

Fatores associados ao acesso à Atenção Primária no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Factors associated with Primary Health Care access in Brazil: results of the 2019 National Survey of Health

Factores asociados al acceso a la Atención Primaria en Brasil: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2019

Mayonara Fabíola Silva Araújo¹ , Talita Araújo de Souza¹ , Arthur Medeiros¹ , Isabelle Ribeiro Barbosa¹ 

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal (RN), Brasil.

Resumo

Introdução: Acesso à saúde refere-se à capacidade dos indivíduos de utilizarem os serviços necessários de maneira oportuna e contínua, sendo um componente essencial para a efetividade dos sistemas de saúde, e a APS deve ser o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde. **Objetivo:** Analisar os fatores associados ao acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. **Métodos:** Estudo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, realizada no Brasil. A amostra foi composta por participantes 7.471 indivíduos. Aspectos sociodemográficos individuais foram explorados em uma análise descritiva e multivariada utilizando a Regressão de Poisson, considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** entre os brasileiros que buscaram atendimento de saúde, 37% (IC95% 35,6–38,4) optaram pelas unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os que procuraram este serviço, a prevalência do acesso foi de 72,4% (IC95% 70,3–74,4). O acesso à APS foi associado a autoavaliação do estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim (RP=1,13; IC95% 1,07–1,18), não ter instrução (RP=1,21; IC95% 1,10–1,33) e viver na zona rural (RP=1,09; IC95% 1,06–1,13), cor da pele/raça (Amarelos: RP=1,19; IC95% 1,00–1,41; Indígenas: RP=1,21; IC95% 1,08–1,36) e domicílio estar cadastrado na Estratégia Saúde da Família (ESF) (RP=1,16; IC95% 1,08–1,25). Houve menor prevalência do acesso à APS entre os que possuem diagnóstico de doenças crônicas (RP=0,80; IC95% 0,07–0,84) e fazem uso moderado (RP=0,88; IC95% 0,83–0,94) ou excessivo de álcool (RP=0,88; IC95% 0,83–0,94). **Conclusões:** Assim, faz-se necessária a implementação de estratégias e políticas públicas para melhorar o acesso ao público que refere doenças crônicas e faz uso de álcool.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Acessibilidade aos serviços de saúde; Inquéritos epidemiológicos.

Autor correspondente:

Mayonara Fabíola Silva Araújo
E-mail: mayonara.fabiola@ufrn.br

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Editor Associado:

Thiago Dias Sarti

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 21/03/2023.

Aprovado em: 09/06/2025.

Como citar: Araújo MFS, Souza TA, Medeiros A, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso à Atenção Primária no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):3720. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)3720](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)3720)



Abstract

Introduction: Access to health refers to the ability of individuals to use necessary services in a timely and continuous manner, being an essential component for the effectiveness of health systems, and Primary Health Care should be the individual's gateway to the health system. **Objective:** To analyze the factors associated with access to Primary Health Care in Brazil. **Methods:** Study with data from the 2019 National Survey of Health, carried out in Brazil. The sample consisted of 7,471 individuals. Individual sociodemographic aspects were investigated in a descriptive and multivariate analysis using Poisson Regression, considering a 5% significance level. **Results:** Among Brazilians who sought health care, 37% (95% confidence interval [CI] 35.6–38.4) sought the health centers of the Brazilian Unified Health System. Among those who sought this service, the prevalence of access was 72.4% (95%CI 70.3–74.4). Access to Primary Health Care was associated with self-rated health classified as fair, poor or very poor (prevalence ratio [PR]=1.13; 95%CI 1.07–1.18), with being illiterate (PR=1.21; 95%CI 1.10–1.33), living in rural areas (PR=1.09; 95%CI 1.06–1.13), race or skin color (Asian: PR=1.19; 95%CI 1.00–1.41; Indigenous: PR=1.21; 95%CI 1.08–1.36), and the household being registered with the Family Health Strategy (PR=1.16; 95%CI 1.08–1.25). There was a lower prevalence of access to Primary Health Care among those diagnosed with chronic diseases (PR=0.80; 95%CI 0.07–0.84) and who made moderate use (PR=0.88; 95%CI 0.83–0.94) or excessive use (PR=0.88; 95%CI 0.83–0.94) of alcohol. **Conclusions:** Therefore, it is necessary to implement strategies and public policies to improve access to the public who report chronic illnesses and alcohol consumption.

Keywords: Primary health care; Health services accessibility; Health surveys.

Resumen

Introducción: El acceso a la salud se refiere a la capacidad de los individuos de utilizar los servicios necesarios de manera oportuna y continua, siendo un componente esencial para la eficacia de los sistemas de salud, y la APS debe ser el primer punto de contacto del individuo con el sistema de salud. **Objetivo:** Analizar los factores asociados al acceso a la atención primaria de salud en Brasil. **Métodos:** Estudio con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2019 realizada en Brasil. La muestra estuvo compuesta por participantes 7.471 individuos. Los aspectos sociodemográficos individuales fueron explorados en un análisis descriptivo y multivariado utilizando Regresión de Poisson, considerando un nivel de significación del 5%. **Resultados:** Entre los brasileños que buscaron atención en salud, 37% (IC95% 35,6–38,4) buscaron las unidades básicas del Sistema Único de Salud. Entre quienes buscaron este servicio, la prevalencia de acceso fue del 72,4% (IC95% 70,3–74,4). El acceso a la atención primaria de salud se asoció con la autoevaluación del estado de salud como regular, mala o muy mala (RP=1,13; IC95% 1,07–1,18), con no tener educación (RP=1,21; IC95% 1,10–1,33) y vivir en zona rural (RP=1,09; IC95% 1,06–1,13), raza o color de piel (Amarillo: PR=1,19; IC95% 1,00–1,41; Indígena: PR=1,21; IC95% 1,08–1,36) y el hogar está registrado en la ESF (RP=1,16; IC95% 1,08–1,25). Hubo menor prevalencia de acceso a la APS entre los diagnosticados con enfermedades crónicas (RP=0,80; IC95% 0,07–0,84) y consumo moderado de alcohol (RP=0,88; IC95% 0,83–0,94) o consumo excesivo de alcohol (RP=0,88; IC95% 0,83–0,94). **Conclusiones:** Por lo tanto, es necesario implementar estrategias y políticas públicas para mejorar el acceso al público que reporta enfermedades crónicas y consume alcohol.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Acceso a los servicios de salud; Encuestas epidemiológicas.

INTRODUÇÃO

O uso dos serviços de saúde denota o centro de funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de utilização desses serviços versa sobre todo contato que ocorre de forma direta, como hospitalizações e consultas médicas, e indireta, como realização de exames preventivos e diagnósticos feitos nos serviços de saúde. A utilização dos serviços de saúde é resultado da interação do indivíduo que procura cuidados e do profissional de saúde que conduz esse cuidado dentro do sistema. O indivíduo é responsável pelo primeiro contato a partir da busca, e os profissionais são responsáveis pelo contato que será direcionado.¹

O acesso é definido como “oportuna de alcançar e obter serviços de saúde adequados em situações de necessidade percebida de atendimento”.² Para ter acesso aos cuidados de saúde, um paciente em potencial deve, em primeiro lugar, ser capaz de identificar uma necessidade e estar ciente das possíveis opções de cuidados de saúde. Para garantir o acesso, os cuidados de saúde devem ser prestados de forma a motivar e empoderar os doentes a se envolverem com o sistema de saúde de forma participativa.³

O acesso a serviços de saúde é um determinante importante para o rastreamento e cuidados, a manutenção dos cuidados e redução da morbidade e mortalidade.⁴ A oferta de serviço é necessária para o acesso, mas não é suficiente. Historicamente, o acesso aos serviços de saúde foi assumido para existir se os

serviços estivessem disponíveis. Existe uma distinção entre iniciação e continuação no uso do serviço, e há nesse cenário barreiras ao acesso, incluindo fatores financeiros, psicológicos, informacionais, sociais, organizacionais, espaciais e temporais. Embora o acesso possa ser medido considerando o uso relacionado à necessidade, clientes e profissionais a avaliam de forma diferente.⁵

A conferência de Alma-Ata em 1978 definiu de maneira proeminente o cenário para reformas de políticas de saúde em todo o mundo — defendendo os cuidados a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) como uma abordagem para melhorar a saúde e o bem-estar.⁶ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),⁷ a APS é definida como “cuidados de saúde essenciais com base em métodos e tecnologia práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem pagar para manter cada estágio de desenvolvimento no espírito de autossuficiência e autodeterminação”. Assim, a APS é considerada útil, pois aborda sobre as desigualdades na saúde e na atenção à saúde por meio da oferta de serviços de saúde básicos, mas abrangentes e acessíveis.

Para Barbara Starfield,⁸ o conceito de acesso à saúde refere-se à capacidade dos indivíduos de utilizarem os serviços necessários de maneira oportuna e contínua, sendo um componente essencial para a efetividade dos sistemas de saúde. Na perspectiva da APS, Starfield ressalta que esta deve ser o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado — e que o acesso está relacionado, simultaneamente, a quatro elementos: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.

Apesar disso, a tendência de acesso aos cuidados de saúde em países de renda baixa e média revelam persistentemente grandes desigualdades.⁶ No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (2017) apresenta em seus princípios de universalidade que a atenção básica “possibilite o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da Rede de Atenção à Saúde (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde”.⁹

A partir da compreensão de que a APS é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, entende-se que essa deve ser resolutiva e promova o acesso integral de acordo com as demandas do usuário. Dessa forma, o presente estudo objetiva analisar quais os fatores associados ao acesso à atenção primária à saúde no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório que foi conduzido com base nos dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, que é um inquérito domiciliar de base populacional cujo objetivo principal é conhecer os determinantes, condicionantes e as necessidades de saúde da população brasileira, com vistas a fornecer uma base de dados representativa do país e da população residente em domicílios particulares, suficientemente capaz de contribuir para a formulação e adequação das políticas públicas de saúde do Brasil.¹⁰

A PNS utiliza a Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD), visto que permite maior abrangência territorial. O plano amostral utilizado foi de amostragem por conglomerados em três estágios. As Unidades Primárias de Amostragem (UPA), compostas por setores censitários, são o primeiro estágio; os domicílios particulares selecionados em cada UPA são o segundo estágio; e o terceiro estágio é a seleção de um morador com 15 anos ou mais em cada domicílio. Ao final foram selecionados 108.457 domicílios, sendo que 100.541 estavam ocupados. Foram realizadas 94.114 entrevistas domiciliares.

A amostra deste estudo foi constituída pelas pessoas com 15 anos ou mais que foram selecionadas para responder ao inquérito e que, nas duas semanas anteriores à pesquisa, buscaram atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Para a seleção da amostra foi considerada a resposta à questão “Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?”. Dessa maneira, a amostra foi composta por 7.471 indivíduos.

Nesta pesquisa, a variável dependente, ou desfecho primário do estudo, foi denominada “Acesso à Atenção Primária à Saúde”. O desfecho expressa o acesso ou não ao atendimento nas UBSs, seja por ter conseguido o atendimento quando procurou pela primeira vez, seja por ter conseguido quando procurou em momento subsequente, nas duas semanas anteriores à pesquisa.

Para a elaboração da variável dependente, as questões que fundamentaram a composição dessa variável estão relacionadas à disponibilidade dos serviços de saúde e utilização desses serviços. As questões foram: “Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, o(a) sr(a). foi atendido(a)?”. O desfecho foi considerado presente para aqueles indivíduos que responderam “sim” a essa questão. Além dessa, utilizamos a questão “Onde procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?”, e considerou-se a resposta para aqueles que responderam que buscaram as UBSs; para estes indivíduos, foi analisada a questão “Nessa última vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas, foi atendido(a)?”. O desfecho foi considerado presente para os indivíduos que responderam “sim” a essa última questão sobre acesso/utilização dos serviços (UBS) de saúde do SUS.

Entre as variáveis independentes individuais sociodemográficas, foram considerados os fatores individuais predisponentes: sexo (masculino ou feminino), idade (15–29 anos, 30–59 anos, 60 anos ou mais), cor da pele/raça (brancos, negros —somado os pretos e pardos —, indígenas ou asiáticos), nível de escolaridade (sem instrução, ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior), renda domiciliar per capita (até 1 salário mínimo, entre 1 salário e 3 salários, acima de 3 salários), estar ocupado (sim ou não), e estado civil (solteiro, casado, divorciado ou viúvo).

Os fatores individuais facilitadores selecionados foram área de residência (urbana ou rural) e domicílio cadastrado na ESF (sim, não ou não sabe). Foram considerados como fatores individuais de necessidade: autoavaliação do estado de saúde (muito boa/boa; regular/ruim/muito ruim); se possui diagnóstico de doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (sim; não); se possui multimorbidade — diagnóstico de duas ou mais doenças crônicas, físicas ou mentais, ou doença de longa duração — (sim; não); uso de tabaco e seus derivados (fumante: atualmente fuma algum produto do tabaco; ex-fumante: no passado fumou algum produto do tabaco; nunca fumou); uso de bebida alcoólica (uso excessivo: cinco ou mais doses diárias em pelo menos uma única ocasião nos últimos 30 dias, considerando a dose padrão de 50 mL; uso moderado: uso habitual independentemente da dose consumida nos últimos 30 dias, porém inferior ao uso excessivo; não consome); Índice de Massa Corporal (IMC) (peso em kg/altura² — desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesidade); e prática semanal de 150 minutos ou mais de atividade física (sim; não). Todas as variáveis independentes foram coletadas na base de dados da própria PNS.

Por se tratar de um estudo com amostragem complexa, foi utilizado o peso da amostra e incorporado o efeito do desenho da amostra. Procedeu-se o cálculo da prevalência do desfecho em relação às variáveis independentes, com apresentação dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Em seguida, foi conduzida análise de Regressão de Poisson para estimar a razão de prevalências brutas (RP) e o respectivo IC 95%.

As variáveis independentes que apresentaram $p \leq 0,200$ na regressão simples foram incluídas no modelo múltiplo de Regressão de Poisson, a fim de estimar a RP ajustada. A entrada das variáveis

no modelo multivariável foi feita de acordo com a ordem crescente do valor de p . Permaneceram no modelo final apenas as variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$). As variáveis sexo e faixa etária foram mantidas no modelo final como variáveis de ajuste. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o software Stata versão 13 (Stata Corp., College Station, United States).

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 atendeu aos requisitos para a condução de pesquisas com seres humanos no país, e foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde sob o parecer n.º 3.529.376, de 23 de agosto de 2019. Os resultados da pesquisa são de domínio público e estão disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

RESULTADOS

Nas duas semanas anteriores à PNS de 2019, 21,6% (IC95% 21,1–22,2) da população brasileira de 15 anos ou mais procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde. Entre os que procuraram algum serviço de saúde, 37% (IC95% 35,6–38,4) buscaram atendimento em UBSs do SUS. Entre as características individuais de quem buscou esse serviço estão: sexo feminino (66,4%), idade de 30 a 59 anos (52,1%), negros (61%), com ensino fundamental (48%), com renda per capita de até 1 salário mínimo (66,4%), que estavam ocupados (89%), que viviam na área urbana (84,6%), cujo domicílio estava cadastrado na ESF (74,2%), que possuíam algum diagnóstico de doença crônica (74,4%), que não faziam uso de álcool (69%), que nunca fumaram (55,3%) e que praticavam menos de 150 minutos de atividade física semanal (88%) (Tabela 1).

Entre os que buscaram as UBSs, 72,4% (IC95% 70,3–74,4) conseguiram atendimento. A análise descritiva do acesso à APS mostrou que a prevalência desse desfecho foi mais elevada entre pessoas de 60 anos ou mais; amarelos; pessoas sem instrução; que têm renda per capita de até 1 salário mínimo; que vivem no meio rural; cujo domicílio está cadastrado da Estratégia Saúde da Família; que avaliam a sua saúde como regular, ruim ou muito ruim; que não possuem diagnóstico de doenças crônicas, não usam álcool, nunca fumaram e que estão em desnutrição (Tabela 1).

Na análise bivariada, o domicílio estar cadastrado da ESF (RP=1,19; IC95% 1,11–1,28); viver no meio rural (RP=1,14; IC95% 1,10–1,18); ter renda per capita de até 1 salário mínimo (RP=1,28; IC95% 1,02–1,34); não ter instrução (RP=1,32; IC95% 1,20–1,45); avaliar a sua saúde como regular, ruim ou muito ruim (RP=1,11; IC95% 1,06–1,17); e pertencer à raça ou cor da pele amarela (RP=1,21; IC95% 1,02–1,44) foram associados a maior prevalência do desfecho. Por outro lado, possuir diagnóstico de doenças crônicas (RP=0,85; IC95% 0,81–0,88), uso moderado (RP=0,85; IC95% 0,80–0,92) e uso excessivo de álcool (RP=0,90; IC95% 0,83–0,97) foram associados a menor prevalência do acesso à atenção primária (Tabela 2).

No modelo final da análise multivariável, a prevalência do acesso à atenção primária à saúde foi associado a escolaridade (ensino médio: RP=1,15; IC95% 1,05–1,25; ensino fundamental: RP=1,16; IC95% 1,06–1,26; sem instrução: RP=1,21; IC95% 1,10–1,33); autoavaliação do estado de saúde (autoavaliação da saúde como regular, ruim ou muito ruim: RP=1,13; IC95% 1,07–1,18); viver na zona rural (RP=1,09; IC95% 1,06–1,13); raça ou cor da pele (amarelos: RP=1,19; IC95% 1,00–1,41; Indígenas: RP=1,21; IC95% 1,08–1,36); e domicílio estar cadastrado na ESF (RP=1,16; IC95% 1,08–1,25). Por outro lado, houve menor prevalência do acesso à APS entre os que possuem diagnóstico de doenças crônicas (RP=0,80; IC95% 0,07–0,84) e fazem uso moderado (RP=0,88; IC95% 0,83–0,94) ou excessivo de álcool (RP=0,88; IC95% 0,83–0,94) (Tabela 2).

Tabela 1. Análise descritiva da amostra e da prevalência do acesso à Atenção Primária à Saúde de acordo com as variáveis sociodemográficas, o estilo de vida e as condições de saúde da população brasileira. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Descritiva		Acesso à APS	
	Proporção	IC95%	Prevalência	IC95%
			72,40	70,3–74,4
Sexo				
Homem	33,60	31,5–35,7	72,80	68,7–76,5
Mulher	66,40	64,3–68,5	72,20	69,8–74,5
Idade (anos)				
15–29	20,30	18,3–22,5	72,20	66,3–77,5
30–59	52,10	49,9–54,2	71,90	69,1–74,5
60 ou mais	27,60	25,9–29,4	73,50	69,9–76,8
Raça ou cor da pele				
Brancos	37,70	35,7–39,7	69,40	66–72,6
Negros (pretos e pardos)	61	58,9–63	74,10	71,3–76,7
Amarelos	0,70	0,4–1,4	84,30	61,9–94,7
Indígenas	0,60	0,4–0,9	78,40	63,3–88,4
Escolaridade				
Superior	11	9,6–12,6	59,70	52,3–66,7
Médio	32,40	30,5–34,5	71,50	67,8–74,9
Fundamental	48	46–50,1	74,70	71,7–77,5
Sem instrução	8,50	7,6–9,5	79,30	74,7–83,2
Renda per capita (salário mínimo)				
até 1	66,40	64,2–68,4	74,90	72,4–77,3
de 1 a 3	30,40	28,5–32,5	68,40	64,3–72,1
acima de 3	3,10	2,6–3,8	58,10	48,3–67,4
Estado civil				
Solteiro	41,60	39,5–43,8	72,80	69,5–75,9
Casado	41,60	39,3–43,6	71,70	68,5–74,7
Divorciado	8,30	7,3–9,4	71,50	65–77,2
Viúvo	8,70	7,7–9,7	74,70	67,6–80,7
Ocupação				
Ocupados	89	87–90,7	68,40	65,4–71,3
Desocupados	11	9,3–13	76,40	69–82,4
Local de moradia				
Rural	15,40	14,3–16,5	80,90	78–83,5
Urbano	84,60	83,5–85,7	70,90	68,4–73,2
Cadastrado na ESF				
Sim	74,20	72–76,3	74,90	72,5–77,2
Não	18,50	16,6–20,5	62,70	57,1–68
Não sabe	7,30	6,2–8,6	71	64,1–77,1
Autoavaliação do estado saúde				
Muito boa – Boa	45,50	43,4–47,5	68,10	64,8–71,2
Regular – Ruim – Muito ruim	54,50	52,5–56,6	76	73,7–78,6

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	Descritiva		Acesso à APS	
	Proporção	IC95%	Prevalência	IC95%
Possui DCNT				
Não	25,60	23,7–27,6	81,50	78,3–84,3
Sim	74,40	72,4–76,3	69,40	66,9–71,9
Possui multimorbidades				
Não	54,80	52,6–57	73,80	70,8–76,6
Sim	45,20	43–47,4	71	67,8–74,1
Uso de álcool				
Não bebe	69	66,7–71,2	75,20	73–77,3
Uso moderado	19,80	18–21,7	65,10	59,3–70,4
Uso excessivo	11,20	9,8–12,9	67,90	59,7–75,1
Tabagismo				
Nunca fumou	55,30	53,1–57,5	72,80	70,2–75,2
Ex-fumante	30,70	28,8–32,6	70,80	66,8–74,5
Fumante	14	12,4–15,8	74,40	67,3–80,3
IMC				
Desnutrição	2,60	1,9–3,5	80,10	71,6–86,6
Eutrófico	35,50	33,5–37,8	73	69,4–76,2
Sobrepeso	35,80	33,7–37,8	71,10	67,4–74,5
Obesidade	26,10	24,2–28	71,60	67,1–75,7
Atividade física				
Não	88	84,4–90,8	73,4	70,2–76,4
Sim	12	9,2–15,6	71,5	55–83,8

APS: Atenção Primária à Saúde; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; ESF: Estratégia Saúde da Família; DCNT: Doença Crônica Não Transmissível; IMC: Índice de Massa Corporal.

DISCUSSÃO

Entre os indivíduos que buscaram atendimento em Unidades Básicas de Saúde, 72,4% conseguiram acesso. Essa prevalência é um achado semelhante ao de outros estudos brasileiros^{9,12} e pode ser justificado pelo aumento de acesso e uso de serviços do SUS em todo o país, porém ainda sendo necessário ressaltar importantes diferenças regionais.¹³

Um estudo comparando as edições de 2003 e 2008 da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013 constatou que a população brasileira está utilizando cada vez mais os serviços, e que a participação do SUS aumentou nas regiões mais ricas do país.¹³

Embora a APS seja a porta de entrada do sistema e tenha potencial de resolver a maioria das demandas que recebe, esse estudo demonstrou que 32% dos indivíduos procuraram a APS, o que demonstra que pessoas têm procurado majoritariamente outros serviços.

Consideramos que, para o acesso universal a esses serviços, alguns obstáculos precisarão ser superados. A ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS; das possibilidades de acesso por fluxos de atendimentos organizados pelas demandas epidemiológica, sanitária e social; e as mudanças nos padrões de utilização estão entre os principais elementos. Por outro lado, é importante destacar os desafios históricos, entre os quais estão as marcantes desigualdades regionais e o subfinanciamento.¹⁴

Tabela 2. Razão de prevalências brutas e ajustadas entre o desfecho e as variáveis sociodemográficas, o estilo de vida e as condições de saúde da população brasileira. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Regressão Simples			Regressão Múltipla		
	RP	IC95%	Valor p	RP	IC95%	Valor p
Sexo						
Homem	1			1		
Mulher	0,99	0,94–1,03	0,749	0,99	0,94–1,03	0,657
Idade (anos)						
15–29	1			1		
30–59	0,99	0,93–1,06	0,890	1,01	0,95–1,8	0,587
60 ou mais	1,01	0,95–1,08	0,621	1,06	0,98–1,14	0,114
Raça ou cor da pele						
Branco	1					
Negros (pretos e pardos)	1,06	1,02–1,11	0,003	1,02	0,98–1,07	0,177
Amarelos	1,21	1,02–1,44	0,026	1,19	1–1,41	0,040
Indígenas	1,12	0,98–1,29	0,074	1,21	1,08–1,36	0,001
Escolaridade						
Superior	1			1		
Médio	1,19	1,08–1,31	<0,005	1,15	1,05–1,25	0,002
Fundamental	1,25	1,14–1,36	<0,005	1,16	1,06–1,26	0,001
Sem instrução	1,32	1,20–1,45	<0,005	1,21	1,10–1,33	<0,005
Renda per capita (salário mínimo)						
Até 1	1,28	1,02–1,34	0,018			
De 1 a 3	1,17	1,13–1,46	<0,005			
Acima de 3	1					
Estado civil						
Solteiro	1					
Casado	0,98	0,93–1,03	0,534			
Divorciado	0,98	0,90–1,06	0,662			
Viúvo	1,02	0,94–1,11	0,550			
Ocupação						
Ocupados	1					
Desocupados	1,11	1,02–1,21	0,010			
Local de moradia						
Rural	1,14	1,10–1,18	<0,005	1,09	1,06–1,13	<0,005
Urbano	1			1		
Cadastrado na ESF						
Sim	1,19	1,11–1,28	<0,005	1,16	1,08–1,25	<0,005
Não	1			1		
Não sabe	1,13	1,00–1,27	0,036	1,14	1,03–1,27	0,009
Autoavaliação do estado saúde						
Muito boa – Boa	1			1		
Regular – Ruim – Muito ruim	1,11	1,06–1,17	<0,005	1,13	1,07–1,18	<0,005

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Variáveis	Regressão Simples			Regressão Múltipla		
	RP	IC95%	Valor p	RP	IC95%	Valor p
Possui DCNT						
Não	1			1		
Sim	0,85	0,81–0,88	<0,005	0,80	0,76–0,84	<0,005
Possui multimorbidades						
Não	1					
Sim	0,96	0,92–1	0,077			
Uso de álcool						
Não bebe	1			1		
Uso moderado	0,85	0,80–0,92	<0,005	0,88	0,83-0,94	<0,005
Uso excessivo	0,90	0,83–0,97	0,006	0,88	0,81-0,94	0,001
Tabagismo						
Nunca fumou	1					
Ex-fumante	0,97	0,92–1,02	0,254			
Fumante	1,02	0,96–1,08	0,497			
IMC						
Desnutrição	1,09	0,96–1,24	0,143			
Eutrófico	1					
Sobrepeso	0,97	0,92–1,02	0,351			
Obesidade	0,98	0,92–1,03	0,497			
Atividade física						
Não	1,02	0,94–1,11	0,548			
Sim	1					

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; ESF: Estratégia Saúde da Família; DCNT: Doença Crônica Não Transmissível; IMC: Índice de Massa Corporal.

O acesso foi associado ao cadastro do domicílio na ESF, cuja cobertura foi expandida em todo o Brasil nas últimas décadas, em especial nas regiões menos desenvolvidas do país.^{15,16} Com a atuação da ESF, a resolutividade da assistência é ampliada, e a recuperação das condições de saúde é melhorada mediante ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças.¹⁵⁻¹⁷

O estudo de Malta et al.¹⁵ constatou que mais da metade da população brasileira refere estar cadastrada nas unidades de saúde da família e que quase dois terços da população residente na área rural também é cadastrada, o que pode estar associado ao resultado de maior prevalência do acesso entre as pessoas que vivem na zona rural. Além disso, esse estudo¹⁵ também avaliou o indicador de visitas domiciliares e apontou que as visitas regulares e mensais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de outros membros da equipe de Saúde da Família são mais frequentes junto à população de baixa escolaridade, mostrando a priorização de populações mais vulneráveis. Isso pode justificar o nosso achado de que quanto menor o nível de escolaridade, maior a prevalência do acesso. Além disso, pessoas com maior escolaridade tendem a ter mais facilidade em reconhecer uma necessidade de saúde e buscar atendimento.¹

Outro achado importante é que as pessoas que avaliaram a própria saúde como regular, ruim ou muito ruim apresentaram maior prevalência do acesso. Quando comparados os dados das edições de 2013 e 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde encontra-se que, além de uma maior procura nos atendimentos de saúde, há uma piora da percepção geral de saúde por parte da população brasileira.¹⁷ A autoavaliação

negativa da saúde pode estar relacionada com a presença de morbidades, fragilidades e outras condições de saúde, podendo determinar a maior necessidade de procurar serviços para resolver esses problemas.¹⁸

Outro aspecto que apresentou uma maior prevalência do acesso foram as pessoas declaradas com raça ou cor da pele amarela (pessoas de origem oriental) e indígenas. Corroborando isso, Santos et al.¹⁹ constataram que o acesso aos serviços do SUS foi facilitado pelos profissionais de saúde, e que a maioria dos indígenas sentiram-se satisfeitos com o atendimento recebido.

A saúde dos povos indígenas adquiriu relevância no Brasil com a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no ano de 1999. Desde então, várias medidas foram tomadas para garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde conforme os princípios do SUS e atendendo de forma a respeitar a diversidade de cada povo. Embora ganhos reais no cenário da saúde dos povos indígenas no país sejam constatados, muitas dificuldades ainda são encontradas para a assistência.²⁰

No presente estudo verificou-se que a menor prevalência do acesso à APS está entre os que afirmaram possuir diagnóstico de doenças crônicas. Apesar de a presença de doença crônica significar o maior uso de serviços de saúde, o acesso à APS pode ser prejudicado devido a fatores como frequência mais elevada na restrição de atividades²¹ e, ainda, dificuldades advindas da falta de vínculo com a equipe de saúde da família e da desresponsabilização pelos usuários diante dos entraves na rede.²²

O modelo de atenção às condições crônicas prioriza a estabilização das doenças crônicas para conter seu risco evolutivo. Para isso, é necessário um componente proativo das pessoas para que se tornem os agentes da produção social de sua própria saúde, contando com o apoio da equipe de saúde e de sua rede de proteção social.²³

A menor prevalência do acesso à APS também foi identificada entre aqueles que fazem uso moderado ou excessivo de álcool. As pessoas que fazem uso de bebidas alcoólicas, em especial aquelas de uso excessivo em longo prazo, podem apresentar problemas gerais de saúde física, sofrimentos psicológicos e psicossociais graves, e problemas interpessoais²⁴ que podem comprometer a procura aos serviços de atenção primária.

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser ponderadas. Aponta-se o viés de informação, que pode interferir na estimação da prevalência do acesso. Dados referentes a acesso podem estar sujeitos a viés de memória do morador respondente.

Por tratar-se de dados de um inquérito de saúde que se baseia em uma porção significativa da população brasileira e em como essa amostra foi distribuída, este trabalho tem uma grande importância para identificação de algumas necessidades de saúde e prevalência de problemas específicos, como os fatores individuais que são associados ao acesso à APS. Tais resultados sugerem a necessidade de políticas públicas que abordem essas desigualdades, incluindo as pessoas que referem doenças crônicas e fazem uso de álcool.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

TAS: Análise formal, Conceituação, Metodologia, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição. AAM: Análise formal, Conceituação, Metodologia, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição. MFSA: Análise formal, Conceituação, Metodologia, Escrita – primeira redação. IRB: Administração do projeto, Conceituação, Supervisão, Validação, Revisão

REFERÊNCIAS

1. Vicari T, Lago LM, Bulgarelli AF. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. *Saúde Debate*. 2022;46(132):135-47. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213209>
2. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
3. Henry J, Beruf C, Fischer T. Access to health care for pregnant Arabic-speaking refugee women and mothers in Germany. *Qual Health Res*. 2020;30(3):437-47. <https://doi.org/10.1177/1049732319873620>
4. Vignier N, Spira RD, Lert F, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, et al. Health care access of Sub-Saharan African migrants living with chronic hepatitis B. *Sante Publique*. 2017;29(3):361-70. <https://doi.org/10.3917/spub.173.0361>
5. Racher FE, Vollman AR. Exploring the dimensions of access to health services: implications for nursing research and practice. *Res Theory Nurs Pract*. 2002;16(2):77-90. <https://doi.org/10.1891/rtnp.16.2.77.53003>
6. World Health Organization. *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable*. Geneva: World Health Organization; 2016.
7. Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Australia*. 2003;178(1):17-20. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05033.x>
8. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
9. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LDD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(116):11-24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
10. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho Epidemiologia e Serviços de Saúde, da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):207-16. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde, 2013: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.
12. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDAF. Adolescent and youth access to primary health care services in a city in the state of Bahia, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(1):e00044718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00044718>
13. Viacava F, Bellido JG. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):351-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>
14. Dantas MNP, Souza DLBD, Souza AMGD, Aiquoc KM, Souza TAD, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;24:e210004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
15. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AACD. Family health strategy coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):327-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>
16. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Time trend of family health strategy coverage in Brazil, its regions and federative units, 2006-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(3):e2017170. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>
17. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(9):4021-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
18. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3377-86. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>
19. Santos MMD, Cruz KJC, Sá LCRD, Batista CC, Aguiar EMG, Nogueira AMT. Healthcare provided to Indigenous people from the Northeast Brazilian state of Maranhão by the Unified Health System in Teresina-PI in 2011: a descriptive study. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):127-36. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100013>
20. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. The challenge of providing primary healthcare care to indigenous peoples in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>
21. Barros MBDA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>
22. Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(2):599-615. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>
23. Mendes EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(2):431-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
24. Claro HG, Oliveira MAFD, Titus JC, Fernandes IFDAL, Pinho PH, Tarifa RR. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(6):1173-80. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0478.2663>