fato deve estar associado à multimorbidade, à maior percepção da gravidade da doença e aos riscos à saúde^{26,27}. Em geral, o uso e o acesso desse segmento etário aos serviços de saúde são relativamente altos²⁶. O estudo realizado na capital mineira em 2015 encontrou que os idosos reportaram alto escore para a qualidade da APS quando comparados com os demais adultos¹⁸, da mesma forma que o estudo²⁰ realizado em Porto Alegre em 2012 revelou que os idosos apontaram maiores escores para a APS que adultos maiores de 18 anos. Esse último estudo ainda demonstrou que os serviços com alto escore de APS estão relacionados com a maior presença de práticas preventivas baseadas em evidências recomendadas à população idosa²⁰.

Tratando-se do nível educacional, neste estudo, não foi encontrada associação, contudo para a renda *per capita* se constatou que as famílias com renda *per capita* entre um e três SM avaliaram melhor a APS, resultado discordante do estudo²¹ realizado na cidade do Rio de Janeiro com 3.530 indivíduos, em 2014, em que não foi encontrada diferença na avaliação dos adultos entre as classes sociais para a avaliação da APS, contudo entende-se que populações de baixa renda possuem maior vulnerabilidade, acessam mais os serviços públicos de saúde e tendem a ter mais comorbidades e piores indicadores de saúde como, por exemplo, o acometimento de forma mais intensa das DCNT²⁸⁻³⁰. Paralelamente, o estudo aponta que a renda elevada, ≥ 5 SM, também esteve associada à boa avaliação da APS. Indivíduos com maior renda tendem a ter maior utilização de serviços²⁶ e, portanto, podem apresentar boa avaliação deles.

No que se refere às regiões brasileiras, os indivíduos que mais bem avaliaram a APS foram os residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, as mais ricas do país e em UF situadas em estratos de índice de desenvolvimento humano (IDH) mais elevados³¹. Região geopolítica e IDH sintetizam as marcantes diferenças nas condições de infraestrutura urbana e social e na maior cobertura de serviços educacionais e de saúde, características contextuais que também estiveram associadas à maior satisfação de usuários³². Além disso, o padrão de referência em qualidade ainda é encontrado em número reduzido de UBS e está fortemente concentrado nas regiões Sul e Sudeste³³ e, por isso, elas são mais bem avaliadas. Esse fato, além de manter as desigualdades regionais e sociais, impõe a necessidade de novos investimentos para que se alcance equidade na assistência à saúde.

O estudo atual identificou que a avaliação elevada da APS mostrou associação com a obesidade e diversas DCNT. De acordo com Oliveira¹⁹, a presença de comorbidade eleva em 46% a prevalência de forte orientação à APS, ou seja, as doenças crônicas são mais prevalentes na população atendida em serviços classificados com alto escore. Os resultados da associação entre usuários com DCNT e avaliação elevada da APS provavelmente ocorrem pelo fato de a população portadora de DCNT utilizar mais serviços de saúde e terem experiências mais positivas de cuidado com as equipes da APS^{26,34}. Há estudos que apontam que as características de qualidade do cuidado em indivíduos com comorbidades são significativamente maiores em serviços com alto escore geral da APS quando comparados a serviços

de baixo escore geral da APS^{24,35}. Pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços se comparadas com os adultos sem DCNT³⁴. Na PNS 2019 ainda se verificou que em todos os estratos socioeconômicos e demográficos a presença de DCNT aumenta a prevalência de consultas²⁶. Em síntese, os adultos que declararam ter alguma morbidade tendiam a atribuir um escore geral mais elevado quando comparados ao conjunto sem a respectiva morbidade. O estudo que avaliou a APS da capital mineira em 2015 também encontrou que os usuários hipertensos, diabéticos e obesos melhor avaliaram a APS¹⁸.

A APS tem papel fundamental na vigilância das DCNT e no monitoramento dos fatores de risco, uma vez que desenvolve atividades de prevenção desses agravos, promoção da saúde, além da redução de danos a um custo relativamente baixo por detecção e tratamento a tempo^{29,36}. É sabido que esses usuários necessitam de um monitoramento contínuo e fornecimento de insumos. Para isso, a APS precisa garantir os princípios da integralidade e coordenação do cuidado^{18,37,38}. Tendo em vista que os usuários com DCNT têm o seu cuidado preconizado pelo Ministério da Saúde como uma das ações programáticas da APS³⁶ e a PNS 2019 realizou a entrevista com usuários que utilizaram os serviços nos últimos seis meses, seria plausível supor que a satisfação dessas pessoas fosse maior do que a de usuários de demanda espontânea.

Este estudo aponta que menos de 40% da população brasileira avalia bem a APS. Nesse contexto, há que se direcionar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde e gestores para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população, por meio da expansão de abordagens e dispositivos de educação a distância, que beneficiarão a qualidade dos cuidados clínicos e das ações coletivas⁵. Outro aspecto a ser considerado é o desafio relacionado com a melhoria da estrutura dos serviços e a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional, a fim de aumentar a efetividade da APS⁵.

Entre as limitações deste estudo, observa-se a modificação das perguntas do questionário do PCATool-Brasil adulto versão reduzida¹⁶ substituindo-se o termo *profissionais* da APS para o termo *médico*. Dessa maneira, o escore geral apresentado está diretamente conectado à figura do médico na APS, diferentemente do que foi validado no país^{11,13,17}. Essa perspectiva abordada pela PNS 2019 aparece arraigada às antigas práticas biologicistas e médico-centradas, fato que está na direção contrária aos pressupostos da APS, que orienta a formação de uma equipe multiprofissional que distribui tarefas segundo as características de cada categoria profissional com o intuito de construir um cuidado multidisciplinar, ampliado por diversos saberes^{1,5,39,40}. Outro aspecto a considerar-se é que a avaliação proposta pelo instrumento contempla apenas aqueles que utilizaram um serviço de saúde e tiveram atendimento por consulta médica¹² não entrevistando indivíduos que não conseguiram acesso ao serviço. De acordo com o manual do PCATool-Brasil¹⁶, a versão reduzida desse instrumento permite apenas o cálculo do escore geral; não é possível obter os escores específicos de cada um dos atributos essenciais e derivados^{12,15,16,37}.

Outra limitação deste estudo refere-se ao tamanho amostral, que permitiu análises apenas para as UF^{14,15,39}, podendo, no máximo, ser expandidas para as suas capitais¹⁴ por causa do filtro utilizado para os respondentes. Dessa maneira, surge uma lacuna de um sistema nacional de avaliação da APS por município com a extinção do Programa Nacional de Melhoria

do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ao se implantar o programa de financiamento Previne Brasil⁴¹. Essa extinção provocou um grande empobrecimento de informações em âmbito municipal, a respeito da qualidade da APS, para a tomada de decisão. Aponta-se que a PNS 2019 teria caráter complementar ao PMAQ-AB, e não substitutivo.

Desde 2017, em função de políticas de austeridade implantadas⁴², como a Emenda Constitucional nº 95, tem-se observado o aumento da desigualdade e da vulnerabilidade da população, tornando-se essencial monitorar a qualidade da assistência à saúde em inquéritos populacionais⁴³.

Em conclusão, o estudo ressalta a importância de inserir na PNS um módulo que permite avaliar a qualidade da APS. O estudo identificou que os usuários que melhor avaliam a APS são os que mais utilizam os serviços, como as mulheres e os idosos, as pessoas de baixa renda e que têm mais morbidades, como DCNT, hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doença de pulmão, DORT, obesidade.

AGRADECIMENTOS

A Filipe Malta dos Santos e Crizian Saar Gomes, o apoio e as discussões sobre o plano de análise.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acessado em 14 out. 2021]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. Medina MG, Aquino R, Vilasbóas ALQ, Nunes CA. Pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, orgs. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2018. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e gestão da atenção básica. [Internet]. 2021. [acessado em 14 out. 2021]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/ relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
5. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018; 42(1): 208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
6. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciêns Saúde Colet* 2017; 22(6): 1881-93. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
7. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(2): e00095418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3): 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005; 83(4): 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

10. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Steins AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8): 1649-59. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
11. 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): 274-8. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)829)
12. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Avila P, Hauser L, Pinto, LF. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, orgs. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2018. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>
13. Fraccolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(12): 4851-60. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. _
15. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29(5): e2020315. <http://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>
16. 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. [acessado em 03 out. 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/12052020_Pcatool.pdf
17. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 256-63. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)823)
18. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(3): 961-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>
19. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007
20. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 264-73. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)826](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)826)
21. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(5): 1399-408. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>
22. Silva AN, Silva SA, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(2): 236-43. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>
23. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Suppl 2): S190-S198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
24. Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AA, Duncan BB. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 235-43. [http://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)814](http://doi.org/10.5712/rbmf8(29)814)
25. Perillo RD, Poças KC, Machado IE, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. *REME Rev Min Enferm* 2020; 24: e-1300. <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20200030>
26. Malta DC, Gomes CS, Prates EJS, Santos FP, Almeida WS, Stopa SR, et al. Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24 (suppl 2): E210002. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002.supl.2>
27. Melo LA, Lima KC. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020; 25(10): 3879-88. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>
28. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, Cardoso LSM, Lima MG, Barros MBA. Desigualdades na utilização de serviços de saúde por adultos e idosos com e sem doenças crônicas no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(suppl 2): E210003. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>
29. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013; 381(9866): 585-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61851-0)
30. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22: E190030. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>

31. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras. Brasília: PNUD, IPEA, FJP; 2016.
32. Saez MO, Facchini LA, Tomasi E. Avaliação da satisfação de usuários da atenção básica portadores de hipertensão e diabetes. *APS em Revista* 2019; 1(3): 206-21. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.49>
33. Giovanella L, Mendonça MHM, Medina MG, Lima JG, Fausto MCR, Seidl HM, et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, orgs. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. <https://doi.org/10.7476/9788575416297>
34. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Suppl 1): 4s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
35. Trindade TG. Associação entre a extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acessado em 02 nov. 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf
37. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Morais Neto OL, Silva MMA, Akerman M. OSUS e a política nacional de promoção da saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(6): 1799-809. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>
38. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? Brasília: OPAS/OMS; 2018. [acessado em 14 out. 2021]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>
39. Pinto LF, Quesada LA, D'Ávila OP, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. Primary care assesment tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(9): 3965-79. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>
40. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010. [acessado em 02 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>
41. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 13 de novembro de 2019. [acessado em 01 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
42. Paes-Sousa R, Rasella D, Carepa-Sousa J. Economic policy and public health: fiscal balance and population wellbeing. *Saúde Debate* 2018; 42(n. esp. 3): 172-82. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S313>
43. Brasil. Presidência da República. Câmara dos Deputados. Legislação informatizada. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 15 de dezembro de 2016. [acessado em 01 nov. 2021]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>

Recebido em: 16/12/2021

Revisado em: 03/07/2022

Aceito em: 04/07/2022

Contribuições dos autores: Carvalho, F.C.: Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Validação, Visualização. Bernal, R.T.I.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Metodologia, Validação. Perillo, R.D.: Conceituação, Metodologia, Validação. Malta, D.C.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Supervisão, Validação.

