

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

ANA EDITH FARIAS LIMA

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA VISÃO DO
USUÁRIO: ESTUDO TRANSVERSAL EM UMA CAPITAL DA REGIÃO NORTE DO
BRASIL**

**GOIÂNIA
2024**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES
ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo da autora

Ana Edith Farias Lima

3. Título do trabalho

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA VISÃO DO USUÁRIO: ESTUDO TRANSVERSAL EM UMA CAPITAL DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;

- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor



Documento assinado eletronicamente por **Ana Edith Farias Lima**, **Usuário Externo**, em 13/01/2025, às 16:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Alves Barbosa**, **Usuário Externo**, em 14/01/2025, às 15:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4985691** e o código CRC **3C12A4D5**.

Referência: Processo nº 23070.058977/2024-73

SEI nº 4985691

ANA EDITH FARIAS LIMA

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA VISÃO DO
USUÁRIO: ESTUDO TRANSVERSAL EM UMA CAPITAL DA REGIÃO NORTE DO
BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de pesquisa: gestão em saúde e enfermagem.

Orientador (a): professora doutora Maria Alves Barbosa

Coorientador (a): professora doutora Ludmila Grego Maia.

GOIÂNIA

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Lima, Ana Edith Farias

. Avaliação dos atributos da Atenção Primária na visão do usuário: estudo transversal em uma capital da região Norte do Brasil.

[manuscrito] / Ana Edith Farias Lima, Maria Alves Barbosa, Ludmila Grego Maia. - 2024.

clxvii, 167 f.

Orientador: Profa. Dra. Maria Alves Barbosa; co-orientadora Dra. Ludmila Grego Maia.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2024.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, símbolos, gráfico, tabelas, lista de figuras.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Primary Care Assessment Tool. 4. Qualidade em saúde. 5. Território de Saúde. I. Barbosa, Maria Alves. II. Maia, Ludmila Grego. III. Barbosa, Maria Alves, orient. IV. Maia, Ludmila Grego, co-orient. V. Título.

CDU 616-083



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA NÚMERO 21 DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE ANA EDITH FARIAS LIMA. Aos vinte e nove dias do mês de novembro de dois mil e vinte e quatro, às 8h30, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof^ª. Dra. **Maria Alves Barbosa** (Orientadora/Presidente/PPGENF-FEN/UFG), Prof^ª. Dra. **Maria Sortênia Alves Guimarães Miele** (Membro Externo/UFT), Prof^ª. Dra. **Kelly Cristina Gomes Alves** (Membro Externo/UFT), Prof^ª. Dra. **Ana Lúcia Queiróz Bezerra** (Membro Interno/PPGENFS-FEN/UFG) e Prof^ª. Dra. **Selma Rodrigues Alves Montefusco** (Membro Externo/FEN/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no miniauditório da Faculdade de Enfermagem - FEN/UFG, para procederem à avaliação da defesa da Tese intitulada: **“AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA VISÃO DO USUÁRIO: ESTUDO TRANSVERSAL EM UMA CAPITAL DA REGIÃO NORTE DO BRASIL”**, de autoria de **Ana Edith Farias Lima**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof^ª. Dra. **Maria Alves Barbosa**, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Fizeram sugestões que foram aceitas pela candidata. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1847/2023) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Tese foi: **APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOUTORA EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 60 dias. Proclamados os resultados pela Prof^ª. Dra. **Maria Alves Barbosa**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Maria Alves Barbosa, Usuário Externo**, em 07/04/2025, às 12:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por - **registrado(a) civilmente como Maria Sortênia Alves Guimarães Miele, Usuário Externo**, em 08/04/2025, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lucia Queiroz Bezerra, Usuário Externo**, em 08/04/2025, às 11:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Selma Rodrigues Alves Montefusco, Professor do Magistério Superior**, em 08/04/2025, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Vice-Coordenadora de Pós-Graduação**, em 09/04/2025, às 09:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5293365** e o código CRC **3F1AA18A**.

Referência: Processo nº 23070.058977/2024-73

SEI nº 5293365

DEDICATÓRIA

Dedico o fruto deste trabalho aos meus ancestrais, a quem devo toda honra por estar aqui neste planeta, chamado Terra, à Gaia, meu berço e amparo, e à Espiritualidade, em que encontrei a ajuda no processo da caminhada. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

É com imensa gratidão que dedico este trabalho à minha orientadora, Professora Dra. Maria Alves Barbosa. Sua orientação e apoio incondicional foram essenciais para a realização deste estudo. A oportunidade de trabalhar sob sua supervisão foi um privilégio e um marco significativo em minha trajetória acadêmica.

A Professora Dra. Maria Alves Barbosa é uma profissional exemplar, cuja paixão pela pesquisa é contagiante. Sua paciência, conhecimento profundo e capacidade de me guiar por caminhos inovadores foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Sua dedicação em compartilhar seus conhecimentos e experiências me inspirou a buscar sempre a excelência.

Sob a orientação da Professora Dra. Ludmila Grego Maia tive a oportunidade de desenvolver habilidades cruciais para a pesquisa científica, como a capacidade de formular perguntas de pesquisa relevantes, coletar e analisar dados, e comunicar os resultados de forma clara e concisa. Seus ensinamentos me proporcionaram um crescimento intelectual e profissional significativo.

Durante os momentos mais desafiadores da pesquisa, a confiança e o incentivo da orientadora e coorientadora foram fundamentais para que eu mantivesse o foco e a determinação. Suas orientações pacientes e compreensivas me permitiram superar obstáculos e alcançar meus objetivos.

Gostaria de agradecer pelas valiosas sugestões e críticas construtivas que me ajudaram a aprimorar este trabalho. As visões aguçadas e seus conhecimentos aprofundados sobre o tema foram essenciais para a qualidade final do estudo.

Admiro-as profundamente como profissionais e como pessoas. A paixão pela pesquisa, a dedicação e capacidade de inspirar são qualidades que me marcaram profundamente. . Espero estar a altura de honrá-las com o título de doutora tão almejado. Desejo-lhes muito sucesso em seus futuros projetos e agradeço mais uma vez por tudo

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio fundamental no desenvolvimento deste trabalho, que contribui para o fortalecimento dos Programas de Pós-graduação no país. Reconheço o compromisso da CAPES em financiar e promover a formação acadêmica de qualidade, proporcionando recursos indispensáveis para a produção científica e para a capacitação de pesquisadores, independentemente da concessão de bolsas individuais. Essa estrutura de apoio foi essencial para a realização deste estudo e para o avanço do conhecimento na área.

“No meu caminho, o abraço é apertado, o aperto de mão é sincero. Por isso, não estranhe a minha maneira de sorrir e te desejar tanto bem. Eu sou aquela pessoa que acredita no bem, que vive o bem, e que anseia o bem. É assim que enxergo a vida e é assim que eu acredito que vale a pena viver”.

Clarice Lispector

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	
155	
2 OBJETIVOS	188
2.1 Objetivo Geral	188
2.2 Objetivos específicos.....	188
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Concepções históricas sobre a Atenção Primária à Saúde	Erro! Indicador não definido.
3.2 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde	25
3.3 <i>Primary Care Assessment Tool</i>.....	3030
4 METODOLOGIA.....	366
4.1 Caracterização do desenho do estudo	366
4.2 Local de estudo	377
4.3 População do estudo	45
4.4 Tamanho da amostra	485
4.5 Ferramenta da coleta de dados.....	448
4.6 Variáveis do estudo.....	509
4.7 Etapas e procedimentos da coleta de dados.....	50
4.8 Análise dos dados	554
4.9 Aspecto ético e fluxo de pesquisa.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO (ARTIGOS)	588
5.1 Artigo 1	599
5.2 Artigo 2	844
5.3 Artigo 3	1066
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	13030
REFERÊNCIAS	13133
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)14747	
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS <i>PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL</i> (PCATOOL) BRASIL (ADULTO – VERSÃO EXTENSA - 2020).....	15050
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFG	15959
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DA FESP	16363
ANEXO D - COMPROVANTES DE SUBMISSÃO DOS ARTIGOS	16666

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dimensões e conceitos do modelo brasileiro de avaliação de serviços públicos	288
Figura 2 - Atributos essenciais e derivados do <i>Primary Care Assessment Tool</i>	311
Figura 3 - Localização da cidade de Palmas - Tocantins	388
Figura 4 - Inauguração da capital com a primeira missa realizada em frente do Palácio Araguaia	399
Figura 5 - Plano Diretor de Palmas	40
Figura 6 - Palácio Araguaia – sede administrativa - localizado Praça dos Girassóis.	41
Figura 7 – Organograma do aspecto ético e fluxo de pesquisa	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias analíticas dos atributos da Atenção Primária à Saúde.....	333
Quadro 2 - Área de abrangência da Atenção Primária à Saúde nos Territórios de Saúde do município de Palmas – Tocantins (2018)	422
Quadro 3 - Tamanho da Amostra.....	477
Quadro 4 - Atributos, componentes e itens do <i>Primary Care Assessment Tool</i> - Brasil (adulto, versão extensa, 2020)	488
Quadro 5 - Etapas da coleta de dados.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACE – Agente Comunitário de Endemias
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPCI – *Components of Primary Care Instrument*
ECR – Equipe de Consultório na Rua
eAP – Equipe de Atenção Primária
EqSF – Equipe de Saúde da Família
eSB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
e-SUS – Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde
eMulti – Equipe Multiprofissional
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
DP – Desvio padrão
FESP – Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - Tocantins
FNS – Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MS – Ministério da Saúde do Brasil
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCATool – *Primary Care Assessment Tool*
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM – Programa Mais Médicos
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG – Universidade Federal de Goiás

UFT – Universidade Federal do Tocantins

USF – Unidade Saúde da Família

RESUMO

LIMA, Ana Edith Farias. **Avaliação dos atributos da Atenção Primária na visão do usuário: Estudo transversal em uma capital da região Norte do Brasil.** Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2024.

Introdução: A Atenção Primária à Saúde é a base organizadora do cuidado nos demais níveis de atenção à saúde no Brasil. Como eixo fundamental do Sistema Único de Saúde, precisa ser avaliada para que garanta a qualidade dos serviços oferecidos e promova o aprimoramento contínuo das práticas assistenciais. **Objetivo:** Analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos usuários em Palmas, Tocantins, utilizando a ferramenta *Primary Care Assessment Tool*. **Metodologia:** Pesquisa de corte transversal analítico, em que foi utilizada a ferramenta *Primary Care Assessment Tool*, com versão atualizada no Brasil em 2020 pelo Ministério da Saúde, que avalia os atributos da qualidade: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. A coleta foi realizada de novembro/2022 a abril/2023 nas 34 Unidade Saúde da Família distribuída em oito territórios de saúde. **Resultados:** Foram entrevistados 470 usuários, o estudo obteve predominância da participação de mulheres 250 (53,2%); a maioria dos entrevistados se autodeclarou cor da pele parda 236 (50,3%), “com vínculo” 275 (58,5%), residindo em zona urbana 411 (89,5%) e com ensino médio completo 166 (35,3%). A análise dos atributos na percepção dos usuários adultos para o “Acesso de Primeiro Contato - utilização” encontrou um alto escore médio (7,72) e, para o atributo “Coordenação - sistema de informação”, os territórios Kanela obteve uma média de 7,07 e Apinajé a média foi de 7,18, apresentaram os escores mais altos demonstrando a presença e extensão para orientação da Atenção Primária à Saúde. Todavia, as média dos demais atributos apresentaram baixos escores. O Escore Essencial obteve média de 3,61 e a do Escore Geral a média foi 4,48 abaixo do ponto de corte $\geq 6,6$. **Conclusão:** Conclui-se que, pela visão dos usuários, a avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde da capital investigada revela que existem pontos fortes em termos de utilização e acolhimento, e foram identificadas áreas que precisam de melhorias, como resolutividade, coordenação de cuidados e integralidade da atenção. Sendo o Acesso de Primeiro Contato - utilização, o que recebeu melhor avaliação. A associação entre o desempenho do sistema de saúde e a qualidade da assistência prestada na atenção primária do sistema de saúde brasileiro ainda não está conceitualmente bem estabelecida, carecendo de mais estudos que aprofundem e identifiquem os aspectos que possuem maior impacto sobre a melhoria da qualidade.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; *Primary Care Assessment Tool*; Qualidade em Saúde; Territórios de Saúde.

ABSTRACT

LIMA, Ana Edith Farias. **Assessment of Primary Care attributes from the user's perspective: Cross-sectional study in a capital city in the North of Brazil.** Thesis (Doctorate in Nursing and Health) – Faculty of Nursing, Federal University of Goiás, Goiânia, Goiás, 2024.

Introduction: Primary Health Care is the organizing basis of care at the other levels of health care in Brazil. As a fundamental axis of the Unified Health System, it needs to be evaluated in order to guarantee the quality of the services offered and promote the continuous improvement of care practices. **Objective:** To analyze the attributes of Primary Health Care from the perspective of users in Palmas, Tocantins, using the Primary Care Assessment Tool. **Methodology:** This was an analytical cross-sectional study, in which the Primary Care Assessment Tool was used, with a version updated in Brazil in 2020 by the Ministry of Health, which evaluates the attributes of quality: first contact access, longitudinality, coordination and comprehensiveness, family orientation, and community orientation. Data collection was carried out from November 2022 to April 2023 in the 34 Family Health Units distributed in eight health territories. **Results** A total of 470 users were interviewed, the study had a predominance of women, 250 (53.2%); Most of the interviewees declared themselves to be brown 236 (50.3%), "with a contract" 275 (58.5%), living in urban areas 411 (89.5%) and having completed high school 166 (35.3%). The analysis of the attributes in the perception of adult users for "First Contact Access - use" found a high average score (7.72) and, for the attribute "Coordination - information system", the Kanela territories obtained an average of 7.07 and Apinajé the average was 7.18, presented the highest scores demonstrating the presence and extension for Primary Health Care guidance. However, the means of the other attributes had low scores. The Essential Score had a mean of 3.61 and the mean of the General Score was 4.48 below the cut-off point ≥ 6.6 . **Conclusion:** It is concluded that, from the users' point of view, the evaluation of the performance of Primary Health Care in the investigated capital reveals that there are strengths in terms of use and reception, and areas that need improvement were identified, such as problem-solving, care coordination and comprehensiveness of care. First Contact Access - use, was the one that received the best evaluation. The association between the performance of the health system and the quality of care provided in primary care in the Brazilian health system is not yet conceptually well established, and further studies are needed to deepen and identify the aspects that have the greatest impact on quality improvement.

Keywords: Health Evaluation; Primary Health Care; Primary Care Assessment Tool; Quality in Health; Health Territories.

RESUMEN

LIMA, Ana Edith Farías. **Evaluación de los atributos de la Atención Primaria desde la perspectiva del usuario: Estudio transversal en una capital del Norte de Brasil.** Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) – Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2024.

Introducción: La Atención Primaria de Salud es la base organizadora de la atención en los demás niveles de atención de salud en Brasil. Como eje fundamental del Sistema Único de Salud, necesita ser evaluado para garantizar la calidad de los servicios ofrecidos y promover la mejora continua de las prácticas de atención. **Objetivo:** Analizar los atributos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de los usuarios de Palmas, Tocantins, utilizando la Herramienta de Valoración en Atención Primaria. **Metodología:** Se trata de un estudio analítico transversal, en el que se utilizó la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria, con versión actualizada en Brasil en 2020 por el Ministerio de Salud, que evalúa los atributos de calidad: acceso al primer contacto, longitudinalidad, coordinación e integralidad, orientación familiar y orientación comunitaria. La recolección de datos se realizó de noviembre de 2022 a abril de 2023 en las 34 Unidades de Salud de la Familia distribuidas en ocho territorios de salud. **Resultados:** Se entrevistó a un total de 470 usuarios, el estudio tuvo predominio de mujeres, 250 (53,2%); La mayoría de los entrevistados se declararon morenos 236 (50,3%), "con contrato" 275 (58,5%), residentes en zonas urbanas 411 (89,5%) y habiendo completado la enseñanza media 166 (35,3%). El análisis de los atributos en la percepción de los usuarios adultos para "Acceso al Primer Contacto - uso" encontró un puntaje promedio alto (7,72) y, para el atributo "Coordinación - sistema de información", los territorios de Kanela obtuvieron un promedio de 7,07 y Apinajé el promedio fue de 7,18, presentaron los puntajes más altos demostrando la presencia y extensión para la orientación en la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, las medias de los otros atributos tuvieron puntuaciones bajas. El Puntaje Esencial tuvo una media de 3,61 y la media del Puntaje General fue de 4,48 por debajo del punto de corte $\geq 6,6$. **Conclusión:** Se concluye que, desde el punto de vista de los usuarios, la evaluación del desempeño de la Atención Primaria de Salud en la capital investigada revela que existen fortalezas en términos de uso y recepción, y se identificaron áreas de mejora, como la resolución de problemas, la coordinación de la atención y la integralidad de la atención. Acceso al primer contacto - uso, fue el que recibió la mejor evaluación. La asociación entre el desempeño del sistema de salud y la calidad de la atención prestada en la atención básica en el sistema de salud brasileño aún no está bien establecida conceptualmente, y se necesitan más estudios para profundizar e identificar los aspectos que tienen mayor impacto en la mejora de la calidad.

Palavras clave: Evaluación de la Salud; Atención Primaria de Salud; Herramienta de Evaluación de Atención Primaria; Calidad en Salud; Territorios Sanitario.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil possui um sistema universal de saúde, conhecido por Sistema Único de Saúde (SUS) foi previsto na Constituição Federal de 1988. O SUS representa um marco na história da saúde pública brasileira, garantindo o acesso universal e integral à saúde para todos os cidadãos. A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada desse sistema, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e na resolutividade das demandas da população (Brasil, 1988, 2020).

O usuário é o foco de todas as ações e metas do sistema de saúde, e a satisfação dele é considerada um processo dinâmico e mensurável para avaliar a qualidade dos serviços. A satisfação do usuário em especial da APS, é um indicador crucial para avaliar a qualidade da assistência prestada e a efetividade das políticas públicas (Ferreira; Neves; Rosa, 2022).

A avaliação dos usuários sobre os atributos da APS, como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, contribui para a compreensão da experiência dos indivíduos com o sistema e direciona ações para a melhoria contínua dos serviços. A satisfação pode ser influenciada por diversos aspectos de fatores que envolvem: o estado de saúde e da doença, crenças individuais e características sociodemográficas, entre outros. Dessa forma, medir o grau de satisfação do usuário está diretamente relacionado com o cenário em que o acolhimento e o atendimento à saúde acontecem. E avaliar a satisfação do usuário do SUS pode contribuir para que os profissionais e gestores (re) planejem suas práticas (Lira *et al.*, 2018; Silva; Flório; Zanin, 2022).

Nesse sentido, no Brasil, estudos vêm sendo realizados com o intuito de avaliar de que forma os usuários se sentem satisfeitos com os serviços prestados, considerado itens importantes: o agendamento das consultas, o acolhimento, a integralidade do cuidado, a coordenação dos serviços, entre outros (Andreão; Flório; Zanin, 2022; Lucena *et al.*, 2018; Martins; Passos, 2021; Melo *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2022; Silva; Flório; Zanin, 2023; Vieira *et al.*, 2021).

Com o objetivo de avaliar a qualidade da APS e identificar oportunidades de melhoria, diversos instrumentos de avaliação têm sido desenvolvidos. Dentre eles, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), destaca-se como uma ferramenta amplamente utilizada para medir a percepção dos usuários sobre os atributos essenciais e derivados da APS. De acordo com Fracolli, Gragnolati, Scatena (2014) e Ibañez *et al.* (2006) essa ferramenta foi desenvolvida com base na teoria sobre estrutura, processo e resultado, e avalia diferentes atributos da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária (Costa *et al.*, 2020; Donabedian, 1984; Starfield, 2002).

A justificativa para a realização desta pesquisa no campo da saúde pública é fundamentada na importância de se avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS. A avaliação desses atributos permite mensurar os resultados e a qualidade da assistência prestada. Ao reconhecer a presença e a extensão dos atributos, é possível consolidar práticas bem-sucedidas e replicá-las em outras áreas ou unidades de saúde (Fracolli; Gragnolati; Scatena, 2014).

Ademais, a equidade dos serviços de saúde é um princípio fundamental do sistema de saúde brasileiro, portanto, identificar e corrigir disparidades garante que os indivíduos, independentemente de sua localização geográfica, condição socioeconômica ou outras características demográficas, tenham acesso a cuidados de saúde (Costa *et al.*, 2020; Pinto; Silva, 2021).

Como pioneiro na avaliação dos atributos da APS sob a ótica do usuário em Palmas, Tocantins, este estudo contribui significativamente para o aprimoramento dos serviços de saúde na região. Ao adotar uma abordagem centrada no usuário e utilizar o PCATool-Brasil (versão extensa, adulto, 2020) a pesquisa visa identificar os pontos fortes e fracos da APS local, fornecendo subsídios para a tomada de decisões mais assertivas e a implementação de ações estratégicas. A justificativa para essa investigação é multifacetada. Em primeiro lugar, a falta de estudos sobre a percepção dos usuários sobre a APS em Palmas cria uma lacuna no conhecimento científico sobre a qualidade dos serviços oferecidos na região. Em segundo lugar, os resultados desta pesquisa poderão auxiliar na identificação de oportunidades de melhoria, contribuindo para a otimização dos recursos e o fortalecimento da APS. Por fim, ao fornecer evidências científicas sobre a qualidade da APS em Palmas, este estudo

poderá servir como referência para outras pesquisas e iniciativas de melhoria da saúde na região e em outros municípios brasileiros. Em resumo, esta pesquisa contribuirá para o avanço do conhecimento sobre a qualidade da APS em Palmas, Tocantins, e poderá servir como base para a implementação de ações estratégicas para a melhoria contínua dos serviços de saúde oferecidos à população.

Diante do contexto, elencaram-se os seguintes questionamentos: qual é a avaliação dos usuários sobre a Atenção Primária à Saúde de uma capital na região Norte do Brasil? Como os diferentes atributos da Atenção Primária à Saúde variam entre os territórios de saúde? Qual é o impacto dessas variações dos atributos da APS, na eficácia do atendimento e na experiência dos usuários nos diferentes territórios de saúde? Desse modo o estudo objetivou analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos usuários em Palmas, Tocantins, utilizando a ferramenta *Primary Care Assessment Tool*.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos usuários em Palmas, Tocantins, utilizando a ferramenta *Primary Care Assessment Tool*.

2.2 Objetivos específicos

2.1 Quantificar a avaliação dos usuários em relação aos atributos da APS em Palmas, Tocantins, utilizando o PCATool, identificando a frequência com que cada atributo é considerado importante e satisfatório.

2.2 Comparar as médias dos escores obtidos para cada atributo da APS, identificando aqueles que apresentam as maiores e menores pontuações.

2.3 Analisar a associação entre a avaliação dos usuários sobre os atributos da APS e variáveis sociodemográficas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Concepções históricas sobre a Atenção Primária à Saúde do Brasil

A concepção da Atenção Primária à Saúde (APS) foi descrita no Relatório Dawson, publicado em 1920, e representa um marco histórico na definição e organização dos sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito à APS. Elaborado por Sir T. Clifford Allbutt e A.J. Collis, o relatório propôs uma reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra, com foco na criação de serviços de saúde organizados por níveis de complexidade e custos (Dawson, 1962; Organização Pan Americana de Saúde, 2001, 2002).

O Relatório Dawson é reconhecido por apresentar a primeira proposta de organização de sistemas de saúde regionalizados, onde os serviços são estruturados para atender às necessidades da população de maneira interligada e integrada por meio da APS. Esse modelo visa garantir que os serviços de saúde fossem acessíveis e coordenados, promovendo uma abordagem mais eficiente e equitativa na prestação de cuidados de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A história da Atenção Primária à Saúde teve início no século XX, sendo inicialmente estruturada na figura do médico geral. Esse modelo foi concebido através de uma rede territorial de serviços nucleados, organizados a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Somente no final da década de 1970, com a realização da Conferência Internacional de Alma-Ata, foi despertada e enfatizada a importância da APS. A Declaração de Alma-Ata, em 1978, influenciada pelo panorama político e econômico dos países e pelo alto custo do setor da saúde, propôs os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor e na vida social (Costa *et al.*, 2020; Organização Mundial da Saúde, 2008; Organização Pan-Americana de Saúde, 2007, 2011).

Desde então, a Atenção Primária à Saúde é reconhecida como a principal fonte de coordenação e regulação dos cuidados ou ordenadora dos níveis de complexidade. Esse modelo tem demonstrado avanços significativos, refletidos em melhores indicadores de saúde, redução de custos, e ações resolutivas fundamentadas nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que influenciam o processo saúde e adoecimento. Além disso, a APS tem contribuído para uma maior satisfação dos usuários (Janke *et al.*, 2020; Gomes; Fracolli; Reticena, 2021), e

caracteriza-se por:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2017b, p.11).

Starfield (2002), aponta que é por meio da APS que as necessidades da comunidade podem ser adequadamente atendidas. Assim, Starfield define a APS como:

[...] 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 (Starfield, 2002, p. 532).

No contexto da redemocratização e das reformas do sistema de saúde, o Brasil implementou os primeiros programas de APS em 1990, com a implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), ocorreu em um contexto político e econômico peculiar e desafiador. É importante ressaltar que, embora essas iniciativas tenham sido fundamentais para a consolidação da APS no país, elas se desenvolveram em meio a um cenário marcado por profundas transformações. A escassez de recursos financeiros e humanos dificultou a implementação e a expansão dos programas de APS, especialmente nos municípios com menor capacidade de investimento. Muitos municípios não possuíam a capacidade técnica e gerencial necessária para implementar e manter os programas de APS. A mudança do modelo assistencial centrado no hospital para um modelo centrado na comunidade exigiu uma reorientação da prática médica e a superação de resistências por parte de alguns profissionais. A integração entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde foi um desafio constante, devido à fragmentação dos serviços e à falta de comunicação entre os profissionais (Giovanella; Mendonça, 2012).

Em 1996, o Programa Saúde da Família foi reformulado e passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), integrando o PACS e o PSF. Nesse contexto, o crescimento das Equipes de Saúde da Família (EqSF) ocorreu principalmente em cidades pequenas e regiões mais pobres (Brasil, 2014; Melo *et al.*,

2018; Viana; Dal Poz, 2005).

A introdução dos Piso de Atenção Básica (PAB) fixos e variáveis, transferido do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios, facilitou a implantação das EqSF's que superou a lógica de financiamento por convênio e produção ou procedimentos. Essa nova proposta possuía caráter relativamente redistributivo e um tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (*per capita*) e do PAB Variável (por adesão dos municípios aos componentes da ESF), o que, de certo modo, fortaleceu a ESF (Brasil, 2019a; Melo *et al.*, 2018).

Nas primeiras décadas de 2000, esse fortalecimento foi percebido quando da expansão da ESF nos grandes centros urbanos. Em 2008, essa expansão ganhou ainda mais força, impulsionada por políticas específicas de financiamento, já tinha ultrapassado 50% da cobertura da população brasileira. Em 2013, havia 34.724 EqSF, aumentando para 40.162 EqSF em 2015. E 2017, a cobertura da ESF já tinha atingido 64% da população brasileira, beneficiando cerca de 131 milhões de pessoas. Esse crescimento foi impulsionado pela incorporação das Equipes de Saúde Bucal (eSB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2018, chegava a 75% de cobertura. A estimativa para 2024 foi de aproximadamente 91,2%. Todavia, a expansão do serviço, não quer dizer qualidade, pois existem assimetrias na oferta e acesso aos serviços em capitais e municípios brasileiros, em função das heterogeneidades regionais (Costa *et al.*, 2020; Garnelo *et al.*, 2018; Organização [...], [2021?]; Brasil, 2024).

Para enfrentar esses problemas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passou por mudanças significativas. No contexto do Pacto pela Saúde, a primeira edição da PNAB foi publicada pela Portaria nº 648 em 28 de março de 2006. As USF passaram por reformas, ampliações, construções e informatização. Avanços incluíram o Sistema de Informação do SUS (eSUS) como prontuário eletrônico e a criação de modalidades de outro tipo de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais). Houve aumento no orçamento federal, especialmente no Piso da Atenção Básica Variável e em recursos de investimento. Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria nº 154, de 24 de junho, com o objetivo de aumentar a resolutividade das equipes de Saúde da Família (Brasil, 2006, 2017b; Giovanella; Mendonça, 2012).

Em 2013, surgem o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM) para alcançar maior capilaridade do cuidado em áreas antes sem assistências para a população em estado de vulnerabilidade (Brasil, 2011; Melo *et al.*, 2018; Pinto *et al.*, 2021).

Inicialmente estabelecido por uma Medida Provisória, o PMM foi formalizado com a Lei nº 12.871 em outubro de 2013. Após um amplo debate público e aprovação no Congresso Nacional, se reformou a base do financiamento federal para as EqSF's com pagamentos por desempenho e incentivo a programas específico. O PMM - no seu componente provimento - possibilitou maior permanência dos médicos nas EqSF's em áreas de maior vulnerabilidade social, bem como o crescimento da cobertura da ESF, conjuntamente num processo de disputa com a categoria médica, o que provocou debates na sociedade, para além do SUS e da saúde coletiva. Nesse ínterim, os municípios assumiram maior responsabilidade no financiamento do SUS, especialmente na APS, devido à baixa participação estadual. Gestores municipais reivindicaram mais autonomia, apoio financeiro e provimento de médicos, parcialmente atendidos pelas mudanças na PNAB. No entanto, a maior parte do custeio das EqSF's ainda recai sobre os municípios (Brasil, 2006; Mendes, 2007; Harzheim *et al.*, 2013; Mendes; Marques, 2014; Brasil, 2015, 2019a; Campos; Pereira Junior, 2016; Rocha *et al.*, 2021).

É importante ressaltar, que os anos de 2014 e 2015 foram marcados pelo início de uma grave crise política e econômica no país, impactando diretamente o SUS. No âmbito da APS, destacou-se a aprovação da Lei Federal nº 12.994 de 2014, que redefiniu o piso salarial e estabeleceu a obrigatoriedade de contratação direta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Essa medida recaiu mais fortemente sobre os municípios, devido à responsabilidade pela contratação desses profissionais (Brasil, 2014; Melo *et al.*, 2018; Pinto *et al.*, 2021).

Em 2016, diante das repercussões políticas e da crise econômica, o destaque na agenda nacional da revisão da PNAB, precedida pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014 - que alterou a PNAB de 2006 (Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006), facultou a presença de ACS nas equipes, inovando com a incorporação de mais

técnicos de enfermagem. No mesmo ano foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, congelando os gastos com saúde e educação por 20 (vinte) anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nessa época, foi adotado o discurso de eficiência econômica, e defendida a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Somado a isso, em 2017, mudanças nas regras do financiamento federal do SUS encaminhou para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da APS) e uma adoção de custeio e investimento (Mendes; Marques, 2014; Brasil, 2016, 2017c).

Em 2017, os blocos de financiamento do SUS destinados a diferentes áreas e ações de saúde eram organizados em seis blocos principais, incluindo um específico para a APS. Nesse ano, houve uma reestruturação que visou simplificar a gestão financeira e aumentar a eficiência na aplicação dos recursos, permitindo maior flexibilidade para os gestores locais na utilização dos fundos disponíveis. Os seis blocos foram reduzidos a dois principais: (I) Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, abrangendo os recursos destinados à manutenção e operação dos serviços de saúde, que incluía a APS; financiava despesas correntes, como salários, medicamentos e materiais de consumo, e (II) Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde voltado para investimentos em infraestrutura, como construção, reforma e ampliação de unidades de saúde, além da aquisição de equipamentos e tecnologias (Brasil, 2006; Mendes; Marques, 2014).

Ainda em 2017, diante dos protestos dos gestores e profissionais da saúde que começaram desde 2013, a população brasileira manifestou insatisfação com a qualidade dos serviços públicos de saúde, tanto que, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS pactuou uma nova PNAB (Brasil, 2008, 2017c; Cunha; Giovanella, 2011; Schabbach, 2012; Furtado; Vieira-da-Silva, 2014; Ramos; Melo *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 representou um marco importante na organização e na oferta dos serviços de saúde no Brasil. Ela trouxe diversas mudanças e atualizações em relação às versões anteriores, com o objetivo de fortalecer a APS e garantir o acesso da população aos serviços de saúde de forma mais equânime e resolutiva (Brasil, 2017c).

- I) Reformulação das Equipes de Saúde da Família: a) as equipes foram reestruturadas para atender a uma maior diversidade de demandas da população, incluindo a atenção a grupos específicos como idosos, gestantes e pessoas com doenças crônicas; b) Inclusão de novos profissionais - a PNAB 2017 incentivou a inclusão de novos profissionais nas equipes, como farmacêuticos e nutricionistas, visando ampliar a oferta de serviços e a resolutividade da atenção; c) Flexibilização da composição das equipes - a nova política permitiu uma maior flexibilidade na composição das equipes, adaptando-as às necessidades de cada território.
- II) Fortalecimento da Coordenação do Cuidado: a) Centralização da APS - a PNAB 2017 reafirmou a APS como o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, incentivando a coordenação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção; b) Gestão de casos - gestão de casos foi fortalecida como estratégia para acompanhar os usuários com condições crônicas e garantir a continuidade do cuidado.
- III) Expansão da Atenção Domiciliar: Ampliação do acesso - a PNAB 2017 incentivou a expansão da atenção domiciliar, garantindo o acesso aos serviços de saúde para pessoas com dificuldade de locomoção ou com necessidades de cuidados complexos.
- IV) Valorização da Saúde Bucal: Integração da saúde bucal - a saúde bucal foi integrada à atenção básica, com a oferta de serviços odontológicos nas Unidades de Saúde da Família.
- V) Enfrentamento das Determinantes Sociais da Saúde: Abordagem integral - a PNAB 2017 reconheceu a importância de abordar as determinantes sociais da saúde, como as condições de vida, trabalho e habitação, para promover a saúde da população.
- VI) Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs): Uso de ferramentas digitais - a PNAB 2017 incentivou o uso de ferramentas digitais para facilitar o acesso aos serviços de saúde, a gestão dos dados e a comunicação entre os profissionais.

Em 2019 foi instituído o Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que substituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O Previne Brasil foi pensado para ser um novo modelo de financiamento da APS, tendo como foco, a capitação ponderada, ou seja, pagamento por desempenho e incentivo para as ações estratégicas. No mesmo ano, Ministério da Saúde criou a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) com o objetivo de apoiar e criar estratégias para aumentar a resolutividade da APS e melhorar a qualidade do cuidado. Foram implementados programas como o Saúde na Hora, que ampliou o horário de funcionamento das UBS com três ou mais eqSF, incentivo financeiro ao uso do prontuário eletrônico, e financiamento de diferentes modalidades de horários de trabalho (Brasil, 2019b; Reis *et al.*, 2019).

Diante desse contexto, em 2021, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi substituído por equipes multiprofissionais (eMulti) com o objetivo de melhorar a eficiência e a gestão dos recursos para a atenção primária (Gomes; Fracolli; Reticena, 2021).

3.2 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde

Compreender e avaliar as características próprias da APS desvenda o complexo fenômeno da qualidade dos serviços e questiona a relação com o contexto atual das políticas públicas. Problemas como a precarização do financiamento, dificuldades de gestão, queda na produtividade, alta rotatividade de funcionários, sobrecarga de trabalho, atrasos em projetos e metas, falta de processos bem definidos e as desigualdades entre os municípios contribuem para a fragilização do cuidado. Esses fatores reforçam a necessidade de uma gestão comprometida e estratégica, voltada para o fortalecimento dessa importante esfera da saúde (Janke *et al.*, 2020).

Diante da escassez de recursos na área da saúde no Brasil, é fundamental que a gestão adote uma racionalidade gerencial para otimizar o uso dos recursos disponíveis. A APS, embora essencial, não consegue resolver todos os problemas em todas as suas dimensões. Nesse contexto, frente aos retrocessos e desafios do setor, a gestão precisa focar nas causas principais dos problemas, investindo na avaliação, regulação e monitoramento dos processos. Isso aprimora a tomada de decisão,

promovendo intervenções mais eficazes e garantindo uma alocação de recursos mais eficiente (Gomes; Fracolli; Reticena, 2021).

A avaliação dos serviços de saúde é importante para definir com clareza a qualidade que os serviços são ofertados à população e, o quanto o usuário que usa o serviço se sente satisfeito. O conceito de qualidade é complexo e multifacetado, variando conforme as avaliações de cada pessoa. A qualidade depende de fatores como conhecimento prévio, experiências, bagagem cultural, além das necessidades e expectativas do momento. Essa subjetividade permite diferentes perspectivas sobre o que constitui qualidade. Avaliar a qualidade é, portanto, um processo que visa aperfeiçoar um serviço por meio de parâmetros que permitem conhecer e mensurar essa qualidade (Costa *et al.*, 2020; D'Ávila *et al.*, 2017; Salomi *et al.*, 2005).

Donabedian (1984) propôs uma abordagem abrangente para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, indicando que se deve considerar três dimensões fundamentais: estrutura, processo e resultado. Em 1990, complementou sua proposta com sete atributos essenciais da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos permitem uma avaliação abrangente dos serviços, abordando tanto o desempenho técnico quanto a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas da população.

A avaliação dos serviços de saúde deve ser conduzida por meio de ferramentas que considerem a diversidade e a complexidade dos aspectos a serem analisados. Sob a ótica do usuário, a avaliação é frequentemente baseada no atributo da aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços com as expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. Esse atributo é fundamental para entender se os serviços atendem às necessidades e desejos da população, refletindo a satisfação e a qualidade percebida pelo usuário (Donabedian, 1990).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (2001), avaliar os serviços de saúde é uma prioridade constante para a saúde pública. A geração e o uso de informações detalhadas analisam o cenário com análise das tendências e, ainda embasam a tomada das decisões e orientam o planejamento de ações. Para responder a essa demanda, o MS desenvolveu e implementou Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que têm se qualificado progressivamente e mostram um potencial significativo para apoio à gestão e à formulação de políticas (Donabedian, 1990; Medrado; Casanova; Oliveira, 2015; Organização Mundial da Saúde, 2008;

Paim, 2006).

No final de 1990 e início de ano 2000, diversos países desenvolveram ferramentas para avaliar a qualidade da APS. Essas ferramentas foram concebidas para captar a experiência de usuários, profissionais e gestores no cotidiano dos serviços de saúde, proporcionando uma visão ampla sobre a eficácia e a qualidade do atendimento. A exemplo: o *Components of Primary Care Instrument (CPCI)*, criado por Flocke e colaboradores, o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, criado por Starfield e colaboradores (Starfield, 2002; D'Ávila *et al.*, 2017).

Pesquisas no Brasil utilizando o PCATool mostraram altos escores na avaliação dos usuários, especialmente nos estados do Rio Grande do Sul e Amazonas (Bandeira *et al.*, 2020). No Pará, houve alto escore na coordenação de sistemas de informação, mas escore insatisfatório na integração do cuidado (Almeida *et al.*, 2018). Estudo realizado em Diamantina-MG, revelou escores diferentes entre usuários e profissionais, nas áreas rurais e urbanas, destacando a importância de avaliar e intervir no desempenho da saúde pública com foco em usuários, profissionais e gestores (Silva; Alves, 2019).

No Brasil, apesar dos avanços dos serviços públicos de um modo geral, o modelo de avaliação ainda enfrenta desafios devido à heterogeneidade na qualidade dos serviços entre estados e municípios, se destacando a necessidade de maior padronização e aprimoramento dessas ferramentas. O modelo criado no Brasil enfrenta dificuldades na participação da sociedade civil e na utilização dos resultados das avaliações para a tomada de decisão e aprimoramento contínuo. Portanto, embora tenham ocorrido progressos na avaliação dos serviços públicos, ainda há espaço para melhorias visando garantir maior participação da população que usa os serviços (Brasil, 2012b, 2000).

A Figura 1 ilustra um metamodelo de avaliação dos serviços públicos, que considera as dimensões de esforço, confiança, informações, rapidez, usabilidade e atendimento.

Figura 1 - Dimensões e conceitos do modelo brasileiro de avaliação de serviços públicos



Fonte: Brasil (2000).

O metamodelo acima evidencia a prioridade dada pelo Brasil ao desenvolvimento de ferramentas de avaliação para fortalecer a qualidade dos serviços de saúde. Ao analisar fatores como o esforço necessário para acessar o serviço, a confiança na equipe, a clareza das informações fornecidas, a agilidade no atendimento para que não se prolongue o tempo de espera, a facilidade de uso dos serviços e a qualidade do atendimento, é possível realizar uma avaliação detalhada e multidimensional. Essas dimensões são cruciais para identificar e corrigir deficiências, promovendo uma experiência mais satisfatória e efetiva para a população brasileira (Brasil, 2000).

O uso desse tipo de ferramenta tem incentivado pesquisas que buscam gerar evidências sobre a satisfação do usuário. Essas pesquisas avaliam como os serviços estão atendendo às expectativas e necessidades da população, fornecendo dados valiosos para o aprimoramento das políticas públicas de saúde. A coleta e análise sistemática dos dados relacionados à satisfação permitem que o sistema de saúde tome decisões informadas, alinhe os serviços às expectativas do usuário e aprimore continuamente a qualidade e acessibilidade. Assim, o investimento em ferramentas de avaliação e a realização de pesquisas são passos fundamentais para fortalecer a confiança pública e a eficácia do sistema de saúde (Brasil, 2000).

Em 2019, no Brasil foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde que coletou dados abrangentes sobre saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Os resultados, divulgados em 2020 pelo Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, mostraram o desempenho da rede pública de saúde em termos de acesso, uso dos serviços e condições de saúde. A pesquisa incluiu usuários adultos que se consultaram pelo menos duas vezes com o mesmo médico na USF nos seis meses anteriores, utilizando um questionário adaptado do PCATool - Brasil, 2020. Os dados revelaram uma avaliação positiva da qualidade do atendimento público e permitiram comparações internacionais (IBGE, 2019).

Apesar dos incentivos para pesquisas sobre a avaliação da APS focado em diversos aspectos como implantação, desempenho e equidade, ainda existem lacunas a serem exploradas. Uma dessas lacunas é a complexidade do sistema de referência e contrarreferência na coordenação do cuidado e na integração de sistemas de informação (Mendes, 2007, 2008, 2009, 2011).

A complexidade do sistema de referência e contrarreferência na APS é um desafio completo que impacta diretamente a qualidade e a continuidade do cuidado. Além da coordenação do cuidado e da integração de sistemas de informação, outras questões relevantes merecem destaque (Gomes; Fracolli; Reticena, 2021):

- i) **Fragmentação do cuidado** - a falta de comunicação eficaz entre os diferentes níveis de atenção, tanto na referência quanto na contrarreferência, pode gerar duplicação de exames, tratamentos desnecessários e perda de informações relevantes para o paciente. Essa fragmentação dificulta o acompanhamento longitudinal do indivíduo e a construção de um plano de cuidado integral;
- ii) **Barreiras geográficas e socioeconômicas** - a distância entre os serviços de saúde, a falta de transporte adequado e as dificuldades de acesso à informação podem limitar o acesso dos usuários aos serviços de referência e contrarreferência, especialmente para populações vulneráveis. Além disso, fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade, podem influenciar a utilização desses serviços;
- iii) **Falta de recursos humanos e infraestrutura** - a escassez de profissionais de saúde qualificados, a falta de equipamentos e a insuficiência de recursos financeiros podem comprometer a qualidade

da assistência prestada nos serviços de referência e contrarreferência. A ausência de protocolos clínicos e diretrizes claras para a gestão desses processos também contribui para a ineficiência do sistema.

Para solucionar essas lacunas, é importante investir em ações que promovam a integração dos sistemas de informação, a qualificação dos profissionais de saúde, o fortalecimento da comunicação entre os diferentes níveis de atenção e a garantia do acesso equânime aos serviços de referência e contrarreferência. Além disso, é preciso considerar as especificidades de cada contexto local e envolver os usuários dos serviços na construção de soluções mais eficientes e humanizadas (Perillo *et al.*, 2020)

3.3 Primary Care Assessment Tool

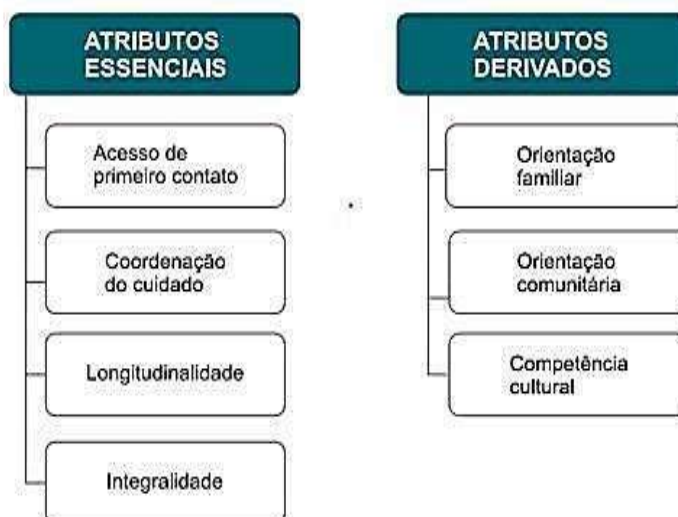
O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), desenvolvido por Bárbara Starfield na Universidade Johns Hopkins, é uma ferramenta reconhecida para avaliar a qualidade da APS. É utilizada para medir atributos essenciais da APS, como acessibilidade, integralidade, longitudinalidade, coordenação de cuidados, centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural. A presença desses atributos melhora os desfechos de saúde, a satisfação dos usuários, reduz custos e aumenta a equidade no atendimento, visto que, para ser resolutive, a APS deve atender às necessidades da população e fortalecer sua interação para formar vínculo com a comunidade (Almeida *et al.*, 2018; Bandeira *et al.*, 2020; Brasil, 2020; Costa *et al.*, 2021; D'Ávila *et al.*, 2017; Maia *et al.*, 2020; Paixão *et al.*, 2019; Perillo *et al.*, 2020; Pinto *et al.*, 2021; Pinto; Silva, 2021; Rezende *et al.*, 2022; Starfield, 2002).

A validação do *Primary Care Assessment Tool* foi um processo rigoroso que garantiu a confiabilidade dos resultados. Foram realizados estudos com diferentes grupos de pessoas envolvidas na APS, como profissionais de saúde, gestores e usuários. Os dados coletados por meio de questionários foram submetidos à análise estatística. Além disso, a confiabilidade foi avaliada por meio de indicadores estatísticos, como o coeficiente de alfa de *Cronbach*. E ainda, a robustez da ferramenta foi comprovada por meio de estudos conduzidos em diversos contextos culturais e sistemas de saúde, atestando sua validade transcultural e transnacional.

Essa ampla validação possibilitou o estabelecimento de uma versão final do PCATool, consolidando-o como uma ferramenta de referência internacional para a avaliação da APS. A validação do PCATool foi essencial para garantir que a ferramenta mensure o que se propõe a medir e que os resultados obtidos são confiáveis para subsidiar a tomada de decisões e a melhoria dos serviços de saúde. (Starfield, 2002; D'Ávila *et al.*, 2017; Rezende *et al.*, 2022).

Na Figura 2, se observa os atributos categorizados em: a) essenciais - acesso de primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integridade; b) derivados - orientação familiar, orientação comunitária e orientação cultural.

Figura 2 - Atributos essenciais e derivados do *Primary Care Assessment Tool*



Fonte: Brasil (2020).

O atributo **Competência cultural**¹ não obteve as propriedades métricas minimamente desejáveis para a sua permanência, em processo de validação idealizada para o Brasil (Brasil, 2020).

Ao longo dos anos, o PCATool sofreu algumas adaptações por seus idealizadores, com a inclusão de novos componentes para melhor refletir a complexidade da APS. No atributo acesso de primeiro contato, foram incorporados

¹ Detalhes podem ser obtidos em Harzheim *et al.* (2013) e no Manual do *Primary Care Assessment Tool* – Brasil (2020).

os componentes utilização e acessibilidade, ampliando a análise para além da mera proximidade geográfica e disponibilidade de horários, incluindo a frequência de uso dos serviços e a facilidade de obtenção de atendimento. O atributo coordenação do cuidado também passou por modificações, a integração de cuidados e a utilização de sistemas de informação foram adicionadas, reforçando a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e do uso de ferramentas tecnológicas para garantir a continuidade do tratamento e a otimização dos processos. O atributo integralidade foi enriquecido com os componentes serviços disponíveis e serviços prestados, permitindo uma avaliação mais detalhada da oferta e da utilização dos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2020; Pinto *et al.*, 2021; Shi; Starfield; Xu, 2001; Starfield, 2002).

Os atributos longitudinalidade, orientação familiar, orientação comunitária não possuem componentes adicionais no PCATool. Levanta-se crítica sobre essa característica, uma vez que pode limitar a análise de alguns aspectos da qualidade da atenção, como a construção de relações duradouras com os pacientes e a capacidade de responder às necessidades específicas de diferentes grupos populacionais (Brasil, 2020; Pinto *et al.*, 2021; Shi; Starfield; Xu, 2001; Starfield, 2002).

Starfield (2002) destaca que é importante avaliar a presença e a força dos atributos da APS para compreender a qualidade e o impacto dos serviços ofertados. A presença deles, como o acesso, a longitudinalidade e a integralidade, está diretamente relacionada a melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários e menor custo dos serviços. Ao garantir uma APS de qualidade, é possível reduzir a necessidade de hospitalizações e otimizar a utilização dos recursos disponíveis no sistema de saúde. A orientação dos serviços de saúde pelos atributos da APS, portanto, é fundamental para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida da população.

Estudos realizados por autores, como Kringos *et al.* (2013) e Pinto *et al.* (2021), corroboram as afirmações de Starfield (2002), evidenciando a relação entre a presença dos atributos da APS e melhores resultados em saúde. Ao se fortalecer os atributos da APS, aumenta a resolutividade dos problemas de saúde na atenção básica, reduzindo a necessidade de encaminhamentos para níveis de complexidade mais elevados. Dessa forma, a avaliação da APS, por meio do PCATool, se torna uma ferramenta essencial para a gestão e o planejamento dos serviços de saúde,

permitindo identificar as áreas que necessitam de melhorias e direcionar ações para a otimização da assistência.

O Quadro 1 apresenta as categorias analíticas dos atributos da APS, conforme descrito no PCATool. Esse atributos incluem aspectos como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, a integralidade, entre outros. Cada um deles refere-se à conexão entre a qualidade e satisfação e perpassa pelo bom funcionamento da APS garantindo que os usuários tenham uma experiência contínua com o SUS.

Quadro 1 - Categorias analíticas dos atributos da Atenção Primária à Saúde

ATRIBUTOS	DESCRIÇÃO
Afiliação	Refere-se à relação contínua e regular entre o paciente e a unidade de saúde, que garante que a pessoa tenha um vínculo com a APS e que possa ser acompanhada ao longo do tempo. A afiliação implica na escolha da unidade básica de saúde como referência para o cuidado, permitindo que o paciente receba cuidados contínuos e coordenados, além de facilitar o acesso a outros níveis de atenção quando necessário. Esse atributo é importante para assegurar a continuidade do cuidado e promover a integralidade da atenção à saúde, evitando fragmentação e aumentando a eficiência e a qualidade do atendimento (Starfield, 2002).
Acesso de Primeiro Contato	Envolve a análise de diversos fatores, como a disponibilidade de horários de funcionamento das unidades de saúde para atendimento aos usuários; a existência de acolhimento e atendimento regular tanto para demandas espontâneas quanto programadas; e a acessibilidade da equipe de saúde da família na maior parte do tempo. Além disso, considera-se se os serviços são oportunos, contínuos e capazes de atender à demanda real, garantindo o acesso a outros níveis de atenção. Em síntese, trata-se de compreender o papel da APS nos sistemas de saúde e identificar seus principais desafios para a construção de uma atenção integral à saúde (Albuquerque <i>et al.</i> , 2014; Giovanella; Mendonça, 2012).
Integralidade	Exige que a APS reconheça de forma adequada a ampla gama de necessidades dos pacientes e disponibilize os recursos necessários para atendê-las. Isso inclui a oferta de insumos, como vacinas e medicamentos, em qualidade e quantidade adequadas, além da qualificação e distribuição mais eficiente dos profissionais de saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Dessa forma, é possível atender tanto aos grupos inseridos em programas de saúde quanto a demandas

	específicas, como alcoolismo, uso de drogas e saúde mental (Lima <i>et al.</i> , 2016; Starfield, 2002).
Longitudinalidade	Cunha e Giovanella (2011, p. 1038) propõem o termo “vínculo longitudinal” para descrever a relação terapêutica entre o paciente e o profissional da equipe de APS, caracterizada pelo reconhecimento e uso contínuo da unidade básica de saúde como referência regular de cuidado ao longo do tempo.
Coordenação de Cuidados	Refere-se à coordenação entre diferentes serviços, ações e profissionais na atenção à saúde, garantindo que o cuidado, independentemente do local onde é prestado, esteja alinhado e direcionado para um objetivo comum. Essa abordagem se baseia na integração entre prestadores e profissionais organizados em rede, tendo a APS como eixo orientador (Almeida <i>et al.</i> , 2018, p. 375).
Orientação da Comunidade	Refere-se a uma abordagem da APS que combina habilidades epidemiológicas e clínicas de maneira complementar, permitindo a adaptação dos programas às necessidades específicas de uma população definida (Starfield, 2002, p. 537).
Orientação Familiar	Ocorre quando a integralidade do cuidado considera o paciente em seu contexto, incluindo seu ambiente, necessidades familiares e exposição a riscos, além de enfrentar desafios na coordenação da atenção diante de recursos familiares limitados (Starfield, 2002, p. 486-487).

Fonte: Adaptado de Brasil (2020).

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) é uma ferramenta essencial para avaliar a qualidade da APS, permitindo medir a presença e a extensão de seus atributos fundamentais. Sua aplicação possibilita não apenas identificar pontos fortes e fragilidades dos serviços, mas também comparar os resultados com padrões de qualidade e orientar estratégias de aprimoramento. Dessa forma, o PCATool se torna um instrumento indispensável para fortalecer a APS e garantir um cuidado mais eficaz e equitativo (Starfield, 2002).

A utilização do PCATool tem se mostrado cada vez mais relevante no contexto da saúde pública, uma vez que a APS é considerada a porta de entrada do sistema de saúde e desempenha um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral aos usuários. Ao avaliar a qualidade da APS por meio do PCATool, os gestores e profissionais de saúde podem melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, otimizar o uso de recursos e garantir melhores resultados para a população (Pinto *et al.*, 2021).

Além de identificar os atributos da APS que precisam ser fortalecidos, o PCATool é uma ferramenta estratégica para a gestão da qualidade no SUS. Ele permite monitorar o desempenho dos serviços ao longo do tempo, avaliar o impacto de intervenções e políticas públicas e comparar resultados entre diferentes regiões e grupos populacionais. Dessa forma, sua aplicação contribui para aprimorar a organização da APS, garantindo maior eficiência, equidade e acesso qualificado aos serviços de saúde no SUS (Rezende *et al.*, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do desenho do estudo

A pesquisa em questão caracteriza-se como um estudo de corte transversal analítico, cuja abordagem permite investigar associações entre variáveis em um momento específico no tempo. Nesse tipo de estudo, os dados são coletados de uma amostra representativa da população-alvo em um ponto único, o que possibilita uma análise da prevalência e dos fatores associados a determinados fenômenos ou atributos, como os da APS descritos pelo PCATool. Estudos transversais são particularmente úteis para descrever características populacionais e para identificar relações entre variáveis que podem fundamentar intervenções e políticas públicas (Duarte *et al.*, 2020; Giovanella; Fleury, 2020).

Em pesquisas de corte transversal, os atributos avaliados — como acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade — são medidos simultaneamente, facilitando a compreensão das necessidades e expectativas dos usuários de serviços de saúde. Por meio desse método, é possível observar, por exemplo, como o acesso ao primeiro contato e a continuidade do cuidado estão relacionados à satisfação do usuário ou à qualidade percebida dos serviços de APS. Contudo, por serem estudos observacionais em um momento único, os cortes transversais não permitem estabelecer relações causais, apesar de fornecerem importantes *insights* para análises mais aprofundadas e para o planejamento de estudos longitudinais futuros (Paula; Sá, 2020; Starfield; Shi, 2001).

Utilizou-se a ferramenta de avaliação na pesquisa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para melhorar a qualidade e a transparência na comunicação de resultados de estudos transversais e observacionais. Esses estudos, que não envolvem intervenções, são fundamentais para a pesquisa em diversas áreas da saúde, como epidemiologia, saúde pública e ciências sociais (STROBE, 2007).

O *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* fornece um conjunto de itens e recomendações que orientam os pesquisadores a relatarem de forma clara e completa os seus estudos. Isso facilita a comparação entre diferentes estudos, a avaliação crítica dos resultados e a replicação de pesquisas, que

detalha o desenho do estudo, o método utilizado, os resultados obtidos e as limitações da pesquisa (STROBE, 2007).

O *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* oferece um checklist com itens que devem ser abordados em diferentes seções do artigo científico, como título, resumo, introdução, métodos, resultados e discussão. Esses itens cobrem aspectos como: a) Objetivo do estudo: Qual a pergunta de pesquisa? b) Desenho do estudo: Qual o tipo de estudo (coorte, caso-controle, transversal)? c) Participantes: Quem foram os participantes do estudo? d) Exposição e desfecho: O que foi medido e como? e) Análise dos dados: Quais os métodos estatísticos utilizados? f) Resultados: Quais os principais resultados encontrados? e g) Interpretação: O que os resultados significam? (STROBE, 2007).

4.2 Local de estudo

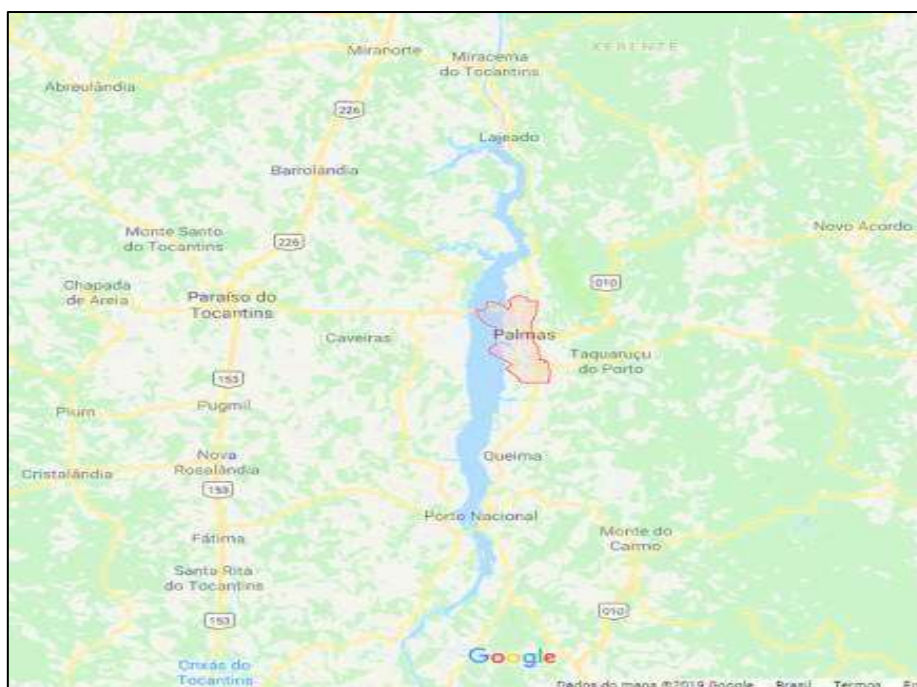
O cenário de estudo foi a cidade de Palmas, capital do Tocantins, o mais novo estado brasileiro, instalado em 1º de janeiro de 1989, após emancipação do estado de Goiás. Está localizado na região Norte do Brasil. Faz divisa com seis estados brasileiros, cada um localizado em uma direção específica. Norte e Nordeste: Maranhão; Sul: Goiás; Sudeste: Bahia; Leste: Maranhão, Piauí e Bahia; Sudoeste: Goiás, Mato Grosso; Oeste: Mato Grosso e Pará; Noroeste: Pará. Estando situado em uma posição entre o cerrado e o semiárido do Nordeste e da floresta Amazônica. Essa localização tornou o Tocantins um lugar de fácil afluência de migrantes de várias origens (Teixeira, 2009).

Palmas, conhecida como a última capital brasileira planejada do século XX, foi idealizada para abrigar a sede administrativa do Estado, e está localizada na mesorregião Oriental do Tocantins. Teve seu nome escolhido em homenagem à Comarca de São João da Palmas (atual município de Paranã, Tocantins), em que ocorreu o movimento separatista da região. Instalada em 1809 na barra do Rio Palma com o Rio Paranã. Outro fator que influenciou o nome foi a grande quantidade de Palmeiras na região (Cidade-Brasil, 2021; Mendonça, 2011).

Palmas, como mostra a Figura 3, faz divisa com as cidades de Lajeado e Porto Nacional. O Lago de Palmas, da Usina Hidrelétrica de Lajeado, margeia Palmas. Com

uma área territorial de 2.227 km², possui as seguintes coordenadas geográficas: Latitude-Sul: 10° 10' 8", Longitude-Oeste: 48° 19' 54" e densidade demográfica de 135.9 hab/km². Conforme o último censo (2022), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa populacional de Palmas em 2024 chegará a 323.625 habitantes. (Cidade-Brasil, 2021; Santos, 2018, IBGE, 2022).

Figura 3 - Localização da cidade de Palmas - Tocantins



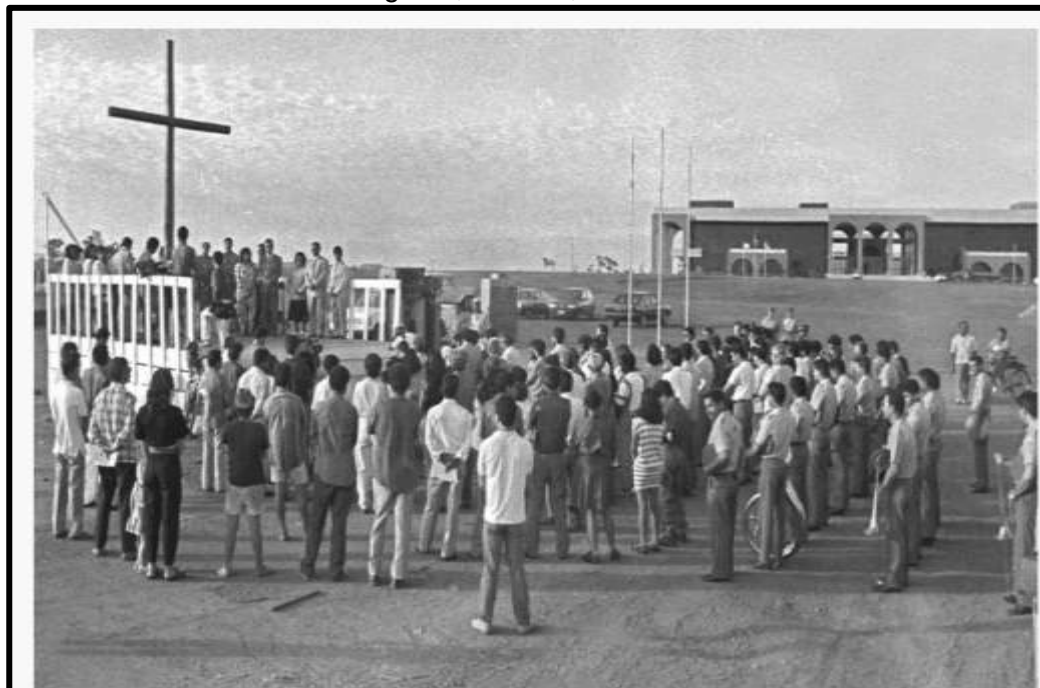
Fonte: Google Maps (2023)².

Pessoas de diversas regiões do Brasil foram atraídas para o Tocantins em busca de melhores condições de vida, alimentadas pela expectativa de encontrar, com a implantação da capital, um “novo eldorado”. No entanto, essa migração intensificou a expansão urbana desordenada, especialmente com o aumento das invasões além do plano básico de ocupação. Como consequência, surgiram grandes loteamentos de sítios nos arredores da cidade, adotados como uma estratégia de contenção da ocupação descontrolada (Teixeira, 2009).

A Figura 4 retrata a primeira missa celebrada em Palmas, em frente ao Palácio Araguaia, na Praça dos Girassóis, no momento de inauguração da capital (Mendonça, 2011).

² Acesso em 12 de agosto de 2023.

Figura 4 - Inauguração da capital com a primeira missa realizada em frente do Palácio Araguaia, Palmas, Tocantins.



Fonte: Mendonça (2011).

Nota: Fotografia de Márcio Di Pietro, tirada em 1989.

Palmas começou a se formar de fato após o desmembramento de Tocantins com o estado de Goiás, que se formalizou através da Constituição do Brasil de 1988. Além do Plano Diretor, surgiram áreas como Taquaralto e os Jardins Aurenny (I, II, III e IV), impulsionadas pela migração e pelo crescimento populacional. O município conta com os distritos de Taquaruçu, Taquaruçu Grande e Buritirana, localizados na zona rural ao longo da rodovia TO-030. E também faz divisa como distrito Luzimangues que pertence à cidade de Porto Nacional, Tocantins (Cidade-Brasil, 2021).

Inicialmente, Palmas não possuía a infraestrutura necessária para abrigar uma sede administrativa, e que na época estava localizada na cidade de Miracema, Tocantins. Com isso, a capital foi idealizada na época, pelo governador Siqueira Campos, que solicitou o desenvolvimento do projeto aos arquitetos Luiz Fernando Cruvinel Teixeira e Walfredo Antunes de Oliveira Filho (Mendonça, 2011).

A Figura 5 retrata a área do Plano Diretor de Palmas que foi fundamental para o planejamento e ordenamento urbano da cidade. Esse plano visou estruturar o crescimento da capital, promovendo a organização dos espaços públicos, a infraestrutura necessária e a definição de zonas residenciais, comerciais e de

serviços. No Plano Diretor, se destacam os principais eixos viários e áreas verdes de Palmas, além de evidenciar a distribuição de serviços essenciais, como saúde e educação, que são integrados ao desenvolvimento urbano. A ideia é que essa abordagem buscasse garantir a qualidade de vida dos habitantes, promovendo um ambiente urbano sustentável e funcional (Mendonça, 2011).

Figura 5 - Plano Diretor de Palmas, Tocantins



Fonte: Mendonça (2011).

Nota: Fotografia de Márcio Di Pietro, tirada em 1989.

Todavia, os desafios urbanísticos enfrentados pela capital já haviam sido antecipados por Oliveira Filho (2011, p.1). O arquiteto expressou preocupação com o uso e ocupação inadequados de determinados espaços da cidade, destacando que “[...] havia uma espécie de liberalidade excessiva em conceder usos para áreas que não estavam previstas [...]”. Segundo ele, futuramente, isso comprometeria a funcionalidade dos espaços (Mendonça, 2011).

A Figura 6 mostra o Palácio Araguaia, sede administrativa da capital, localizado no centro da cidade, na Praça dos Girassóis. A partir deste ponto é possível identificar as regiões norte, sul, leste e oeste de Palmas (Mendonça, 2011).

Figura 6 - Palácio Araguaia – sede administrativa - localizado Praça dos Girassóis, Palmas, Tocantins



Fonte: Mendonça (2011).

Nota: Fotografia de Luciano Ribeiro, tirada em 1989.

A partir de 1997, o sistema de saúde de Palmas, foi reorganizado para possibilitar a municipalização da saúde. A cobertura populacional da ESF que acompanha a população de um determinado território de saúde cresceu rapidamente até o ano 2000, quando 77% da população recebia algum tipo de atendimento de saúde da família. Entre 2001 a 2015, devido mudanças de gestão, houve oscilações de abrangência da APS. Mas, a partir de 2016, ela alcançou o percentual de 100% de cobertura na capital, mantendo-se desde então (Cidade-Brasil, 2021; Santos, 2018, Brasil, 2017a; SAGE, 2017b, Tocantins, [2021?]).

Em 2017, o município já contava com 65 equipes Atenção Primária (eAP), o trabalho realizado nas 34 USF é apoiado por 85 EqSF, distribuídas em 75 Equipes de Saúde Bucal (eSB), 13 Equipes Multiprofissionais (eMulti) e uma Equipe de Consultório na Rua (ECR). Palmas possui uma unidade com imóvel locado e 33 USF com sedes próprias. As 34 USF estão distribuídas nos oito territórios de saúde ou regiões de saúde, que receberam a identificação dos nomes dos povos originários (Cidade-Brasil, 2021; Caracterização [...], 2018; Santos, 2018).

Nos seus 36 anos de criação (1988 – 2024), Palmas continua em pleno crescimento, com uma população estimada em 286.787 habitantes, em 2017 (IBGE).

A cidade experimentou um crescimento populacional expressivo nos últimos anos, se tornando um relevante centro urbano na região Norte do Brasil. Diante desse cenário, a APS municipal necessita de planejamento estratégico para garantir a abrangência territorial e atender às demandas de uma população em constante expansão (Cidade-Brasil, 2021).

Em reconhecimento à rica história indígena do Tocantins, Palmas dividiu sua APS em oito territórios, cada um com o nome de um povo originário. Apesar da significativa redução populacional, a presença indígena no estado ainda é relevante, com mais de 14 mil indígenas, segundo o IBGE (2022) (Santos, 2018; Cidade-Brasil, 2021; IBGE, 2022).

O Quadro 2 mostra os oito territórios de saúde de Palmas que são a base para o planejamento e gestão da APS, assegurando uma organização integrada dos serviços de saúde e facilitando o acesso da população aos cuidados necessários. Cada território conta com uma ou mais USF's, estrategicamente localizadas para atender a demanda da comunidade (Brasil, 2012a).

Quadro 2 - Área de abrangência da Atenção Primária à Saúde nos oito Territórios de Saúde em Palmas, Tocantins (2018)

Territórios	Unidade Saúde da Família (USF) Área de abrangência por quadras
<p style="text-align: center;">Kanela (zona urbana e área rural)</p>	USF - Quadra 409 Norte USF José Luiz Otaviani – Quadra 307 Norte USF - Quadra 405 Norte eMulti ³ Kanela
	USF – Quadra 403 Norte USF – Quadra 503 Norte USF – Quadra 603 Norte eMulti Kanela II
<p style="text-align: center;">Apinajé</p>	USF – Quadra 108 Sul

³ O termo **eMulti (Equipe Multiprofissional)** passou a ser utilizado em 2023, com a publicação da **Portaria GM/MS nº 635**, de 22 de maio de 2023, que instituiu a equipe multiprofissional na atenção primária à saúde. Anteriormente, essas equipes eram conhecidas como **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, instituídos pela **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. A mudança de nomenclatura reflete a evolução e o fortalecimento do modelo de atenção multiprofissional no SUS (Ministério da Saúde, 2023).

(zona urbana e área rural)	USF Loiane Moreno Vieira – Quadra 210 Sul eMulti Apinajé
	USF – Quadra 406 Norte USF – Quadra 508 Norte eMulti Apinajé II
Xambioá (zona urbana e área rural)	USF Francisco Júnior – Quadra 403 Sul USF Professora Isabel Auler – Quadra 207 Sul eMulti Xambioá
	USF – Quadra 712 Sul USF – Quadra 806 Sul EMulti Xambioá II
Krahô (zona urbana e área rural)	USF Satilo Alves de Sousa – Quadra 1103 Sul USF Everton Santos – Quadra 1004 Sul eMulti Krahô
	USF Valéria Martins Pereira – Quadra 1206 Sul USF – Quadra 1304 Sul eMulti Krahô II
Karajá (zona periurbana e área rural)	USF Novo Horizonte – Bairro Aurenny IV USF Alto Bonito - Bairro Aurenny IV eMulti Karajá
	USF Eugênio Pinheiro da Silva – Bairro Aurenny I USF – Bairro Aurenny II USF – Bairro Santa Barbára eMulti Karajá II
Javaé (zona periurbana e área rural)	USF – Bairro Morada do Sol USF – Bairro Santa Fé eMulti Javaé
	USF José Hermes Rodrigues Damaso – Bairro Setor Sul USF – Bairro Bela Vista eMulti Javaé II
Xerente (zona periurbana e área rural)	USF Liberdade – Bairro Aurenny III UBS Laurides Lima Milhomem – Bairro Aurenny III eMulti Xerente
	USF José Lúcio de Carvalho – Bairro Lago Sul

	USF – Bairro Taquari eMulti Xerente II
Pankararu (zona rural)	USF – Walter Pereira Morato – Distrito Taquaruçu USF Marizainha Rodrigues da Silva – Distrito Buritirana USF Walterly Wagner José R. Souza – Distrito Taquaruçu Grande eMulti Pankararu

Fonte: Adaptado da Planilha de Abrangência da Secretaria Municipal de Saúde – Palmas, TO (2024).

4.3 População do estudo

A população alvo da pesquisa foi composta por usuários adultos, homens e mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos, que utilizam as Unidades de Saúde da Família (USF) do município como principal ponto de atendimento para suas necessidades de saúde. A faixa etária dos participantes foi estratificada de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (2011), considerando os seguintes grupos: 18 a 24 anos (adultos jovens), 25 a 59 anos (adultos) e 60 anos ou mais. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2022 e abril de 2023, abrangendo todas as 34 USF do município.

A pesquisa excluiu indivíduos com idade entre 18 e 60 anos que, no momento da coleta de dados, apresentavam condições de saúde que impossibilitavam a participação, como doenças agudas ou crônicas em fase avançada. Também foram excluídos aqueles com comprometimento cognitivo que os impedissem de responder ao questionário de forma adequada, tais como indivíduos com distúrbios mentais graves ou deficiência intelectual sem o suporte necessário. Além disso, respeitando o princípio da autonomia, os participantes que se recusaram a participar, mesmo não apresentando qualquer limitação, foram excluídos da amostra. Esses critérios garantiram a homogeneidade da amostra e a qualidade dos dados coletados.

4.4 Tamanho da amostra

A determinação do tamanho da amostra foi realizada considerando a população estimada de 305.178 usuários cadastrados no eSUS⁴ no início de 2022. Para garantir a precisão dos resultados, foi adotado um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. Esses parâmetros permitiram calcular o tamanho amostral necessário para representar a população de interesse com um erro amostral tolerável (Callegari-Jacques, 2003).

Para ajustar possíveis perdas, foi adicionado um acréscimo de 10%, resultando em uma amostra de 440 participantes. A amostragem foi estratificada proporcionalmente ao número de indivíduos em cada território de saúde, abrangendo tanto as populações urbana, periurbana e rural, e garantiu divisão igualitária entre homens e mulheres (50% cada). É recomendável a correção do cálculo da amostra inicial para prever perdas por respostas enviesadas (Miot, 2011, p. 275),

Para definir o tamanho amostral utilizou-se a fórmula proposta por Barbetta (2002), das pessoas cadastradas no eSUS, considerando erro relativo tolerável de 5% e coeficiente de confiança de 95%.

$$N_0 = \frac{1}{E_0^2} = \frac{1}{0,05^2} = 400$$

Em que:

- N_0 é a primeira aproximação do tamanho da amostra;
- E_0 é o erro amostral tolerável (Ex.: 5% = 0,05).

⁴ O **e-SUS** é uma plataforma do SUS, desenvolvida para integrar e melhorar o gerenciamento das informações em saúde no Brasil. Ela permite o registro e o acompanhamento das atividades realizadas nos serviços de saúde, com o objetivo de organizar dados sobre atendimentos, populações atendidas, e serviços prestados. O e-SUS abrange principalmente o **e-SUS AB (Atenção Básica)**, que visa melhorar a gestão da APS por meio de tecnologias digitais, e o **e-SUS VE (Vigilância Epidemiológica)**, voltado para a coleta e o monitoramento de dados relacionados a doenças e agravos. A implementação do e-SUS tem o propósito de melhorar a qualidade da informação, aumentar a eficiência no atendimento e, ao mesmo tempo, apoiar a tomada de decisões baseadas em dados concretos. Além disso, facilita o processo de integração entre as unidades de saúde e permite o monitoramento de indicadores de saúde em tempo real. BRASIL. **Ministério da Saúde. e-SUS: Sistema de informações em saúde.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/e-sus>. Acesso em: 23 mar. 2025.

Utilizando os dados do e-SUS como base, foi realizado um cálculo estatístico para determinar o tamanho ideal da amostra. Esse cálculo levou em consideração a população estimada de usuários, garantindo que os resultados da pesquisa fossem representativos e confiáveis.

$$2) n = \frac{N \times n_0}{N + n_0} = \frac{305.178 \times 400}{305.178 + 400} = 399,4764$$

Em que:

- **N** é o número de elementos da população;
- **n** é o tamanho da amostra.

O total de questionários aplicados foi de 470, o que diminui a margem de erro. Reaplicando a fórmula de Barbetta (*op. Cit.*), pode-se recalculá-la conforme segue:

$$470 = \frac{305.178 \times n_0}{305.178 + n_0}$$

$$305.178n_0 = 470 \times (305.178 + n_0)$$

$$305.178n_0 = 143.433.660 + 470n_0$$

$$(305.178 - 470)n_0 = 143.433.660$$

$$304.708n_0 = 143.433.660$$

$$n_0 = \frac{143.433.660}{304.708} = 470,7249563516547$$

$$n_0 = 470,7249563516547 = \frac{1}{E_0^2}$$

$$E_0^2 \times 470,7249563516547 = 1$$

$$E_0^2 = \frac{1}{470,7249563516547} = 0,0021243827982916$$

$$E_0^2 = 0,0021243827982916$$

$$E_0 = 0,046091 = 4,6091\%$$

Portanto, a margem de erro alcançada na amostra deste estudo é menor que a margem de erro padrão de 5% (Barbetta, *op. cit.*).

Ainda, a justificativa para selecionar mais indivíduos do que o tamanho estimado (470 em vez de 440) foi para prevenir perdas e desistências, ajustes por vieses, aumento de precisão, variabilidade da população, a fim de garantir que a amostra final fosse mais representativa (Fontanella *et al.*, 2021). Como ressaltam Murmane e Wilkins (2020), a variabilidade da população pode requerer tamanhos maiores para garantir representatividade e precisão.

O Quadro 3 apresenta o tamanho da amostra baseada no quantitativo de pessoas cadastradas no sistema de informação eSUS, a escolha do tamanho da amostra leva em consideração a quantidade total de usuários cadastrados em 2022, assegurando que a amostra seja representativa e reflita adequadamente a diversidade da população atendida pela ESF. A partir dessa amostra, foram realizadas análises para identificar padrões de saúde, necessidades específicas da população e a eficácia dos serviços prestados.

Quadro 3 - Tamanho da Amostra

Território	População por território	%	n total	Urbana	%	n urbano	Rural	%	n rural
Kanela	42.871	14	62	39.088	91	56	3.783	9	6
Apinajé	46.461	15	66	44.998	97	64	1.463	3	2
Xambioá	43.005	14	62	42.386	99	61	619	1	1
Krahô	36.981	12	53	36.662	99	52	319	1	1
Karajá	39.938	13	58	38.409	96	56	1.529	4	2
Javaé	38.927	13	56	36.780	94	53	2.147	6	3
Xerente	48.224	16	70	46.716	97	68	1.508	3	2
Pankararu	8.771	3	13	4.571	52	7	4.200	8	6
TOTAL	305.178	100	440	289.610	95	418	15.568	5	22

Fonte: Próprio autor (2024).

4.5 Ferramenta da coleta de dados

Para avaliar os atributos da APS, foi utilizado o questionário PCATool, uma ferramenta validada e de domínio público desenvolvida pelo Ministério da Saúde. A ferramenta, composta por 87 itens identificados por letras, avalia tanto os atributos essenciais, quanto os derivados (Starfield, 2002; Brasil, 2020; Rosa *et al.*, 2024).

O Quadro 4, elaborado a partir da ferramenta PCATool-Brasil, oferece uma mostra do questionário e itens correspondentes aos atributos da APS. Essa ferramenta permite uma avaliação detalhada dos componentes essenciais para garantir a integralidade, coordenação, longitudinalidade e acesso aos cuidados, que busca uma visão clara da qualidade dos serviços oferecidos à população.

Quadro 4 - Atributos, componentes e itens do *Primary Care Assessment Tool* - Brasil (adulto, versão extensa, 2020)

Nº	Atributos	Componentes	Itens
1	Afiliação	-	A1, A2, A3
2	Acesso primeiro contato	Utilização	B1, B2, B3
3		Acessibilidade	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12
4	Longitudinalidade	-	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14
5	Coordenação	Integração de cuidados	E1 ⁵ , E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9
6		Sistemas de Informações	F1, F2, F3
7	Integralidade		G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14,

⁵ A **pergunta E1** é do tipo fechada, ou seja, exige uma resposta objetiva, sendo possível apenas escolher entre as opções **sim** ou **não**. Caso a resposta seja **SIM**, o questionário prossegue com a **pergunta E2** e as subsequentes, dando continuidade à coleta de informações de acordo com o fluxo estabelecido. No entanto, se a resposta for **NÃO**, o questionário segue para a **pergunta F** e as perguntas subsequentes, pulando as questões relacionadas à sequência anterior. Esse formato facilita a personalização do questionário, garantindo que as perguntas sejam relevantes e aplicáveis ao respondente, otimizando o tempo e a coleta de dados (Brasil, 2020).

		Serviços disponíveis	G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22
8		Serviços prestados	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13
9	Orientação Familiar	-	I1, I2, I3
10	Orientação Comunitária	-	J1, J2, J3, J4, J5, J6

Fonte: Adaptado de Brasil (2020).

4.6 Variáveis do estudo

As variáveis de exposição foram classificadas de acordo com suas características.

- i) **Variável qualitativa ordinal:** idade igual ou superior a 18 anos, estratificada em três grupos etários: 18 a 24 anos (adultos jovens), 25 a 59 anos (adultos) e 60 anos ou mais (OMS, 2011). Agrupar a idade em faixas etárias torna a análise mais simples e intuitiva, especialmente quando se trabalha com grandes conjuntos de dados. As qualitativas ordinais, como faixa etária e escolaridade, apresentam uma hierarquia natural, em que os níveis podem ser ordenados, o que permite comparações de gradação entre categorias, como diferentes níveis de escolaridade ou intervalos de idade. Comparar grupos etários, é possível identificar padrões e tendências mais facilmente, facilitando a interpretação dos resultados. Agrupar a idade em faixas, é possível preservar a privacidade dos participantes, evitando a identificação individual por meio da idade exata.
- ii) **Variáveis qualitativas nominais:** sexo, cor da pele autodeclarada, ocupação (trabalho) e zona de residência, foram usadas para entender diferenças em grupos sem uma ordem intrínseca entre suas categorias.
- iii) **Variáveis de desfecho:** representadas pelos escores essenciais, derivados e o escore geral, foram tratadas como numéricas, permitindo a análise quantitativa e a aplicação de métodos estatísticos para avaliar

a relação entre as variáveis de exposição e os desfechos observados, proporcionando uma análise mais detalhada e precisa das associações e possíveis impactos observados.

4.7 Etapas e procedimentos da coleta dos dados

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi formada uma equipe composta por quatro estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Esses estudantes foram selecionados por meio de um rigoroso processo seletivo dividido em quatro etapas, garantindo a escolha dos membros mais qualificados para o estudo. A equipe foi acompanhada e orientada por uma professora doutora do curso, que atuou como supervisora voluntária, contribuindo com sua vasta experiência para o aprimoramento e direcionamento da pesquisa.

- **1ª fase** do processo de seleção constituiu na elaboração e divulgação de um edital de seleção simplificada, destinado a atrair discentes de enfermagem interessados em participar da pesquisa. Esse edital descreveu os requisitos e critérios para a inscrição, bem como as etapas do processo seletivo.

Os candidatos deveriam apresentar a seguinte documentação:

- I. Documentos pessoais: cópia de documentos de identificação, como RG e CPF, além de comprovante de matrícula na UFT;
 - II. *Curriculum Vitae*: documento que evidenciasse suas qualificações acadêmicas, experiências anteriores e habilidades relevantes para a pesquisa;
 - III. Carta de motivação: um texto no qual o discente expôs seus motivos para participar da pesquisa, destacando o interesse pelo tema, a importância da experiência para sua formação e as contribuições que poderia trazer ao projeto.
- **2ª fase** envolveu em uma entrevista presencial de 1 hora com os candidatos, cujo objetivo foi conhecer melhor cada um para selecionar os participantes mais adequados. Essa fase permitiu uma análise mais profunda do perfil dos candidatos, priorizando aqueles que demonstraram maior compromisso e

praticidade no contexto da pesquisa. Durante essa etapa, foram avaliados os seguintes critérios:

- I. Disponibilidade para participação na coleta de dados: considerou-se a flexibilidade de horários dos candidatos para garantir que pudessem se dedicar plenamente às atividades de campo, incluindo visitas a diferentes áreas do município;
 - II. Motivação para a aprendizagem: foi avaliado o interesse genuíno dos discentes em aprender com a experiência e em contribuir para o sucesso da pesquisa. Os entrevistadores procuraram identificar candidatos com vontade de expandir seus conhecimentos e que demonstrassem proatividade e engajamento com o projeto;
 - III. Local de residência: também foi levada em consideração a proximidade do local de moradia dos candidatos em relação às áreas de coleta de dados, com o intuito de facilitar a logística e evitar deslocamentos longos e gastos desnecessários.
- **3ª fase** consistiu na qualificação e treinamento dos membros selecionados, bem como da supervisora voluntária, antes do início da coleta de dados. Essa fase serviu para preparar a equipe e garantir que todos estivessem alinhados quanto aos objetivos e à condução ética da pesquisa. Durante essa etapa, foram realizados os seguintes procedimentos:
 - I. Qualificação e treinamento: os auxiliares de pesquisa passaram por um treinamento detalhado sobre os procedimentos metodológicos, instrumentos de coleta de dados e boas práticas de pesquisa. O objetivo foi garantir que todos tivessem conhecimento técnico suficiente para realizar as entrevistas e lidar adequadamente com os dados coletados, mantendo o rigor científico do estudo;
 - II. Divisão por território: a equipe foi dividida por territórios de atuação, levando em conta a localização de cada auxiliar para otimizar a logística e facilitar o deslocamento durante o processo de coleta de dados;
 - III. Elaboração do cronograma: nesta fase, foi definido um cronograma com as datas de início e término das entrevistas, organizando as atividades de campo de forma eficiente e respeitando os prazos estabelecidos na pesquisa;

- IV. Termo de Compromisso e Sigilo: todos os participantes assinaram o Termo de Compromisso e Sigilo, um documento formal que reforça a responsabilidade de cada um em manter a confidencialidade das informações coletadas, assegurando a privacidade dos dados e o respeito aos direitos dos entrevistados.
- **4ª fase** envolveu o acompanhamento e supervisão da equipe durante a coleta de dados, além da emissão de uma declaração de participação ao final do trabalho. Essa fase final foi fundamental para assegurar a integridade do trabalho e reconhecer o esforço da equipe, culminando no término bem-sucedido da coleta de dados. As principais atividades desta fase foram:
 - I. Acompanhamento e supervisão: a supervisora voluntária, professora doutora da UFT, acompanhou de perto o trabalho dos auxiliares de pesquisa, oferecendo orientação contínua e supervisionando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos. Esse monitoramento foi essencial para garantir a qualidade dos dados coletados e a aderência às diretrizes metodológicas do estudo;
 - II. Coleta de dados: durante a coleta de dados, a supervisão incluiu visitas periódicas aos territórios de atuação dos auxiliares, revisão das entrevistas realizadas e resolução de dúvidas ou dificuldades que surgissem no campo. Esse suporte garantiu que o processo fosse realizado de forma eficiente e conforme os padrões éticos e científicos;
 - III. Declaração de participação: após a conclusão da coleta de dados, cada membro da equipe recebeu uma declaração formal de participação, certificando sua contribuição para o projeto. Esse documento reconheceu o envolvimento dos auxiliares e validou a experiência adquirida ao longo do processo, podendo ser utilizado para futuras oportunidades acadêmicas ou profissionais.

Ao longo de seis meses, entre novembro de 2022 e abril de 2023, foram coletados dados em todas as 34 USF de Palmas, assegurando uma ampla cobertura e representatividade da população atendida nos diferentes territórios de saúde.

A cada visita às unidades de saúde, os usuários adultos eram convidados a participar da pesquisa. Após uma explicação detalhada sobre o objetivo do estudo e a garantia do anonimato, os interessados assinaram o Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice A), formalizando sua participação voluntária.

Para garantir a privacidade e o conforto dos participantes, as entrevistas ocorreram em locais estratégicos, como salas de espera, áreas externas com sombra e bancos, ou até mesmo ao ar livre, em locais com menor movimentação. A escolha do local foi adaptada à dinâmica de cada unidade de saúde e à disponibilidade dos participantes.

A duração das entrevistas variou entre 20 e 30 minutos, adaptando-se à disponibilidade dos participantes. Essa flexibilidade, tanto no local quanto no tempo, foi crucial para garantir uma maior participação.

O sucesso da coleta de dados dependeu de um processo rigoroso resumido da seguinte forma: 1ª etapa) planejamento e preparação, 2ª etapa) execução da coleta 3ª etapa) monitoramento constante da qualidade e, por fim, 4ª etapa) análise e validação dos dados. Cada etapa foi fundamental para garantir a confiabilidade e a integridade das informações coletadas.

O Quadro 5 detalha minuciosamente as etapas envolvidas na coleta de dados, oferecendo uma visão completa do processo, desde o planejamento até a conclusão.

Quadro 5 - Etapas da coleta de dados

1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa	4ª Etapa
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do município selecionado para o estudo; • Caracterização dos territórios de saúde de Palmas; • Visita às unidades para conhecer e informar os administradores das USF sobre a pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita às USF para a Coleta de dados nos meses de novembro de 2022 a abril de 2023. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os dados coletados e armazenados em banco de dados em planilha <i>Excel/2024</i> e posteriormente análise estatística. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise estatística através do Software <i>SPSS</i>, versão 26.

Fonte: Próprio autor (2022).

4.8 Análise de dados

O cálculo dos escores foi feito com base nas respostas aos itens em que o entrevistado especificou seu nível de concordância. As respostas são dispostas de 1 a 4 (1 = Com certeza não; 2 = Provavelmente não; 3 = Provavelmente sim; 4 = Com certeza sim). A transformação dos dados brutos em escores, realizada por meio da Equação 1, foi essencial para permitir análises estatísticas mais robustas. Essa transformação permitiu converter a escala Likert original em uma escala contínua de 0 a 10, facilitando a comparação entre os diferentes itens e a interpretação dos resultados. Equação 1: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$ (Brasil, 2006).

A interpretação dos escores obtidos foi realizada com base nos valores de referência estabelecidos no PCATool-Brasil, que foram utilizados em estudos anteriores. Consideramos como satisfatórios os escores iguais ou superiores a 6,6, e como insatisfatórios os escores inferiores a 6,6.

Os escores foram classificados em alto/satisfatório ($\geq 6,6$) e baixo/insatisfatório ($< 6,6$), onde a categoria Alto indica maior presença e extensão dos atributos da APS, refletindo serviços melhor orientados para essa finalidade. O ponto de corte de 6,6 foi definido com base em respostas que alcançam, no mínimo, a categoria “provavelmente sim” (código 3 na escala original), sinalizando a presença mínima das características associadas a serviços reconhecidos como orientados à APS (Brasil, 2020).

Além do cálculo do escore por atributo, calculou-se também o escore essencial, que é a soma da média entre os componentes dos atributos primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, somados ao grau de afiliação com os serviços de saúde. Obteve-se o escore derivado por meio da média dos atributos de orientação familiar e orientação comunitária. Por fim, o escore geral foi obtido pelo valor médio dos escores essenciais, derivados e do grau de afiliação (Brasil, 2020).

Para efeito de cálculo, o Escore Essencial da APS pode ser obtido por meio da média dos escores dos componentes que constituem os atributos essenciais e o Escore Geral da APS pela média de todos os componentes que caracterizam os atributos essenciais e os atributos derivados da APS (Brasil, 2020).

Na análise estatística, os dados foram analisados no programa *Statistical*

Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26.0. Utilizou-se o Teorema Central do Limite para justificar o uso de testes paramétricos. Essa teoria garante que amostras iguais ou maiores que 30 tendem a ter distribuição que se aproxima da normal (Silvany Neto, 2008).

Para identificar as diferenças entre os grupos foi aplicado o Teste ANOVA 1 fator considerando nível de significância de 5 % ($p \leq 0,05$) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), (Barbetta, 2002). Foram calculadas as médias e desvios-padrão (DP) das variáveis numéricas, conforme Razali e Wah (2011).

Em seguida, realizou-se análise de regressão linear múltipla, método *stepwise*, tendo como variáveis dependentes os atributos da APS. Foram incluídos nos modelos de regressão variáveis com p-valor $< 0,20$ sexo, idade e escolaridade como potenciais variáveis confundidoras. A regressão linear múltipla permite o ajuste de potenciais variáveis de confusão, obtendo associações mais confiáveis (Zou; Tuncali; Silverman, 2003).

4.9 Aspéctos éticos e fluxo de pesquisa

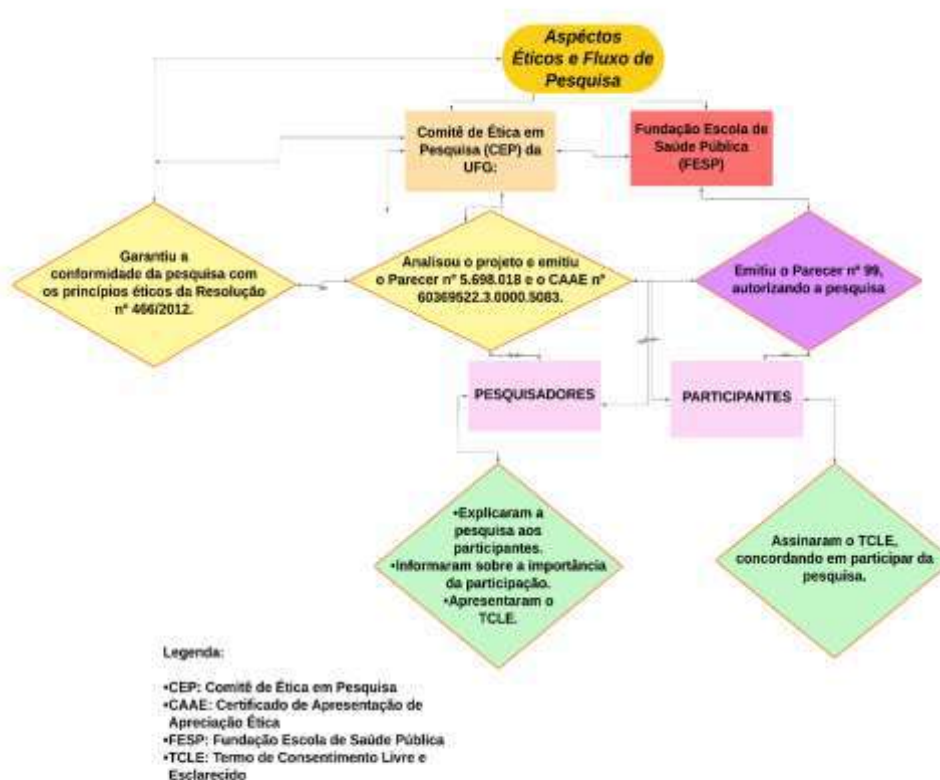
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás (UFG), sob o Parecer nº 5.698.018 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 60369522.3.0000.5083, emitidos em 12 de outubro de 2022 (Anexo B). Além disso, a pesquisa obteve autorização por meio do Termo de Anuência da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), com o Parecer nº 99, emitido em 20 de junho de 2022 (Anexo C). Essas aprovações garantiram que o estudo fosse conduzido de acordo com os princípios éticos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos.

O fluxo de pesquisa se deu em uma abordagem simples e direta aos usuários adultos durante a coleta de dados. Os pesquisadores explicaram a finalidade da pesquisa, a importância da participação e forneceram orientações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A participação foi voluntária, respeitando o anonimato dos participantes, que assinaram o TCLE. O estudo seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo os direitos, riscos e benefícios aos envolvidos.

A figura 7 demonstra o organograma de forma clara e concisa do processo de

aprovação ética e a condução da pesquisa, elaborado no Lucidchat – aplicativo de diagramação inteligente.

Figura 7 - Organograma dos aspectos éticos e fluxo de pesquisa



Fonte: Próprio autor (2024).

Os riscos da pesquisa foram minuciosamente avaliados e considerados mínimos, limitando-se a possíveis desconfortos durante a aplicação do questionário. Para mitigar esses riscos, garantiu-se o anonimato completo dos participantes e a confidencialidade das informações coletadas. Embora não houvesse benefícios financeiros diretos para os participantes, a pesquisa contribuiu de forma significativa para a melhoria da Atenção Primária à Saúde (APS) em Palmas. Os dados obtidos por meio do questionário PCATool - Brasil (Anexo A) permitiram uma avaliação mais

precisa da APS, subsidiando a tomada de decisões e a implementação de políticas públicas mais eficazes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO (ARTIGOS)

Os resultados e discussão desta tese estão organizados em três artigos originais (artigos 1, 2 e 3), e respectivas revistas que foram submetidos, já no formato exigido , conforme apresentados a seguir:

Artigo 1 – Avaliação dos atributos da atenção primária de uma capital da região Norte do Brasil.

Revista – Revista Latino Americana de Enfermagem (RLAE)

Situação – “Encaminhado” (Anexo D)

Artigo 2 – Variação dos atributos da atenção primária nos territórios de saúde de um município brasileiro.

Revista – Revista de Saúde e Educação Sustinere

Situação – “Encaminhado” (Anexo D)

Artigo 3 – Atenção Primária em Contexto Periurbano: o caso do território Xerente

Revista – Texto & Contexto de Enfermagem

Situação – “Finalizado”

5.1 Artigo 1

Avaliação dos atributos da atenção primária de uma capital da região do Norte do Brasil

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é o pilar fundamental do Sistema Único de Saúde, atuando como o primeiro ponto de atendimento e coordenando o cuidado integral dos usuários. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde de uma capital da região Norte do Brasil, sob a ótica dos usuários. **Método:** Pesquisa de corte transversal analítico. Utilizou-se a ferramenta validada *Primary Care Assessment Tool*, atualizada no Brasil em 2020, a partir das categorias analíticas: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, enfoque familiar e orientação comunitária. A coleta ocorreu em 34 Unidades de Saúde da Família distribuídas pela capital. **Resultados:** O componente utilização foi bem avaliado por todos os usuários. Enquanto, o item afiliação com os serviços de saúde apresentou baixa avaliação, resultando em escores insatisfatórios em todas as variáveis analisadas. Os atributos acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade (serviços prestados) e orientação familiar também tiveram as menores médias de avaliações. As médias dos atributos essenciais foram menores que as médias dos atributos derivados, exceto na zona de residência rural e periurbana. **Conclusão:** A avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde do município investigado revela que existem pontos fortes em termos de utilização e acolhimento, e foram identificadas áreas que precisam de melhorias, como resolutividade, coordenação de cuidados e integralidade da atenção.

Descritores: Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Primeiro Nível de Cuidados; Qualidade em saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care is the care provider and is considered the gateway to other levels of care in the Unified Health System. **Objective:** To assess the performance of Primary Health Care in a state capital in northern Brazil, according to user vision. **Method:** Analytical cross-sectional research. The validated *Primary Care Assessment Tool*, updated in Brazil in 2020, was used based on the analytical categories: first contact access, longitudinality, coordination and

comprehensiveness, family focus, and community guidance. Data collection took place in 34 health units in eight health territories. **Results:** Affiliation was the item with the lowest evaluations, resulting in unsatisfactory scores in all variables analyzed. The attributes accessibility, longitudinality, coordination, comprehensiveness (services provided), and family guidance also had the lowest evaluation averages. The averages of the essential attributes were lower than those derived in most variables, except in the rural and peri-urban residence area. **Conclusion:** The evaluation of the performance of Primary Health Care in the municipality investigated reveals that there are strong points in terms of use and reception, and areas that need improvement were identified, such as resolution, coordination of care and comprehensiveness of care.

Descriptors: Health Evaluation; Quality of Health Care; Primary Health Care; First Level of Care; Health Care Assessment Mechanisms; Health Management.

RESUMEN

La Atención Primaria a la Salud es la organización de la atención, considerada la puerta de entrada a los demás niveles de atención en el Sistema Único de Salud. **Objetivo:** Evaluar el desempeño de la Atención Primaria a la Salud en una capital de estado de la región norte de Brasil, según usuario. **visión.** **Método:** Investigación analítica transversal. Se utilizó la herramienta validada *Primary Care Assessment Tool*, actualizada en Brasil en 2020, a partir de las categorías analíticas: acceso en primer contacto, longitudinalidad, coordinación e integralidad, enfoque familiar y orientación comunitaria. La recolección se realizó en 34 unidades de salud en ocho territorios sanitarios. **Resultados:** La afiliación fue el ítem con menor valoración, resultando en puntuaciones insatisfactorias en todas las variables analizadas. Los atributos accesibilidad, longitudinalidad, coordinación, integralidad (servicios prestados) y orientación familiar también tuvieron las puntuaciones medias más bajas. Las medias de los atributos esenciales fueron inferiores a las derivadas en la mayoría de las variables, excepto en la zona de residencia rural y periurbana. **Conclusión:** La evaluación del desempeño de la Atención Primaria de Salud en el municipio investigado revela que existen puntos fuertes en términos de uso y recepción, y se identificaron áreas que necesitan mejoras, como la resolución, la coordinación de la atención y la atención integral.

Descriptor: Evaluación de la Salud; Calidad en Salud; Atención Primaria de Salud; Primer Nivel de Atención; Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud; Gestión de la Salud.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada principal para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e pode ser definida como um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas dirigidas à população em território definido^(1,2,3). Devido a sua extensão, capilaridade e fluxo de trabalho é classificada como o primeiro nível de atenção, por essa razão necessita ser avaliada de forma perene, sendo uma das métricas, os seus atributos.

Atributos são as particularidades, qualidades e características que são próprias de algo, de alguém e/ou de alguma coisa⁽⁴⁾. Os atributos da qualidade da APS são: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade ou longitudinalidade, a coordenação e as abordagens familiar e comunitária, referem-se ao grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, além da capacidade resolutiva e do poder para coordenar casos e fluxos assistenciais⁽⁵⁻⁸⁾.

Esses atributos são essenciais para determinar se um serviço é voltado para a APS, fortalecendo sua capacidade de fornecer atenção integral biopsicossocial à população atendida. E, embora interligados, os atributos podem ser avaliados individualmente⁽⁹⁻¹⁰⁾. Para mensurá-los, pode ser utilizado-se a ferramenta *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), validada internacionalmente. Ela permite identificar a presença e extensão dos atributos de qualidade classificados como: a) essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e b) derivados (orientação familiar e comunitária, competência cultural e capacidade de gestão) da APS⁽¹⁰⁾.

Utilizando o PCATool, uma revisão sistemática de 22 estudos (2007-2015) revelou que, embora a APS brasileira demonstre força em alguns atributos, como competência cultural e utilização, há fragilidades significativas em outros, como acesso e integralidade. Os resultados, obtidos predominantemente em UBS e ESF, reforçam a necessidade de fortalecer os componentes de processo e estrutura da APS, conforme indicado pelo modelo de atenção primária do PCATool⁽¹²⁾.

Na presente pesquisa, ao considerar a avaliação dos usuários, o estudo identifica áreas de melhoria na prestação de serviços de saúde, bem como avalia se os atributos da qualidade estão sendo alcançados em termos de acessibilidade, acolhimento, resolutividade, integralidade e humanização.

A avaliação dos atributos da APS, tradicionalmente focada em aspectos técnicos, ganha uma nova dimensão quando se considera a avaliação dos usuários do SUS, o que reforça uma análise mais completa e precisa da qualidade dos serviços. Essa abordagem é fundamental para

identificar as necessidades e expectativas da população, permite o desenvolvimento de políticas públicas mais adequadas e capazes de promover a saúde e o bem-estar da população.

Delineou-se como pergunta norteadora da pesquisa: qual é a avaliação dos usuários sobre a Atenção Primária à Saúde de uma capital da região Norte do Brasil? Assim, o presente estudo objetivou-se avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde de uma capital da região Norte do Brasil, sob a ótica dos usuários.

Materiais e métodos

Delineamento e amostra

Utilizando a ferramenta STROBE como guia, realizou-se um estudo transversal analítico em uma capital da região Norte do Brasil. Essa cidade, escolhida por ser a mais nova do país e apresentar cobertura universal da Atenção Primária à Saúde (APS) desde 2016, serviu como cenário para essa pesquisa. ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A população do município, estimada para 2024, em 323.625 mil habitantes, apresenta características socioeconômicas relevantes para o estudo. A renda familiar per capita média de R\$ 2.000,00, combinada com uma pirâmide etária predominantemente jovem e adulta, influencia o perfil de utilização dos serviços de saúde e as demandas por atenção primária ⁽¹⁴⁾.

A população-alvo do estudo foi composta por usuários adultos da APS, de ambos os sexos e que utilizavam as unidades de saúde de seu território de residência e moradia.

Para determinar o tamanho da amostra, utilizou-se como referência a população cadastrada no Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (e-SUS), totalizada em 2022, em 305.178 indivíduos cadastrados. Essa escolha se justifica pelo fato de que o e-SUS registra a população que utiliza os serviços de saúde e, portanto, é mais relevante para o esse estudo ⁽¹⁶⁾.

É importante destacar que o número de usuários cadastrados no e-SUS é superior ao registrado no censo demográfico de 2022 (302.692 habitantes). Essa diferença pode ser explicada por diversos fatores, como duplicidade de registros, subnotificação no censo ou sobrenotificação no e-SUS. Embora essa discrepância exista, considerou-se que a população do e-SUS representa de forma mais precisa a população alvo desejada para o estudo (IBGE, 2022).

Analizou-se o potencial impacto dessa diferença na amostragem e concluiu-se que, para o objetivo do estudo, não compromete a representatividade da amostra. Realizou-se uma análise da qualidade dos dados e foi considerados adequados para o propósito.

Foi feita uma amostragem estratificada proporcional ao número de indivíduos de cada

território de saúde.

Para definir o tamanho amostral utilizou-se a fórmula proposta por Barbetta⁽¹⁶⁾, considerando erro relativo tolerável de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

- $N_0 = 1/E_0$ $N_0 = 1/0,05$ $N_0 = 400$, onde:
- N_0 é a primeira aproximação do tamanho da amostra
- E_0 é o erro amostral tolerável

Para definir o quantitativo amostral, realizou-se uma correção considerando o tamanho da população objeto de estudo com a seguinte fórmula: $n = N.N_0/N + N_0$, onde:

- N é o número de elementos da população
- n é o tamanho da amostra

Para compensar as perdas, acrescentou-se um percentual de 10% de 400. Portanto, a amostra final foi 440 participantes. A amostragem estratificada proporcional foi empregada considerando os territórios e a população urbana e rural. A seleção dos elementos ocorreu por meio de sorteio simples, 50% mulheres e 50% homens do total dos dados⁽¹⁶⁾.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio do questionário PCATool-Brasil (versão adulto, extensa e validada), no período de novembro de 2022 a abril de 2023.

Variáveis do estudo

Foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, cor da pele autodeclarada, trabalho e zona de residência. Os atributos da qualidade da atenção à saúde foram calculados com base nas respostas dos entrevistados aos itens do questionário. As respostas foram dadas em uma escala de 1 a 4, onde 1 significa "Com certeza não" e 4 significa "Com certeza sim".

Após a consolidação dos dados de cada atributo, os valores foram transformados em uma escala contínua de 0 a 10, com base na fórmula proposta pelo Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾:

Escore 0 a 10

$$\frac{\text{Escore obtido} - \text{valor mínimo escala}}{\text{valor máximo escala} - \text{valor mínimo escala}} \times 10$$

$$\frac{\text{Escore obtido} - 1}{4 - 1} \times 10$$

Fonte: Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾.

Figura 1 - Fórmula para consolidação dos atributos do questionário *PCATool*-Brasil

Os escores mostram a análise dos atributos da qualidade e são classificados como essencial, derivados e geral. O escore essencial é um indicador que sintetiza a qualidade da atenção à saúde na APS. Ele é composto pelos atributos primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade e grau de afiliação. O escore derivado avalia a atenção à saúde sob a perspectiva da família e da comunidade. O escore geral foi calculado como a média de todos os componentes dos escores essencial e derivado.

Para facilitar a interpretação dos valores, utilizaram-se os seguintes critérios, os quais foram baseados em estudos prévios com o *PCATool* – Brasil⁽¹⁸⁾:

- Escores $\geq 6,6$: satisfatórios;
- Escores $< 6,6$: insatisfatórios.

Análise dos dados

Realizou-se a análise descritiva em que as variáveis qualitativas foram descritas por frequências absoluta e relativa, e as quantitativas por média e desvio-padrão (DP). As medidas foram acompanhadas dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lillifors* para verificação da normalidade dos dados. Para analisar as diferenças entre as médias aplicou-se o Teste t Student para amostras independentes, a análise de variância (ANOVA) 1 fator e o teste de comparações múltiplas de Tukey, considerando nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e IC95%^(22,23). Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0.

Aspectos éticos e fluxos de pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número 5.698.018, Certificado de Apresentação da Apreciação Ética (CAAE) nº 60369522.3.0000.5083, em 12/10/2022/UFG e Termo de Anuência para Realização de Pesquisa autorizada através da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) sob o Parecer nº 99, em 20/06/2022/FESP.

Resultados

Participaram do estudo 470 indivíduos, sendo (246; 52,8%) do sexo feminino, destacou-se a faixa etária de 25 a 59 anos (317; 67,5%), com a maioria autodeclarada parda (236; 50,3%).

A maioria dos participantes possuía vínculo trabalhista (275; 58,5%) e residia em zona urbana (410; 89,5%). Predominou o nível de escolaridade de ensino médio completo (166; 35,5%) seguido de superior incompleto (112; 23,9%). A maior parte dos participantes residiam nos territórios Xerente, Xambioá e Kanela, maior número populacional conforme amostra (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos usuários da Atenção Primária à Saúde de uma capital da região Norte do Brasil, 2022 a 2023 (n = 470)

Variável	n (%)	IC95%
Sexo (n=466)		
Feminino	246 (52,8)	48,7 – 57,7
Masculino	220 (47,2)	42,3 – 51,3
Faixa etária (n=469)		
≤ 24 anos	112 (23,8)	20,1 – 27,8
25 a 59 anos	317 (67,5)	63,1 – 71,6
≥ 60 anos	40 (8,5)	6,2 – 11,3
Cor autodeclarada (n=469)		
Parda	236 (50,3)	45,8 – 54,8
Branca	121 (25,8)	22,0 – 29,9
Preta	102 (21,7)	18,2 – 25,6
Amarela (fenótipo asiático)	6 (1,3)	0,5 – 2,6
Indígena	4 (0,9)	0,3 – 2,0
Trabalho (n=470)		
Com vínculo	275 (58,5)	54,0 – 62,9
Sem vínculo	195 (41,5)	37,1 – 46,0
Zona de residência (n=458)		
Urbana	410 (89,5)	86,5 – 92,1
Rural	43 (9,4)	7,0 – 12,3
Periurbana	5 (1,1)	0,4 – 2,4
Escolaridade (n=468)		
Analfabeto	3 (0,6)	0,2 – 1,7

(Continuação)

1ª a 3ª série do ensino fundamental	7 (1,5)	0,7 – 2,9
4ª a 7ª série do ensino fundamental	43 (9,2)	6,8 – 12,0
Ensino fundamental completo	14 (3,0)	1,7 – 4,8
1ª ou 2ª série do ensino médio	21 (4,5)	2,9 – 6,6
Ensino médio completo	166 (35,5)	31,1 – 39,7
Superior incompleto	112 (23,9)	20,1 – 27,8
Superior completo	78 (16,7)	13,4 – 20,2
Pós-graduação	24 (5,1)	3,4 – 7,4
Território (n=470)		
Krahô	65 (13,8)	10,9 – 17,2
Kanela	66 (14,0)	11,1 – 17,4
Xambioá	73 (15,5)	12,5 – 19,0
Apinajé	53 (11,3)	8,7 – 14,4
Karajá	66 (14,0)	11,1 – 17,4
Xerente	75 (16,0)	12,9 – 19,5
Pankararu	16 (3,4)	2,0 – 5,3
Javaé	56 (11,9)	9,2 – 15,1

Fonte: Próprio autor

Conforme a Tabela 2, observa-se que o item de afiliação dos serviços de saúde apresentou os escores desfavoráveis se comparado entre os demais, resultando em avaliações insatisfatórias (escore < 6,6) em todas as variáveis analisadas. Os atributos de acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade (serviços prestados) e orientação familiar também obtiveram os menores escores. Apenas os indivíduos do sexo masculino (6,87), brancos (7,40), sem vínculo empregatício (7,39) e com ensino superior (6,71) avaliaram positivamente a acessibilidade. A longitudinalidade (6,66) e integração dos cuidados (7,40) só foram bem avaliadas pelos indígenas. Residentes em zona periurbana classificam satisfatoriamente os serviços prestados (6,92). A utilização foi o único atributo com avaliação positiva em todas as variáveis (Tabela 2).

Tabela 2 - Atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde segundo variáveis demográficas de um município investigado na região norte do Brasil, 2022 a 2023 (n = 470)

Variáveis	Acesso de 1º contato			Longi.	Coordenação		Integralidade	
	Afil. μ (DP)	Utiliz. μ (DP)	Acess. μ (DP)	μ (DP)	I.C. μ (DP)	S.I. μ (DP)	S.D. μ (DP)	S.P. μ (DP)
Sexo								
Masculino	2,55(1,65)	8,29(2,98)	6,87(3,86)	5,38(2,29)	5,32(3,17)	9,60(5,62)	12,94(4,17)	1,90(1,70)
Feminino	2,75(1,63)	8,10(2,96)	5,72(1,57)	5,61(2,21)	4,97(2,93)	10,16(5,16)	13,42(4,14)	4,00(5,06)
Valor de p*	0,206	0,495	0,001	0,282	0,504	0,271	0,217	0,276
Cor da pele autodeclarada								
Branca	2,69(1,52)	8,11(3,06)	7,40(4,90) ^{a,b}	5,43(2,22)	5,40(3,29)	10,31(5,88)	14,10(4,04)	3,78(4,62)
Preta	2,67(1,66)	8,21(2,85)	5,92(3,20) ^a	5,64(2,22)	4,70(2,09)	9,88(5,06)	13,09(3,69)	4,13(4,40)
Amarela (fenótipo asiático)	2,61(1,66)	8,19(3,00)	5,90 (3,30) ^b	5,41(2,28)	5,13(3,21)	9,65(5,32)	12,93(4,34)	4,03(5,52)
Parda	2,96(2,69)	7,22(4,14)	5,60(4,80)	6,03(2,52)	3,70(2,09)	9,07(6,22)	10,40(4,68)	0,83(0,70)
Indígena	2,50 (2,46)	8,88(1,28)	5,13(1,12)	6,66(2,76)	7,40(1,69)	11,38 (4,29)	11,09(3,96)	3,16(1,70)
Valor de p**	0,977	0,923	0,008	0,701	0,546	0,808	0,035	0,774
Trabalho								
Com vínculo de emprego	2,60(1,68)	8,20(2,96)	5,98 (3,19)	5,51(2,19)	4,18(2,82)	9,90(5,44)	13,03(4,28)	3,99(5,19)
Sem vínculo de emprego	2,87(1,47)	8,05(3,09)	7,39 (5,44)	5,45(2,54)	6,35(3,39)	9,76(5,27)	13,93(3,65)	3,75(4,41)
Valor de p*	0,157	0,674	0,001	0,843	0,023	0,812	0,041	0,722
Escolaridade								
Até ensino fundamental	2,23(1,68)	8,55(3,09)	6,00(2,66)	6,37(2,01) ^a	5,42(3,25)	10,84(5,08)	12,2(4,22) ^a	6,02(6,69)
Até médio	2,68(1,69)	8,40(2,45)	5,85(3,19)	5,64(2,30) ^b	4,76(2,59)	9,91(5,38)	12,4(3,64) ^a	4,57(5,42)
Superior	2,77(1,56)	7,82(3,32)	6,71(4,51)	5,09(2,21) _{a,b}	5,31(3,19)	9,48(5,49)	14,2 (4,36) ^{a,b}	2,96(3,87)
Valor de p§	0,068	0,079	0,068	<0,001	0,538	0,193	<0,001	0,003

(Continuação)

Zona de residência

Urbana	2,66(1,59)	8,11(2,97)	6,34(3,87)	5,46(2,19)	5,30(3,02)	10,11(5,45)	13,43(4,14)	3,94(4,85)
Rural	3,1(1,97) ^a	8,63(2,79)	6,04(3,76)	5,52(2,56)	3,53(2,52)	8,50(4,92)	12,35(4,08)	4,56(6,44)
Periurbana	1,1(1,36) ^a	7,11(2,90)	5,27(1,28)	3,23(2,80)	3,33(0,0)	5,11(7,60)	10,60(4,29)	6,92(9,79)
Valor de p§	0,023	0,405	0,750	0,085	0,107	0,026	0,092	0,605

Afil = Afiliação; Utiliz = Utilização; Acess = Acessibilidade; Longi. = Longitudinalidade; IC = Integração de Cuidados; SI = Sistema de Informação; SD = Serviços Disponíveis; SP = Serviços Prestados; μ = média; DP = Desvio padrão; *Teste t Student para amostras independentes; §ANOVA 1 fator; Teste de Tukey: letras iguais = diferenças estatisticamente significantes

Em relação aos atributos derivados, verifica-se que apenas os indivíduos brancos classificaram de forma satisfatória a orientação familiar (7,00). Em contrapartida, a orientação comunitária foi bem pontuada pelos indivíduos brancos (8,00) de ambos os sexos (m = 7,00; f = 7,07), com nível superior (7,46) e residentes em zona urbana (7,19), independentemente do vínculo de trabalho (vínculo = 8,00, sem vínculo = 7,48). Apenas os indivíduos de cor autodeclarada amarela avaliaram negativamente este atributo (Tabela 3).

Tabela 3 – Atributos derivados da Atenção Primária em Saúde segundo variáveis demográficas de um município investigado na região norte do Brasil, 2022 a 2023 (n = 470)

Variáveis	Orientação familiar	Orientação comunitária
	μ (DP)	μ (DP)
Sexo		
Masculino	6,33 (4,95)	7,00 (5,30)
Feminino	6,41 (4,16)	7,07 (5,57)
Valor de p*	0,853	0,886
Cor da pele autodeclarada		
Branca	7,00 (5,11)	8,00 (6,02)
Preta	5,86 (4,08)	6,94 (5,03)
Amarela (fenótipo asiático)	6,29 (6,38)	6,45 (5,16)
Parda	6,29 (6,38)	8,51 (7,97)
Indígena	5,56 (3,51)	9,86 (7,04)

<i>(Continuação)</i>		
Valor de p**	0,429	0,092
Trabalho		
Com vínculo de emprego	6,32 (4,49)	6,82 (5,45)
Sem vínculo de emprego	6,56 (4,77)	7,48 (5,17)
Valor de p*	0,658	0,281
Escolaridade		
Até Fundamental	6,01 (3,91)	6,44 (5,20)
Até Médio	6,15 (4,65)	6,57 (5,42)
Superior	6,58 (4,58)	7,46 (5,45)
Valor de p§	0,535	0,185
Zona de residência		
Urbana	6,45 (4,46)	7,19 (5,41) ^a
Rural	6,17 (5,01)	5,70 (4,73)
Periurbana	2,00 (4,47)	1,11 (2,49) ^a
Valor de p§	0,088	0,011

μ = média; DP = Desvio padrão; *Teste t Student para amostras independentes; §ANOVA 1 fator: Teste de Tukey: letras iguais = diferenças estatisticamente significantes

Na Tabela 4, que trata sobre o perfil da qualidade de acordo com os atributos essenciais, derivados e geral, segundo variáveis demográficas do município, a maioria das variáveis apresentaram escores insatisfatórios. Apenas os usuários indígenas classificaram satisfatoriamente o atributo essencial (6,70). O atributo derivado foi avaliado de forma satisfatória por homens e mulheres (6,70), brancos (7,49), pardos (7,41) ou indígenas (7,71), com ensino superior (6,33) e residentes na zona urbana (6,78). As médias dos atributos essenciais foram menores que as derivadas na maioria das variáveis, exceto na zona de residência rural (5,87) e periurbana (1,56) (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil da qualidade de acordo com os atributos Essenciais, Derivados e Geral segundo variáveis demográficas de uma capital da região Norte do Brasil, 2022 a 2023 (n = 470)

Variáveis	<i>Essenciais</i>	<i>Derivados</i>	<i>Geral</i>
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Sexo			
Masculino	5,82 (1,47)	6,62 (3,95)	4,98 (1,81)
Feminino	6,37 (1,53)	6,70 (3,94)	5,26 (1,81)
Valor de p*	<0,001	0,823	0,100
Cor da pele autodeclarada			
Branca	6,39 (1,67)	7,44 (4,29)	5,51 (1,94)
Preta	6,09 (1,48)	6,37 (3,43)	5,03 (1,57)
Amarela (fenótipo asiático)	6,00 (1,46)	6,33 (3,89)	4,95 (1,80)
Parda	5,39 (1,69)	7,41 (5,90)	5,25 (3,07)
Indígena	6,70 (0,74)	7,71 (4,72)	5,64 (1,81)
Valor de p§	0,114	0,117	0,086
Trabalho			
Com vínculo empregatício	6,03 (1,49)	6,53 (3,40)	5,04 (1,84)
Sem vínculo empregatício	6,42 (1,61)	6,98 (3,63)	5,39 (1,68)
Valor de p*	0,077	0,033	0,289
Escolaridade			
Até ensino fundamental	6,27 (1,70)	6,19 (3,69)	4,89 (1,73)
Até ensino médio	5,98 (1,46)	6,33 (3,97)	4,98 (1,89)
Ensino Superior	6,17 (1,52)	6,97 (3,91)	5,29 (1,75)
Valor de p§	0,314	0,166	0,129
Zona de residência			
Urbana	6,18 (1,50) ^a	6,78 (3,92) ^a	5,19 (1,78) ^a
Rural	5,91 (1,59)	5,87 (3,76)	4,92 (1,97) ^b

(Continuação)

Periurbana	4,48 (2,15) ^a	1,56 (3,48) ^a	2,38 (2,19) ^{a,b}
Valor de p§	0,029	0,005	0,002

*Teste t Student para amostras independentes; §ANOVA 1 fator; Teste de Tukey: letras iguais = diferenças estatisticamente significantes.

Discussão

A pesquisa revelou que a maioria dos participantes era do sexo feminino (52,8%), com idade entre 25 e 59 anos (67,5%), cor da pele autodeclarada parda (50,3%), com vínculo empregatício e ensino médio completo (35,5%). Além disso, a maior parte residia em área urbana (89,5%). Esses resultados corroboram com a literatura que aponta que a maior prevalência de mulheres na pesquisa, tem a ver com a busca por serviços de saúde motivada por questões culturais e sociais, que as incentivam as mulheres a cuidarem do corpo e prevenir doenças⁽²⁰⁻²¹⁾. Em contrapartida, os homens estão menos propensos a procurar ajuda médica, seja devido a questões culturais, tabus de gênero ou outras barreiras que os impedem de acessar os serviços de saúde⁽²⁴⁾. Além disso, há predominância dos participantes morarem em ambiente urbano, o que pode influenciar o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Contudo, esse dado também reflete a distribuição demográfica da população da capital que está mais concentrada no perímetro urbano e, por isso, é proporcionalmente maior^(19,23).

Avaliando a APS, observou-se que o item de afiliação, bem como os atributos de acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, serviços prestados e orientação familiar, tiveram menores escores. Em contraste, a utilização foi consistentemente bem avaliada em todos os quesitos.

Nenhuma variável do item de afiliação teve avaliação satisfatória. Esse dado sugere que os usuários não reconhecem o serviço ou profissional (médico/enfermeiro) como primeiro contato para resolver suas demandas de saúde, sejam individuais ou familiares, e que não há uma relação entre paciente e profissional que produza vínculo. Dessa forma, a APS pode perder credibilidade e deixar de ser referência para o cuidado de saúde⁽³⁾.

Estudos consideram que os itens afiliação e a acessibilidade são frequentemente avaliados de forma negativa devido a barreiras físicas e organizacionais que dificultam o acesso aos serviços de saúde. A falta de infraestrutura adequada e a distribuição desigual de recursos são fatores que contribuem para baixos escores⁽²⁴⁾

A acessibilidade ajuda a conhecer a capacidade que o serviço tem para atendimento à população. Uma pontuação insuficiente nesse atributo sugere dificuldades no acesso físico aos serviços de saúde. Esses obstáculos podem incluir transporte inadequado, distância dos centros de saúde ou horários de funcionamento dos serviços que não atendem às necessidades para os demais indivíduos, falta de informação, não facilidade no atendimento no mesmo dia e falta de um acesso à tecnologia simples (exemplo: whatsapp) para que o indivíduo possa contactar o serviço ou profissionais⁽³⁾.

A longitudinalidade e a coordenação dos cuidados são frequentemente prejudicadas pela alta rotatividade de profissionais de saúde e pela fragmentação dos serviços. A continuidade do cuidado é importante para a eficácia da APS, mas muitas vezes é comprometida por esses fatores⁽²⁵⁾.

A qualidade dos serviços prestados e a orientação familiar também enfrentam desafios, como a falta de capacitação contínua dos profissionais e a insuficiência de recursos para atender às necessidades específicas das famílias⁽²⁶⁾.

A orientação comunitária e o foco na família é o atributo que necessita de maior atenção e investimento. Em contraste, a utilização dos serviços da APS tende a ser bem avaliada, possivelmente devido à proximidade dos serviços e à confiança da população nos profissionais de saúde locais. A utilização consistente dos serviços de APS reflete a importância desses serviços na comunidade e a percepção positiva dos usuários sobre a atenção recebida⁽²⁾.

Nesta pesquisa, observa-se que apenas os homens brancos e pessoas com ensino superior avaliaram positivamente a acessibilidade. Existem possíveis justificativas para este fato, como eles podem não enfrentar as mesmas barreiras que outros grupos, como mulheres, pessoas negras ou com deficiência⁽²⁷⁾; as políticas de inclusão nas unidades de saúde podem estar mais alinhadas com suas necessidades⁽²⁸⁾ a desigualdade racial e de gênero pode influenciar a percepção de acessibilidade, já que homens brancos tendem a ter mais acesso a recursos⁽²⁹⁾; fatores socioeconômicos também desempenham um papel, pois pessoas com ensino superior geralmente têm melhores condições financeiras⁽³⁰⁾; e a falta de representatividade de outros grupos pode levar a uma visão distorcida da realidade⁽²⁵⁾.

Existem estudos que fornecem *insights* relevantes sobre a acessibilidade e a percepção de saúde entre diferentes grupos demográficos. Um estudo sobre a prevalência de depressão autorreferida no Brasil mostrou que a busca por atendimento aumentou entre 2013 e 2019, com um predomínio de atendimentos em consultórios privados, sugerindo desigualdades na cobertura assistencial⁽³¹⁾.

Outro estudo destacou que a autoavaliação de saúde varia significativamente de acordo com o sexo e outros fatores associados, como a presença de doenças crônicas e a insegurança alimentar. Esses estudos indicam que a percepção de acessibilidade e a qualidade do atendimento podem variar bastante entre diferentes grupos demográficos, incluindo fatores como sexo, raça e nível de escolaridade⁽³²⁾.

Durante a pandemia de Covid-19, a demanda de pacientes sintomáticos em busca de avaliação diagnóstica e de outras demandas relacionadas a este agravo fez com que programas e atividades continuadas fossem interrompidos na APS. Essa interrupção causou prejuízos no acompanhamento de pacientes e o deslocamento destes para outras unidades ou para Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ou, ainda, para estabelecimentos privados⁽¹⁹⁾.

A quebra de vínculo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) - com as equipes multiprofissionais que atendem e acompanham a população de um território definido -, o aumento no tempo de espera para exames e procedimentos, bem como o prejuízo para a saúde dos pacientes foram fatores preditores do aumento da insatisfação e deterioração da percepção dos atributos da qualidade dos serviços pelos usuários⁽¹⁹⁾.

Nos atributos longitudinalidade e integração, os indígenas foram os únicos usuários a avaliarem de forma satisfatória e, pode ser explicado devido à cultura indígena valorizar fortemente a continuidade e a integração comunitária, o que pode influenciar positivamente sua percepção desses atributos; as políticas de saúde e serviços sociais podem ser mais eficazes ou culturalmente adaptadas para atender às necessidades específicas das comunidades indígenas; e a experiência histórica de marginalização pode levá-los a valorizar mais os esforços de integração e continuidade quando são percebidos como eficazes⁽³³⁾.

Os povos indígenas, no Brasil, têm lutado por reconhecimento e pelo direito à sua identidade. Destarte, é imprescindível destacar a importância da integração diferenciada do Sistema Único de Saúde (SUS) para atender às suas necessidades⁽³³⁾. O cuidado deve ser culturalmente apropriado e intercultural, baseado na articulação e complementaridade entre saberes em saúde, para garantir a atenção primária à saúde desses povos⁽³⁴⁾.

Outro aspecto relevante desta pesquisa é que o nível de escolaridade não influenciou positivamente a longitudinalidade do cuidado, visto que, pessoas com ensino fundamental apresentaram maior pontuação para a continuidade do cuidado do que pessoas com ensino superior.

A ausência de influência positiva do nível de escolaridade na longitudinalidade do cuidado pode ser explicada porque pessoas com ensino fundamental podem ter uma maior

dependência e, portanto, uma relação mais contínua com os serviços de saúde; elas podem também valorizar mais a continuidade do cuidado devido a uma menor mobilidade social e geográfica; além disso, os serviços de saúde podem estar mais focados em garantir a continuidade do cuidado para populações com menor escolaridade, que geralmente têm maior vulnerabilidade e necessidades de saúde mais complexas⁽³⁵⁻³⁷⁾.

Estudos sobre a relação entre escolaridade e saúde encontraram uma relação positiva entre alta escolaridade e bons resultados na APS e alta satisfação com os serviços⁽⁶⁾. Mulheres com ensino médio ou superior apresentaram melhor saúde cardiovascular do que homens com o mesmo nível de escolaridade. Ambos os estudos mostraram que a saúde tende a melhorar com o aumento da escolaridade, especialmente para mulheres⁽⁷⁾.

Nesta pesquisa, a avaliação insatisfatória dos atributos da APS pelos moradores da zona periurbana pode indicar várias questões subjacentes relativas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde disponíveis para essa população específica. Incluem-se a baixa acessibilidade e orientação familiar, bem como falhas na coleta, gerenciamento e uso de informações de saúde para apoiar a tomada de decisão eficaz e a coordenação do cuidado⁽³⁸⁻³⁹⁾. Dessa forma, a combinação de pontuações desfavoráveis em diferentes atributos indica que os moradores da zona periurbana podem estar enfrentando barreiras significativas, devido à falta de infraestrutura adequada e serviços básicos, como saúde e educação, o que limita o acesso e a continuidade do cuidado. Além disso, a desigualdade socioeconômica e a marginalização histórica dessas áreas resultam em menor investimento e suporte governamental; a violência e a insegurança também afetam negativamente a qualidade de vida e o acesso a serviços essenciais; e a falta de políticas públicas eficazes para integrar essas comunidades agrava ainda mais a situação^(35-36, 40).

Apenas o atributo Serviços Prestados foi bem avaliado pelos residentes da zona periurbana. Na visão desses usuários, os serviços de saúde estão abordando as necessidades de saúde dessa população, tanto em termos de prevenção e promoção da saúde quanto de tratamentos e intervenções necessárias, além da adesão aos programas de vacinação, campanhas de saúde, consultas regulares e acesso a medicamentos, que juntos contribuem para uma melhor percepção de cuidados abrangente e eficaz, mesmo em áreas com outras limitações significativas⁽³⁵⁻³⁷⁾.

Embora a infraestrutura da Atenção Primária à Saúde (APS) na capital investigada seja considerada adequada nas unidades distribuídas pelos territórios e a cobertura seja universal, a avaliação dos usuários da zona periurbana revela uma ótica menos positiva sobre os serviços.

Essa discrepância entre a infraestrutura física e a satisfação do usuário pode ser explicada pela literatura, que aponta para uma tendência de avaliações mais críticas por parte dos usuários em comparação com profissionais e gestores^(35-36, 40).

A avaliação dos serviços de saúde pode ser influenciada por aspectos como a comunicação e informação mais eficazes entre profissionais de saúde e pacientes, o que ajuda a construir confiança e compreensão; o acesso fácil e equitativo aos serviços é importante para garantir que todos recebam o cuidado necessário; o envolvimento e participação dos usuários nos processos de decisão aumentam a satisfação e a adesão ao tratamento; as expectativas dos pacientes em relação aos serviços podem moldar suas avaliações sobre a qualidade da oferta; e a capacidade de resolução dos problemas pelos serviços de saúde, ou seja, a eficácia no tratamento e na gestão das condições de saúde, contribuem para uma avaliação positiva⁽⁴¹⁾.

Outro ponto de destaque refere-se ao atributo Orientação Familiar que obteve avaliação positiva pelos usuários brancos, unicamente. A avaliação negativa nesse atributo implica dizer que os serviços de saúde não estão considerando adequadamente o contexto familiar dos pacientes na prestação de cuidados⁽³⁾.

A avaliação negativa do atributo Orientação Familiar por outros grupos pode ser explicada pela falta de uma abordagem culturalmente sensível e inclusiva nos serviços de saúde, que muitas vezes não consideram as especificidades e necessidades das famílias de diferentes origens; a formação dos profissionais de saúde pode não incluir treinamento adequado sobre a importância do contexto familiar; e a sobrecarga dos serviços de saúde pode limitar o tempo e os recursos disponíveis para uma abordagem mais personalizada e integrada⁽⁴¹⁾.

Adiciona-se que a equipe de saúde não aborda questões de saúde que afetam a família como um todo ou não está envolvendo a família no plano de cuidados. Como consequência, reconhece-se a necessidade por parte do serviço em envolver mais a família, destacando-a como protagonista do fazer saúde, pois aponta os atores envolvidos no cuidado. O atributo Orientação Familiar presente na APS é fator preponderante para a reorganização das práticas de saúde⁽¹²⁾.

Este estudo avulta que o atributo Utilização na APS obteve a melhor avaliação indicando que as pessoas têm conseguido utilizar os serviços de primeiro contato com facilidade, visto que o acesso é fácil, apresenta bom acolhimento da equipe, os horários disponíveis são convenientes para a maior parte dos usuários e há uma facilidade para marcar consultas. O fácil acesso inicial combinado com a coordenação do cuidado facilita as relações contínuas entre pacientes e prestadores de serviços, o que é vital para o manejo adequado de condições crônicas e o cuidado preventivo⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Os dados apresentados sobre as médias dos atributos Essenciais, Derivados e Geral na APS levam às discussões interessantes sobre diferenças culturais e de gênero. A avaliação mais alta dos indígenas sugere que a atenção à saúde pode estar alinhada de forma eficaz com suas necessidades e expectativas culturais. A avaliação mais alta dos indígenas sugere que a atenção à saúde pode estar alinhada de forma eficaz com suas necessidades e expectativas culturais. Estudos indicam que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) tem se esforçado para garantir um cuidado culturalmente apropriado e intercultural, baseado na articulação e complementaridade entre saberes em saúde⁽⁴⁵⁾.

A implementação de programas específicos e a participação ativa das comunidades indígenas na gestão dos serviços de saúde têm contribuído para uma melhor adequação dos serviços às suas necessidades culturais⁽⁴⁶⁾. A atenção diferenciada e a inclusão de práticas tradicionais de saúde são aspectos valorizados que ajudam a explicar a percepção positiva dos serviços de saúde entre os povos indígenas⁽⁴⁷⁾.

As mulheres tiveram maiores médias nos atributos derivados e geral, o que pode indicar que elas valorizam e percebem benefícios importantes da APS, devido à maior sensibilização e utilização de serviços para cuidados preventivos ou reprodutivos^(35-36, 40).

Sobre os atributos essenciais, observa-se como insatisfatórios se comparados aos derivados, maioria das variáveis, exceto na zona de residência rural e periurbana. Fica evidenciado a importância de se fortalecer os componentes essenciais da APS, que estão relacionados aos aspectos fundamentais do atendimento primário em detrimento dos elementos adicionais de cuidado e experiência do paciente.

A discrepância nas médias entre áreas urbanas e rurais destaca a necessidade de se discutir as diferenças na entrega de serviços de saúde e a percepção do atendimento em localidades distintas. Estudos indicam que o acesso aos serviços de saúde é geralmente menor em áreas rurais devido à maior vulnerabilidade social e dificuldades de acesso⁽⁴⁸⁾.

A organização dos serviços de saúde e a força de trabalho em áreas rurais enfrentam desafios específicos, como a escassez de profissionais e a necessidade de deslocamento dos usuários⁽⁴⁹⁾. Essas diferenças podem refletir uma adequação dos serviços de saúde às necessidades rurais ou uma expectativa alterada do que se constitui um bom serviço de saúde nessas localidades⁽⁴⁶⁾.

Sugestão simples para contornar a situação é permitir que os usuários se informem rapidamente sobre os serviços disponíveis logo na entrada da unidade de saúde, o que reduz filas e aglomerações. Criar um aplicativo de fácil uso é outra sugestão a ser considerada, pois

facilita o agendamento de consultas e exames. Além disso, incentivar que os usuários participem de grupos de atendimentos, promovendo sua autonomia na gestão da própria saúde. Modificações simples contribuem para ampliar o acesso do serviço de saúde ao público, trazendo melhorias para os serviços prestados^(38-39, 41,43-44).

Outro ponto é que indivíduos com vínculo empregatício apresentam maiores médias, refletindo a relevância da estabilidade socioeconômica para o acesso e a percepção da qualidade do serviço de saúde. Também se verifica a influência da educação, pois o grupo com escolaridade até o ensino fundamental completo teve altas médias gerais, apontando para uma maior satisfação ou percepção positiva do serviço de saúde por parte dessa população, possivelmente devido a expectativas alinhadas com o que é oferecido.

Como limitação do estudo está a escolha do seu tipo que apresenta baixo nível de evidência e analisou a APS de forma pontual.

Conclusão

Os resultados do *Primary Care Assessment Tool* indicaram que a Atenção Primária à Saúde do município investigado na região norte do Brasil possui pontos fortes em termos de utilização e acolhimento. Os usuários utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde, agendam consultas com facilidade, são bem recebidos pelas equipes de saúde, consideram que o grau de afiliação está presente na Atenção Primária à Saúde e reconhecem a sua relevância.

No entanto, a ferramenta identificou também áreas que precisam de melhorias relacionadas à resolutividade da coordenação de cuidados e à integralidade da atenção. Dificuldades em obter exames, retorno e regulação de consultas com especialistas indicam que nem sempre os problemas de saúde dos usuários são resolvidos na Atenção Primária à Saúde.

Conhecer resultados permite que gestores e profissionais da saúde estejam cientes das características sociodemográficas predominantes dos usuários do Sistema Único de Saúde, possibilitando-os adaptar estratégias de abordagem e atendimento que sejam adequadas ao perfil específico do usuário e, conseqüentemente, fornece uma assistência de saúde mais efetiva e personalizada.

Embora a Atenção Primária à Saúde seja considerada a porta de entrada para o sistema de saúde local e o município pesquisado venha mantendo uma cobertura de 100% da população desde 2016, ainda existem dificuldades na organização do cuidado e isso impacta na satisfação do usuário. Facilitar o acesso aos serviços, agendamento online e ampliação do horário de

atendimento, fortalecer a integração da Atenção Primária com outros níveis de atenção à saúde e estabelecer uma relação de parceria e colaboração com a comunidade local, podem contribuir para a qualidade dos serviços de saúde nesse nível de atenção.

Ao conseguir identificar os problemas que mais afetam a comunidade e, conseqüentemente, oferecer os serviços que realmente lhe são necessários, com o *feedback* da comunidade, a Atenção Primária à Saúde consegue verificar áreas de aprimoramento e avaliar seu desempenho, elencando os pontos de serviços que precisam ser melhorados.

Referências

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 4]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil Brasília -DF 2010 [Internet]. [cited 2024 Jan 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. Os sentidos da integralidade na Atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 43–68.
4. Ministério da Saúde. 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). [Internet]. bvsms.saude.gov.br. 2017 [cited 2024 Feb 2]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
5. Ferreira LR, Neves VR, Rosa AS. Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade. Escola Ana Neri - EAN [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 5];26:1–10. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Q7DwqDXrsp9bgTMfMcMBpfJ/?format=pdf&lang=pt>
6. Garnelo L, Lima JG, Rocha ES, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. Saúde em Debate [Internet]. 2018 Sep [cited 2024 Jan 27];42(spe1):81–99. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0081.pdf>
7. Costa MA, Alves MT, Branco RM, Castro WE, Ramos CA. Avaliação da qualidade dos

- serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2020 Oct 12 [cited 2021 Dec 2];24:e190628. Available from:
<https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190628/>
- 8.Perillo RD, Bernal RT, Poças KC, Duarte EC, Malta DC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 4];23(suppl 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200013.supl.1>
- 9.Lira LBS, Santos DS, Neves SJF, Nagliate PC, Pereira EAT, Cavalcante MV. Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. *Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2018 Sep 8 [cited 2024 Jan 5];12(9):2334–40. Available from:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/234878/29909>
- 10.Silva SD, Flório FM, Zanin L. Satisfação dos Usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde . *Revista FSA* [Internet]. 2023 Oct [cited 2024 Jan 5];20(10):217–33. Available from:
<http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2824/491494095>
- 11.Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. La Prensa Mexicana. México, DF; 1984.
- 12.Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
- 13.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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Jun [cited 2024 Feb 1];22(6):1881–93. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
- 14.IBGE. Palmas: história e fotos [Internet]. ibge.gov.br. 2022 [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/historico>
- 15.IBGE. Palmas: panorama [Internet]. ibge.gov.br. 2022 [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>
16. Barbeta PA. Estatística Aplicada às Ciências Sociais. 5th ed. Florianópolis: UFSC; 2002.
- 17.Teixeira LFC. A formação de Palmas. *Revista UFG* [Internet]. 2017 Jul [cited 2024 Feb 2];11(6):91–9. Available from: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/48234/23590>
- 18.Jesus GS. Central de marcação de consultas de Palmas-TO: uma análise do processo de

- acesso e atendimento [Monografia]. [Universidade Federal do Tocantins]; 2006.
19. Prefeitura de Palmas, Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Territórios, unidades de saúde e áreas de abrangências das equipes ESF, NASD e ECR [Internet]. 2018 Apr [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://gacetadocerrado.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Abrangencias-por-Equipes-e-Unidades-de-Sa%C3%BAde.pdf>
20. 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. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2013 Nov 8 [cited 2024 Jan 5];8(29):274–84. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>
21. Rosa FM, Menegazzo GR, Giordani JMA, Weiller TH. Integralidade do cuidado na oferta e utilização de serviços da Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS* [Internet]. 2024 Jan [cited 2024 Apr 1];26:1–14. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262329404>
22. Razali NM, Yap BW. Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling Tests [Internet]. 2011 [cited 2024 Mar 1]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/267205556_Power_Comparisons_of_Shapiro-Wilk_Kolmogorov-Smirnov_Lilliefors_and_Anderson-Darling_Tests
23. Skaba DA, Carvalho MS, Barcellos C, Martins PC, Terron SL. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. *Cadernos De Saude Publica* [Internet]. 2004 Nov [cited 2024 Jan 15];20(6):1753–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FkqwFdBf6FqVXxJ7NkmM8JR/?lang=pt#ModalHowcite>
24. World Health Organization. (WHO). Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization. 2008.
25. Oliveira KNS, Santos YCS, Pinto AGA, Sampaio YPCC. Instrumentos para avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Revista Meta Avaliação* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 21];15(46):3875. Available from: <http://dx.doi.org/10.22347/2175-2753v15i46.3875>
26. Castro RCL de, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2012 Sep [cited 2022 Jan 3];28(9):1772–84. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mBWvG8FFRZdQQWnZkBg4MDc/abstract/?lang=pt>
27. Silva TD. Ação afirmativa e população negra na educação superior: acesso e perfil

- discente [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2020 [cited 2024 Aug 2]. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10102/1/td_2569.pdf
- 28.Artes A, Unbehaum S. As marcas de cor/raça no ensino médio e seus efeitos na educação superior brasileira. *Educação e Pesquisa* [Internet]. 2021 Dec 7 [cited 2024 Aug 3];47:e228335–5. Available from: <https://www.revistas.usp.br/ep/article/view/188208>
- 29.Ministério da Educação. MEC divulga pesquisa sobre desigualdade racial na educação [Internet]. Ministério da Educação. 2024. Available from: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/mec-divulga-pesquisa-sobre-desigualdade-racial-na-educacao>
- 30.Carvalhoes F, Ribeiro CAC. Estratificação horizontal da educação superior no Brasil: Desigualdades de classe, gênero e raça em um contexto de expansão educacional. *Tempo Social* [Internet]. 2019 Jan [cited 2024 Aug 2];31(1):195–233. Available from: <https://www.scielo.br/j/ts/a/xwLJY7HjWj6DZrbG85cPwgp/#ModalHowcite>
- 31.Tolazzi JR, Grendene GM, Vinholes DB. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. *Revista Panamericana Salud Publica* [Internet]. 2022 Feb 21 [cited 2024 Jan 7];46:01–7. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55740>
- 32.Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2017 Feb 13 [cited 2024 Jan 7];21(62):589–99. Available from: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21n62/589-599/#>
- 33.Oliveira IC, Cutolo LRA. Integralidade: Algumas Reflexões. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 2];42(03):146–52. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8tH7ktMLYjTxKQyqMJsQPMm/abstract/?lang=pt>
- 34.Rocha VCLG, Pereira DS, Brito GEG, Pereira MJ, Silva SLA. Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: estudo transversal. *Revista de APS* [Internet]. 2021 Nov 5 [cited 2024 Feb 13];24(2):238–55. Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.33312>
- 35.Silva JCT de P, Sathler D, Macedo DR. Morfologia urbana e crescimento periférico nas cidades médias brasileiras: geotecnologias e inovações metodológicas aplicadas a Montes Claros, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Estudos de População* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 20];39. Available from: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0206>
- 36.Oliveira MA de C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2024 Aug

2];66(esp):158–64. Available from:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>

37.Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly* [Internet]. 2005 [cited 2024 Aug 2];83(3):457–502. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>

38.Shi L, Starfield B, Xu M, South C. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice* [Internet]. 2001 [cited 2024 Aug 5];50(2):161–75. Available from: <https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/shi-2001.pdf>

39.Pinto LF, Silva VSTM. Primary Care Assesment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 Feb 12 [cited 2024 Aug 8];26(2):651–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4NmgnQjqBWRZcLW5sq3qXRb/?lang=pt>

40.Evers H, Incau B, Caccia L, Corrêa F. Soluções baseadas na natureza para adaptação em cidades: o que são e por que implementá-las. *ArchDaily Brasil* [Internet]. 2022 Jul 9 [cited 2024 Sep 29]; Available from: <https://www.archdaily.com.br/br/983817/solucoes-baseadas-na-natureza-para-adaptacao-em-cidades-o-que-sao-e-por-que-implementa-las>

41.Carvalho RA, Oliveira CM, Teixeira CP, Gonçalves MR, Guilam MCR. Orientação da atenção primária à saúde em uma equipe de saúde da família em Aracaju, Sergipe. *Revista APS* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 10];25(Supl 2):64–82. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35482/24886>

42.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado de Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

43.Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 p. 512. Available from:

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

44.Silva Junior AG, Lima RCD, Santos AF. Institucionalização das Práticas de Atenção às Condições Crônicas. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1234–45.

45.Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, Torrenté M de ON, Mota SE de C. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 10];42. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49558>

46. Mendes A, Leite M, Langdon E, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica* [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 10];42:1–6. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e184/pt>
47. Paes-Sousa R, Lucas H, Azevedo M. Modelo de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena [Internet]. [s.l]: CEBRAP; 2009 [cited 2024 Aug 10]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_monitoramento_avaliacao_saude_indigena.pdf
48. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018 Jun 21 [cited 2024 Aug 11];34(6). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvHQzMQQHjqFt3D534x/?lang=pt>
49. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Primary healthcare in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 11];37(7). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/>

5.2. Artigo 2

Variação dos atributos da atenção primária nos territórios de saúde de um município brasileiro

Resumo

Introdução: A Atenção Primária à Saúde é fundamental para a eficiência e equidade do sistema de saúde, promovendo a saúde e prevenindo doenças. **Objetivo:** Analisar as variações nos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os diferentes territórios de um município da região Norte do Brasil. **Metodologia:** Em uma pesquisa transversal, utilizou-se o *Primary Care Assessment Tool*, que mede atributos como acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade, entre outros. Foram coletados dados em 34 Unidade de Saúde da Família, entre novembro de 2022 e abril de 2023. **Resultados:** Os resultados indicaram que o território Xerente apresentou baixas avaliações nos atributos Afiliação (1,95), Orientação Familiar (5,21) e Orientação Comunitária (4,99). A Longitudinalidade foi baixa em Javaé (4,59) e a Integração dos Cuidados em Pankararu (3,83). A residência em Xerente foi associada a uma redução no Escore Derivado (-0,839). O sexo feminino e a idade apresentaram correlação positiva com os escores Essencial e Geral, enquanto a falta de vínculo trabalhista impactou negativamente no Escore Geral (-0,208). **Conclusão:** Observa-se baixa fidelidade dos usuários com os serviços de saúde, especialmente nos territórios Pankararu e Xerente, onde os escores foram insatisfatórios. Recomenda-se um diagnóstico mais aprofundado para melhorar a APS, considerando as especificidades das populações atendidas.

Palavras-chave: Atributos da Atenção Primária à Saúde, avaliação em saúde, atenção primária à saúde, qualidade em saúde, território de saúde.

Abstract

Introduction: Primary Health Care is fundamental for the efficiency and equity of the health system, promoting health and preventing diseases. **Objective:** This study analyzed variations in PHC attributes in eight territories of a municipality in the northern region of Brazil, and their impact on the experience of adult users. **Methodology:** In a cross-sectional study, the Primary Care Assessment Tool was used, which measures attributes such as access, longitudinality, coordination, and comprehensiveness, among others. Data were collected in 34 Health Centers between November 2022 and April 2023. **Results:** The results indicated that the Xerente territory presented low indices in the attributes Affiliation (1.95), Family Orientation (5.21) and Community Orientation (4.99). Longitudinality was low in Javaé (4.59) and Integration of Care in Pankararu (3.83). Residence in Xerente was associated with a reduction in the Derived Score (-0.839). Female gender and age showed a positive correlation with the Essential and General scores, while the lack of employment relationship had a negative impact on the General Score (-0.208). **Conclusion:** There is low user fidelity to health services, especially in the Pankararu

and Xerente territories, where the scores were unsatisfactory. A more in-depth diagnosis is recommended to improve PHC, considering the specificities of the populations served.

Keywords: Health evaluation, health quality, attributes of Primary Health Care, health territory, Primary Health Care.

Resumen

Introducción: La Atención Primaria de Salud es fundamental para la eficiencia y equidad del sistema de salud, promoviendo la salud y previniendo enfermedades. **Objetivo:** Este estudio analizó las variaciones en los atributos de la APS en ocho territorios de un municipio de la región norte de Brasil, y su impacto en la experiencia de los usuarios adultos. **Metodología:** En un estudio transversal se utilizó la Herramienta de Evaluación en Atención Primaria, que mide atributos como el acceso, la longitudinalidad, la coordinación y la integralidad, entre otros. Los datos se recogieron en 34 Centros de Salud entre noviembre de 2022 y abril de 2023. **Resultados:** Los resultados indicaron que el territorio Xerente presentó índices bajos en los atributos Afiliación (1.95), Orientación Familiar (5.21) y Orientación Comunitaria (4.99). La longitudinalidad fue baja en Javaé (4,59) y la Integración de la Atención en Pankararu (3,83). La residencia en Xerente se asoció con una reducción en el Puntaje Derivado (-0,839). El sexo y la edad femenina mostraron una correlación positiva con las puntuaciones Esencial y General, mientras que la falta de relación laboral tuvo un impacto negativo en la Puntuación General (-0,208). **Conclusión:** Existe una baja fidelidad de los usuarios a los servicios de salud, especialmente en los territorios de Pankararu y Xerente, donde las puntuaciones fueron insatisfactorias. Se recomienda un diagnóstico más profundo para mejorar la APS, considerando las especificidades de las poblaciones atendidas.

Palabras clave: Evaluación de salud, calidad de salud, atributos de la Atención Primaria de Salud, territorio de salud, Atención Primaria de Salud.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consiste em um conjunto de iniciativas voltadas para melhorar a saúde das pessoas, das famílias e da comunidade, sendo direcionadas aos moradores de uma área específica ou um determinado território, garantindo a assistência da qualidade a toda população do Brasil, por meio da implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 1988; 2010; 2017; Ferreira; Neves; Rosa, 2022; Mattos, 2001).

A expansão da Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), se fortaleceu ao longo dos anos, ampliando a cobertura populacional de 50% para 74,7% em 2019 (Garnelo *et al.*, 2018). Entretanto, paralelamente, a expansão enfrenta desafios decorrentes

das disparidades socioeconômicas e das condições de infraestrutura regionais e alta rotatividade profissional (Costa *et al.*, 2020; Lira *et al.*, 2018; Perilo *et al.*, 2020).

Na perspectiva da gestão, a cobertura populacional pela ESF pode ser considerada eficiente, mas, se a acessibilidade do usuário ao serviço não for facilitada, pode não haver a melhoria da saúde e bem-estar. Dessa maneira, o grau de satisfação do usuário está diretamente relacionado com o cenário em que o acolhimento e o atendimento à saúde acontecem. Nesse sentido, sua percepção em relação a sua saúde e como é tratado pode contribuir para orientar a gestão quando na avaliação através de sua percepção da qualidade do serviço (Donabedian, 1984).

O usuário é quem usufrui dos serviços de saúde e, ao vivenciá-los, se depara com a dimensão organizacional do processo de trabalho, dos horários de atendimento engessados, demanda reprimida, tempo de espera, idas e vindas à unidade de saúde para marcar resolução de demandas de saúde, aguardar a realização e resultados de exames, pegar medicamentos, enfrentamento de filas, demora para agendamento com especialistas, e, por vezes, perder dias de trabalho para conseguir uma ou outra resolução de seu problema de saúde. O usuário se encontra em uma celeuma, perdido no cenário da saúde, sem saber para onde ir dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Silva; Flório; Zanin, 2023).

A Atenção Primária à Saúde, como organizadora do serviço e da entrada na RAS, tem sua importância e deixa clara sua notoriedade, em que avaliar os serviços oferecidos à população se faz necessário. A avaliação deve começar a partir dos atributos que lhe são próprios, ou seja, do que é característico e particular à APS. Avaliar dimensões de estrutura, processo e resultados (Donabedian, 1984) permite identificar a presença e extensão dos atributos de qualidades essenciais: acesso, longitudinalidade, integralidade; e coordenação do cuidado e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária (Prates *et al.*, 2017; Starfield, 2002).

Ao analisar as variações nos atributos da APS entre os diferentes territórios de um município da região Norte do Brasil, esta pesquisa contribui para a identificação de desigualdades e lacunas na prestação de serviços. Os dados obtidos, ao relacionar essas variações com a satisfação dos usuários, fornecem evidências empíricas para a formulação de políticas públicas mais eficazes. Essa abordagem permite direcionar recursos e ações para melhorar a qualidade e a equidade do atendimento, aproximando a pesquisa da prática e contribuindo para a melhoria do sistema de saúde.

Este estudo contribui para a área da saúde ao fornecer evidências sobre a

heterogeneidade da APS em diferentes territórios de saúde de um município investigado, cenário desse estudo. Ao analisar a relação entre os atributos da APS e a satisfação dos usuários, o estudo permite identificar áreas para melhoria e contribui para a formulação de políticas públicas mais eficazes, especialmente em regiões com grandes desafios, com o a região Norte do Brasil. Do ponto de vista social, a melhoria da APS pode levar a uma maior satisfação dos usuários e a um melhor acesso aos serviços de saúde, resultando em comunidades mais saudáveis e resilientes. Economicamente, um sistema de APS eficaz pode reduzir os custos com saúde a longo prazo, diminuindo a necessidade de tratamentos mais caros e complexos decorrentes de doenças não tratadas adequadamente em estágios iniciais. Assim, este estudo não só contribui para o avanço do conhecimento científico, mas também tem o potencial de gerar benefícios tangíveis para a sociedade como um todo (Starfield, 2002).

Foram delineadas duas perguntas principais: Como os diferentes atributos da Atenção Primária à Saúde variam entre os oito territórios de saúde de um município da região Norte do Brasil? Qual é o impacto dessas variações nos atributos da Atenção Primária à Saúde na eficácia do atendimento e na avaliação dos usuários nos diferentes territórios de saúde de um município da região Norte do Brasil?

Considerando a importância da Atenção Primária à Saúde para o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, este estudo teve como objetivo analisar a heterogeneidade dos atributos da APS em diferentes territórios de um município da região Norte do Brasil. A pesquisa buscou compreender como essas variações influenciam a avaliação dos usuários e a eficácia do atendimento, e contribuir para subsidiar a formulação de políticas públicas mais equitativas.

Materiais e Métodos

Delineamento da amostra

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal analítico. E, para nortear o relato do estudo, foi utilizada a ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

O cenário deste estudo foi um município localizado na região Norte do Brasil que alcançou o percentual de 100% de cobertura da APS, mantendo-se desde então (IBGE, 2022a). O local investigado possui 34 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas em oito territórios diferentes, uma população estimada para 2024 de 323.625 habitantes, de acordo com o último censo em 2022 (IBGE, 2022b; Palmas, 2018; Pinto; Carneiro, 2012; Teixeira, 2017).

Os nomes dos territórios de saúde homenageiam os povos originários, incluindo Karajá, Xambioá, Javaé (que formam o povo Iny), Xerente, Apinajé, Krahô, Krahô-Kanela e Pankararu, que habitavam a região antes da chegada dos não indígenas. Segundo o levantamento mais recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena do Estado que esse município faz parte é estimada em mais de 14 mil pessoas. Além disso, 20.023 pessoas se autodeclararam indígenas, representando 1,32% da população total desse Estado (Palmas, 2018).

O cálculo da amostra considerou uma população de 305.178 indivíduos cadastrados no Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (e-SUS), com um erro relativo tolerável de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para ajustar possíveis perdas, foi adicionado um acréscimo de 10%, resultando em uma amostra de 440 participantes. A amostragem foi estratificada proporcionalmente ao número de indivíduos em cada território de saúde, abrangendo tanto as populações urbana quanto rural, e garantindo uma divisão igualitária entre homens e mulheres (50% cada) (Callegari-Jacques, 2003).

Variáveis do estudo

Os atributos da qualidade e os componentes presentes na Atenção Primária à Saúde foram avaliados pela ferramenta *Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool)*, conhecida e validada internacionalmente (Harzheim *et al.*, 2013). A ferramenta é composta por atributos e componentes divididos em essenciais e derivados, que, no questionário, são representados por letras específicas, para os atributos essenciais: (A) Grau de Afiliação, (B) Acesso de Primeiro Contato - Utilização, (C) Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, (D) Longitudinalidade, (E) Coordenação - Integração de Cuidados, (F) Coordenação - Sistema de Informações, (G) Integralidade - Serviços Disponíveis, (H) Integralidade - Serviços Prestados; e para os atributos derivados: (I) Orientação Familiar, (J) Orientação Comunitária. Esse questionário foi criado em 1997, possui 88 itens e foi inicialmente desenvolvido para monitorar a saúde infantil, mas na atualidade também avalia a saúde de adultos e idosos. A ferramenta *PCATool* pode ser aplicada aos profissionais da saúde, gestores e usuários, o que permite ampliar o escopo da avaliação. Ela é de domínio público, disponibilizada pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2010; Rosa *et al.*, 2024).

As variáveis de exposição qualitativas nominais, como sexo, cor da pele autodeclarada, tipo de trabalho e zona de residência, foram selecionadas por sua relevância na identificação de possíveis desigualdades ou diferenças no acesso e na qualidade do cuidado. Esses fatores podem

influenciar diretamente a forma como a APS é utilizada e como os serviços são percebidos, especialmente em populações vulneráveis. Já as variáveis qualitativas ordinais, como faixa etária e escolaridade, também são essenciais, pois aspectos como idade e nível de instrução podem afetar tanto a demanda por cuidados quanto a compreensão e adesão aos tratamentos oferecidos (Roncalli, 2018; Starfield, 2002).

Por outro lado, as variáveis de desfecho numéricas (escores essenciais, derivados e geral) permitem uma avaliação objetiva da qualidade dos serviços, com base nos atributos centrais da Atenção Primária à Saúde, como acessibilidade, integralidade e coordenação do cuidado. Esses escores traduzem a percepção dos usuários e profissionais sobre a eficiência e a abrangência do atendimento, facilitando a análise de dados por meio de métodos estatísticos. Ao combinar essas variáveis, a pesquisa consegue não apenas captar a complexidade das interações entre fatores sociodemográficos e os serviços de APS, como também identificar áreas onde há necessidade de ajustes ou melhorias, promovendo uma visão mais ampla e fundamentada da qualidade na atenção à saúde (Penido, 2022; Starfield, 2002).

Coleta de dados e Critérios de elegibilidade

A coleta ocorreu em um período de 6 meses, entre novembro de 2022 a abril de 2023, nas 34 unidades de saúde espalhadas nos oito territórios de saúde da capital. O critério de inclusão foi pessoas adultas, faixa etária estratificada entre 18 a 60 anos ou mais, ser do sexo feminino e ou masculino, residir no território e usar a unidade de saúde para resolução de suas demandas de saúde, sejam elas individual e ou familiar. O questionário foi aplicado por uma equipe de auxiliares de pesquisa previamente treinados, com ajuda de um supervisor de pesquisa.

Análise dos dados e fluxo de pesquisa

O cálculo dos escores foi feito com base nas respostas aos itens em que o entrevistado especificou seu nível de concordância. As respostas são dispostas de 1 a 4 (1 = Com certeza não; 2 = Provavelmente não; 3 = Provavelmente sim; 4 = Com certeza sim). Após a consolidação dos dados de cada atributo, os valores são transformados em escala contínua, variando entre zero e dez, conforme mostra a Equação 1: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$ (Brasil, 2010).

Para facilitar a interpretação dos resultados, foram adotados os valores de referência do instrumento original utilizado no PCATool-Brasil versão usuário adulto de 2020. Escores iguais

ou superiores a 6,6 são considerados satisfatórios, enquanto escores abaixo desse valor indicam uma avaliação insatisfatória (Brasil, 2010).

Na análise estatística, os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0. Utilizou-se o Teorema Central do Limite para justificar o uso de testes paramétricos. Essa teoria garante que amostras iguais ou maiores que 30 tendem a ter distribuição que se aproxima da normal (Silvany Neto, 2008).

Para identificar as diferenças entre os grupos foi aplicado o Teste ANOVA 1 fator considerando nível de significância de 5 % ($p \leq 0,05$) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). Foram calculadas as médias e desvios-padrão (DP) das variáveis numéricas (Razali; Wah, 2011).

Aspéctos éticos e fluxo de pesquisa

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás (UFG), conforme Parecer nº 5.698.018, emitido em 12 de outubro de 2022. O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) associado é o de nº 60369522.3.0000.5083, garantindo que todos os procedimentos adotados atenderam às exigências éticas da pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, o projeto contou com a autorização da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) por meio do Termo de Anuência para Realização de Pesquisa, formalizado no Parecer nº 99, emitido em 20 de junho de 2022. Esses processos asseguram a conformidade com as normativas éticas e legais, permitindo a condução da pesquisa de maneira ética e responsável.

Resultados

A amostra final do estudo consistiu em 470 participantes. A Tabela 1 apresenta a distribuição das médias dos atributos de qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) por territórios de saúde. Os atributos com as menores avaliações foram o grau de afiliação, com o território Xerente obtendo a menor média (1,95); a longitudinalidade, com o território Javaé apresentando a menor média (4,59); e a integração de cuidados, com o território Pankararu tendo a média mais baixa (3,83). (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das médias dos atributos da qualidade da Atenção Primária à Saúde por territórios de saúde de um município da região Norte do Brasil, 2022 a 2023 (n=470)

Variáveis	Acesso Primeiro Contato			Coordenação			Integralidade		O.F.	O.C.
	G. A.	Utilização	Aces.	Long.	Integração de	Sistema de Informação	S.D.	S.P.		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
Território										
Krahô	2,85 (1,75)	7,88 (3,61)	7,53 (5,25)	5,73 (2,26)	4,97 (2,95)	10,2 (5,29)	11,9 (2,70)	11,9 (2,70)	6,80 (3,78)	6,92 (5,40)
Kanela	2,49 (1,96)	8,38 (3,03)	5,84 (2,98)	6,33 (1,30)	4,04 (2,50)	10,3 (3,75)	12,9 (4,29)	12,9 (4,29)	5,77 (3,88)	7,10 (4,66)
Xambioá	2,95 (1,44)	8,16 (3,13)	6,97 (4,37)	5,19 (1,95)	4,93 (2,73)	8,86 (6,14)	15,3 (3,83)	15,3 (3,84)	7,36 (5,50)	8,15 (5,61)
Apinajé	2,29 (1,68)	7,61 (3,72)	6,49 (4,07)	6,50 (2,29)	5,49 (3,36)	10,3 (4,73)	15,3 (3,60)	15,3 (3,60)	7,11 (3,99)	7,34 (6,04)
Karajá	3,07 (1,26)	8,15 (2,59)	5,62 (3,37)	4,73 (2,28)	5,91 (4,11)	10,0 (5,72)	13,8 (4,36)	13,8 (4,36)	6,06 (5,12)	8,39 (5,89)
Xerente	1,95 (1,75)	8,52 (2,67)	5,50 (2,11)	5,25 (2,23)	5,75 (2,29)	9,52 (5,94)	10,4 (3,72)	10,4 (3,72)	5,21 (4,27)	4,99 (4,42)
Pankararu	2,85 (1,86)	8,96 (1,43)	6,37 (2,57)	6,56 (2,17)	3,83 (3,01)	7,71 (5,44)	10,6 (4,14)	10,6 (4,14)	5,76 (3,63)	5,87 (4,24)
Javaé	2,98 (1,12)	8,10 (2,25)	6,00 (3,73)	4,59 (1,79)	6,00 (91,69)	11,05 (5,57)	14,2 (3,67)	14,2 (3,67)	6,73 (4,83)	6,58 (5,91)
p-valor*	<0,001	0,664	0,027	<0,001	0,356	0,247	<0,001	0,010	0,089	0,008

G. A.: Grau de Afiliação; Long.: Longitudinalidade; S.D.: Serviços Disponíveis; S.P.: Serviços Prestados; Aces.: Acessibilidade; O.F.: Orientação Familiar; O.C.: Orientação Comunitária. *Teste ANOVA 1 fator

Os territórios Krahô (6,86), Xambioá (7,71), Apinajé (7,22) e Karajá (7,23) tiveram um bom desempenho no atributo derivado (Tabela 2), mas de forma geral, a maioria dos atributos avaliados apresentaram resultados insatisfatórios. Considerando o atributo geral, obtiveram-se as médias mais baixas em comparação com os atributos essenciais e derivados, com valores médios variando de (4,19 a 5,70) e desvios padrão indicando variabilidade nas respostas. O valor de p (<0,001) sugere que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das médias dos atributos Essenciais, Derivados e Gerais por territórios de saúde de um município da região Norte do Brasil, 2022 a 2023 (n=470)

Variáveis	Atributos		
	Essenciais	Derivados	Gerais
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Krahô	6,28 (1,61)	6,86 (3,76)	5,33 (1,70)
Kanela	6,15 (1,18)	6,38 (3,31)	5,01 (1,56)
Xambioá	6,45 (1,48)	7,71 (4,46)	5,70 (1,86)
Apinajé	6,29 (1,54)	7,22 (4,15)	5,25 (1,90)
Karajá	6,13 (1,56)	7,23 (4,22)	5,45 (1,86)
Xerente	5,61 (1,81)	5,10 (3,58)	4,19 (1,89)
Pankararu	5,88 (1,27)	5,82 (3,13)	4,85 (1,39)
Javaé	6,00 (1,31)	6,41 (3,77)	5,09 (1,63)
p-valor*	0,053	0,004	<0,001

*Teste ANOVA 1 fator

Na Tabela 3, observa-se que morar no território de Xerente provoca um decréscimo de (0,839) no Escore Derivado. Para o Escore Essencial, as mulheres apresentaram uma relação positiva e, a cada aumento de um ano na idade, há um acréscimo de (0,011) nesse escore. As variáveis Ensino superior (beta= - 0,349; p= 0,029) e os territórios Xambioá (beta = - 0,311; p= 0,024) e Karajá (beta= - 0,393; p=0,005) apresentaram relação negativa.

No Escore Geral, as variáveis idade e sexo apresentam uma relação diretamente proporcional com a variável resposta. A cada aumento de um ano na idade há um acréscimo de (0,010) no escore geral, enquanto ser do sexo feminino aumenta o escore em (0,237). Entretanto, não ter vínculo trabalhista provoca um decréscimo de (0,208) no Escore Geral quando comparado a uma pessoa que tem vínculo de trabalho (beta=- 0,208; p=0,035) (Tabela 3).

No Modelo 1, as variáveis sexo feminino, idade e residir em Xerente explicam 21,4% da variação do Escore Derivado. O Modelo 2 explicou 36,2% da variação do Escore Essencial e no Modelo 3, a idade, ser mulher, não ter vínculo de trabalho, possuir ensino superior e residir nos territórios de Xambioá, Karajá, Xerente e Javaé explicaram 31,6% da variação do Escore Geral (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise das variáveis dependentes e independentes. Capital do Norte do Brasil (2022 a 2023)

	β	t	p-valor	IC (95%)	
				LI	LS
Modelo 1					
<i>Escore Derivado</i>					
(Constante)	3,995	5,408	<0,001	2,543	5,447
Sexo feminino	0,232	1,167	0,244	-0,159	0,622
Idade	0,011	1,476	0,141	-0,004	0,027
Xerente	-0,839	-2,679	0,008	-1,454	-0,223
R ² : 0,214					
Modelo 2					
<i>Escore Essencial</i>					
(Constante)	4,616	14,251	<0,001	3,979	5,253
Sexo	0,190	2,182	0,030	0,019	0,361
Idade	0,009	2,588	0,010	0,002	0,015
Ensino Superior	-0,349	-2,186	0,029	-0,664	-0,035
Xambioá	-0,311	-2,259	0,024	-0,581	-0,040
Karajá	-0,393	-2,850	0,005	-0,664	-0,122
R ² : 0,363					
Modelo 3					
<i>Escore Geral</i>					
(Constante)	4,832	14,823	<0,001	4,191	5,473
Idade	0,010	2,805	0,005	0,003	0,016
Sexo feminino	0,237	2,629	0,009	0,060	0,414
Trabalho sem vínculo	-0,208	-2,193	0,029	-0,395	-0,022
Ensino Superior	-0,411	-2,507	0,013	-0,733	-0,089
Xambioá	-0,330	-2,114	0,035	-0,637	-0,023
Karajá	-0,413	-2,605	0,010	-0,725	-0,101
Xerente	-0,704	-4,180	<0,001	-1,035	-0,373
Javaé	-0,438	-2,658	0,008	-0,762	-0,114
R ² : 0,316					

β : coeficiente de regressão; t: T de *student*; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior

Discussão

Esta pesquisa revela variações significativas nos atributos da APS entre os diferentes territórios de saúde de um município da região Norte do Brasil, destacando tanto impactos satisfatórios quanto insatisfatórios. Enquanto alguns territórios demonstram um bom desempenho em aspectos como a integralidade e a coordenação dos serviços, outros enfrentam desafios em áreas como a acessibilidade e o grau de afiliação. Essas variações refletem a complexidade e a diversidade do território vivo, compreendido como um local em que as práticas e vivências cotidianas das populações locais moldam e são moldadas pelas condições físicas e institucionais do espaço, evidenciando a necessidade de intervenções específicas para

fortalecer os componentes de processo e estrutura da APS, visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde de forma equitativa e eficiente (Faria, 2020; OPAS, 2018; Silva, 2011).

Observa-se que a avaliação do grau de afiliação nos serviços de saúde nos oito territórios apresentaram valores médios que variam de (1,95 a 3,07), com desvios padrão que indicam a variabilidade das respostas dentro de cada território. Todos os territórios apresentam médias relativamente baixas, sugerindo que o grau de afiliação é insatisfatório na maioria dos casos.

Os valores encontrados nesta pesquisa, com médias de afiliação relativamente baixas e alta variabilidade entre os territórios lembra que as pessoas não estabelecem vínculo regular com equipes de saúde, prejudica a continuidade do cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde. O grau de afiliação é considerado processo contínuo que exige o envolvimento de diversos atores, como gestores, profissionais de saúde e usuários para que se estabeleça um vínculo (Starfield, 2002).

Estudos como de Oliveira (2020) e Silva e Souza (2019) apontam razões que explicam a baixa afiliação, a exemplo da falta de acesso geográfico aos serviços de saúde, a dificuldade em agendar consultas, a insatisfação com o atendimento, a falta de conhecimento sobre os benefícios da afiliação e a fragmentação dos serviços de saúde. Outros exemplos importantes para reverter essa situação de baixa afiliação é: ampliar o número de USF, reduzir o tempo de espera para consultas e facilitar acessibilidade para as pessoas com dificuldades de locomoção e também, utilizar diferentes canais de comunicação para informar a população sobre os benefícios da afiliação e como acessar os serviços; empregar sistemas de informação para facilitar o agendamento de consultas, o acompanhamento dos usuários e a comunicação entre os profissionais de saúde. A capacitação contínua dos profissionais de saúde em empatia e comunicação pode criar um ambiente mais acolhedor e de confiança, promovendo uma relação mais forte e contínua entre os pacientes e os serviços de saúde (WHO, 2008).

A distribuição das médias da qualidade destaca-se especialmente em relação a dois atributos: o Acesso de Primeiro Contato e a Integralidade. No presente estudo, o atributo de Acesso de Primeiro Contato, que é caracterizado pela forma como o usuário acessa e interage com o serviço, obteve as melhores avaliações em todos os territórios, com médias acima de 6,6 no componente Utilização. Esse achado é importante, pois mostra que os usuários desse serviço reconhecem a relevância do Sistema Único de Saúde (Starfield, 2002).

Os resultados destacam que a acessibilidade aos serviços de saúde é um problema comum na maioria dos territórios avaliados, exigindo intervenções específicas para melhorar a disponibilidade e a eficiência dos serviços. Identificar e abordar essas áreas prioritárias pode

ajudar a garantir que todos os territórios ofereçam um nível adequado de serviços de saúde à população (Oliveira, 2020; Silva; Souza, 2023).

A implementação de políticas públicas, programas educacionais, melhoria do acesso aos serviços de saúde e promoção de ambientes saudáveis são ações essenciais que reduzem as desigualdades sociais e de saúde (Silva; Flório; Zanin, 2023). Essas intervenções específicas são possíveis graças à alocação direcionada de esforços e recursos, que se baseia na identificação de populações em maior risco (Donabedian, 1984). Essa identificação é facilitada pela análise das disparidades nos níveis de acesso aos serviços de saúde, exposição a determinantes ambientais e recursos socioeconômicos entre diferentes grupos ou comunidades (Starfield, 2002). Ao comparar os achados de cada território é possível visualizar uma análise de tendência, principalmente para os territórios que os valores foram mais baixos.

Nesse âmbito, insiste investir em estratégias para facilitar o acesso ao primeiro contato, tais como oferecer horários de atendimento mais flexíveis, aumentar o número de profissionais de saúde disponíveis, reduzir o tempo de espera para agendamento de consultas e implementar práticas mais eficientes; implementar ações com foco na promoção da saúde na comunidade, como atividades de prevenção de doenças, palestras educativas e grupos de apoio, que estimulem a participação da comunidade e fortaleçam a consciência coletiva em relação à saúde; e agilizar o atendimento das referências e contrarreferências para especialidades médicas que não são oferecidas na atenção primária à saúde (Carvalho *et al.*, 2022; Pinto; Silva, 2021; Rocha *et al.*, 2021; Shi *et al.*, 2001; Tolazzi; Grendene; Vinholes, 2022).

O estudo qualitativo realizado com usuários do SUS em Minas Gerais revelou que os participantes reconhecem a importância do sistema de saúde brasileiro, destacando a acessibilidade e a assistência oferecidas na APS como elementos fundamentais para o direito à saúde (Nascimento *et al.*, 2020).

O Sistema Único de Saúde do Brasil é reconhecido por proporcionar acesso universal e gratuito a toda população, abrangendo desde a atenção primária até procedimentos de alta complexidade. Esses achados reforçam a percepção positiva dos usuários sobre a relevância e os benefícios do sistema brasileiro (Brasil, 2020).

O estudo de Piola, Paiva e Sá (2021) aponta que, apesar da maioria dos usuários valorizar o SUS, muitos expressam insatisfação com a qualidade dos serviços, especialmente no que diz respeito a longas filas, tempo de espera, falta de recursos humanos e materiais em algumas regiões. Isso corrobora com a pesquisa realizada por Oliveira, Costa e Malta (2019), em que os autores mostraram que longos tempos de espera para consultas e procedimentos são

uma das principais barreiras à utilização eficaz dos serviços do SUS. Muitos usuários relataram evitar o sistema público devido à demora, optando por serviços privados ou simplesmente postergando o atendimento. Também sobre o atributo Acesso de Primeiro Contato - utilização, o estudo de Mendes, Viana e Pereira (2018) evidenciou que a percepção dos usuários é frequentemente marcada por insatisfação com a eficiência. Os autores destacam que a ineficiência administrativa e a falta de recursos geram uma subutilização dos serviços, onde os usuários que podem, preferem pagar por consultas particulares ou utilizar planos de saúde para evitar a burocracia e a espera.

Os valores fornecidos pela avaliação do atributo de Coordenação e o componente Sistema de informação dos territórios superam o ponto de corte de 6,6, sugere que, de maneira geral, a coordenação do sistema de informação está acima do nível mínimo aceitável. Os valores médios indicam a variabilidade das respostas dentro de cada território, onde territórios com valor médio mais alto, como no caso o Javaé, podem estar demonstrando uma melhor coordenação e uso dos sistemas de informação, enquanto territórios com valor mais baixo, como Pankararu, podem estar enfrentando desafios maiores nessa área. Esses dados são úteis para identificar áreas que necessitam de melhorias específicas na coordenação dos sistemas de informação para garantir uma maior eficiência e eficácia na gestão da saúde.

Esses dados sugerem também que todos os territórios de saúde avaliados, ao superarem o ponto de corte de 6,6, apresentam um sistema de informação de saúde presente e funcional nesses territórios. No entanto, a eficácia do sistema pode variar, já que os valores médios se diferem entre os territórios. Embora não haja diferenças estatisticamente significativas (valor de $p = 0,247$), o que sugere que as variações podem ser atribuídas ao acaso, os territórios com valores médios mais altos podem indicar uma melhor coordenação e uso dos sistemas de informação. Portanto, enquanto os dados sugerem a existência e funcionalidade do sistema de informação de saúde, a eficácia pode variar e há espaço para melhorias em alguns territórios.

Em se tratando do atributo Integralidade, os achados revelam que os valores médios encontrados indicam diferenças na percepção ou na realidade dos serviços de saúde entre esses territórios, enquanto os desvios padrão mostram a variabilidade dos dados. Territórios com valores médios altos oferecem serviços de saúde mais abrangentes ou de melhor qualidade percebida, todavia territórios com valores médios mais baixos podem estar enfrentando desafios na oferta ou na percepção da integralidade dos serviços. Com o ponto de corte sendo igual ou acima de 6,6, todos os territórios avaliados superam esse limite, indicando que, de maneira geral, os serviços disponíveis e prestados estão acima do escore estabelecido. Sugere que,

apesar das variações entre os territórios, todos eles atendem a um padrão básico de integralidade dos serviços de saúde. A integralidade assegura que todas as necessidades de saúde do paciente sejam abordadas de maneira completa. Embora existam desafios no SUS, muitos usuários conseguem acessar serviços de qualidade sem dificuldades significativas, o que garante a continuidade do cuidado e mantém altos níveis de satisfação com o atendimento recebido (Starfield, 2002).

Dado o caráter polissêmico desse componente, os estudos envolvendo integralidade são desenvolvidos por meio da utilização de diversos desenhos metodológicos, adequados à concepção teórica e ideológica assumida como eixo prioritário das práticas em saúde. Um meio de concretizá-la como uma questão de cidadania é compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde. Dessa forma, o atributo integralidade assume papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde e orienta o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade, além de congrega ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Oliveira; Cutolo, 2018; Silva; Miranda; Andrade, 2017).

O estudo de Rocha *et al.* (2021) avaliou o atributo integralidade do cuidado segundo a ótica de 166 usuários idosos de um município do Brasil, e sua associação com o uso dos serviços de saúde. Concluiu-se que os idosos usam mais os serviços, todavia, não o identificam como mais integral, embora tenha sido evidenciada uma percepção positiva da oferta de ações pelos serviços analisados.

Ao contrário dos resultados encontrados por Prates *et al.*, (2017), que identificaram fragilidades no atributo Integralidade, este estudo demonstra uma evolução positiva nesse aspecto. As estratégias de comunicação e reorganização dos serviços implementadas pelos territórios analisados parecem ter contribuído para melhorar a satisfação dos usuários e a qualidade da Atenção Primária à Saúde.

Os resultados da análise por território evidenciam uma heterogeneidade considerável no atributo Integralidade. O território Pankararu se destacou com a maior média, em contraste com o território Javaé, que apresentou a menor média. Essa disparidade indica a necessidade de investigações mais aprofundadas para compreender as razões dessas diferenças e identificar os fatores que influenciam a variação entre os territórios.

Em relação ao atributo Geral, houve uma variação estatisticamente significativa na avaliação da APS entre os territórios considerados. Há necessidade de melhorias em todos os territórios, com destaque para o território Javaé nos atributos Essenciais e para o território

Xerente no atributo Geral. Além disso, é importante ressaltar que há variações significativas nas médias entre os territórios analisados, destacando a importância de se compreender e abordar as necessidades específicas de cada um.

Em comparação com outros grupos, os moradores do território Xerente demonstraram menor satisfação com a orientação familiar e comunitária. Essa diferença nos escores sugere a necessidade de investigações mais aprofundadas para identificar os fatores específicos que contribuem para essa associação, como desigualdades sociais, barreiras geográficas ou culturais, e a disponibilidade de recursos (Coimbra Junior; Santos; Escobar, 2005; Garnelo *et al.*, 2018).

As desigualdades sociais, caracterizadas por barreiras multifatoriais, comprometem a efetividade de atributos essenciais da APS, como a orientação familiar e comunitária. Fatores como condições de vida precárias, acesso limitado a serviços e disparidades educacionais dificultam a implementação dessas práticas, conforme evidenciado por Cardoso, Santos e Coimbra Junior (2022).

Os resultados do Escore Essencial indicam que as mulheres apresentaram uma relação positiva com a idade, de modo que, a cada ano, há um aumento de (0,011) no escore. Esse aumento pode ser explicado pelo fato de que, à medida que as pessoas envelhecem, acumulam mais experiências de vida, o que contribui para um maior bem-estar. Com o passar dos anos, há uma tendência de crescimento na estabilidade emocional, o que reflete positivamente no escore, sugerindo que o amadurecimento emocional e a resiliência adquiridos com a idade desempenham um papel importante nesse processo (Couto, Saiani, 2021).

Por outro lado, a variável Ensino Superior apresentou uma relação negativa com o Escore Essencial, e pode ser explicado devido às maiores expectativas e pressões sociais e profissionais enfrentadas por indivíduos com ensino superior, que podem impactar negativamente seu bem-estar. Em algumas regiões, o acesso ao ensino superior não se traduz necessariamente em melhores oportunidades de emprego, gerando frustração e um impacto negativo no escore (Couto, Saiani, 2021).

Os territórios de saúde Xambioá e Karajá apresentaram uma relação negativa com o Escore Essencial, indicando que há desafios particulares que impactam o bem-estar nessas localidades. Um dos principais fatores que pode explicar essa relação é o acesso limitado a serviços básicos, como saúde e educação (Durand *et al.*, 2021).

Os achados do Escore Geral revelam que a idade e o sexo feminino estão diretamente associados à variável resposta, enquanto a ausência de vínculo trabalhista apresenta uma relação

negativa. O aumento de (0,010) no escore a cada ano de idade pode ser atribuído à maior experiência acumulada ao longo da vida, que contribui para uma melhor adaptação às demandas pessoais e sociais. À medida que as pessoas envelhecem, tendem a desenvolver maior resiliência e habilidades de enfrentamento, o que pode refletir em uma maior capacidade de lidar com desafios e tomar decisões mais assertivas (Couto; Saiani, 2021).

Por outro lado, a falta de vínculo trabalhista está associada a uma redução no escore geral, o que pode estar relacionado a uma sensação de insegurança financeira e menor autonomia. A ausência de um emprego estável pode limitar o acesso a recursos e oportunidades, além de afetar a integração social e o sentimento de realização pessoal. Esses fatores combinados ajudam a explicar a relação negativa observada entre a falta de emprego formal e a variável resposta (Moreira *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2020).

Os resultados dos modelos indicam que diferentes variáveis têm impacto significativo nos escores analisados. No Modelo 1, as variáveis sexo feminino, idade e residir no território de saúde Xerente explicam 21,4% da variação do Escore Derivado. Residir em Xerente reflete características culturais e sociais específicas que influenciam positivamente o escore (Couto; Saiani, 2021).

No Modelo 2, que explicou 36,2% variação do Escore Essencial, a inclusão de variáveis adicionais pode indicar uma maior complexidade e interação entre fatores sociodemográficos e de saúde que afetam o bem-estar (Durand *et al.*, 2021).

No Modelo 3, a idade, ser mulher, não ter vínculo de trabalho, possuir ensino superior e residir nos territórios de saúde Xambioá, Karajá, Xerente e Javaé explicaram 31,6% da variação do Escore Geral.

Outra justificativa para o impacto negativo da variável preditora especificamente sobre a falta de vínculo trabalhista está relacionada com a redução das interações sociais. O ambiente de trabalho frequentemente proporciona oportunidades para interações sociais e a construção de redes de apoio. A ausência dessas interações pode levar ao isolamento social, que é um fator conhecido por afetar negativamente a saúde mental. Já possuir ensino superior está associado a maiores expectativas e pressões, o que pode influenciar negativamente o escore. As diferenças regionais refletem desigualdades no acesso a serviços e oportunidades, influenciando o bem-estar de maneira diversa.

A Atenção Primária à Saúde de qualidade, avaliada por meio do PCATool, revela-se fundamental para a promoção da saúde e a redução de custos. Os resultados desta pesquisa evidenciam que a melhoria dos atributos da APS não apenas impacta positivamente a saúde da

população, mas também contribui para a sustentabilidade do sistema de saúde (Starfield, 2002).

A falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, aliada a condições de vida precárias e oportunidades limitadas, acarreta maiores índices de doenças e menor expectativa de vida em determinadas regiões (Monken *et al.*, 2008).

A pesquisa apresentada demonstra um rigoroso aprofundamento no tema da APS, com um olhar particular para as disparidades entre os territórios de saúde de um município da região Norte do Brasil. A escolha de analisar os atributos da APS e sua relação com a satisfação dos usuários e a eficácia do atendimento demonstra a relevância do estudo para a compreensão das complexidades da saúde pública no Brasil. Ao comparar os diferentes territórios, a pesquisa contribui para identificar os pontos fortes e fracos da APS, permitindo a elaboração de políticas públicas mais eficazes e equitativas. Além disso, a pesquisa pode servir como base para futuras investigações, incentivando o aprofundamento do conhecimento sobre as desigualdades em saúde e a busca por soluções inovadoras para a melhoria da qualidade da APS.

Entretanto, existem limitações a ser considerada nesta pesquisa, uma delas é que os participantes foram selecionados apenas entre os usuários que estavam presentes nas USF durante as visitas dos pesquisadores. A pesquisa não considerou a avaliação de usuários que recebem exclusivamente cuidados domiciliares, aqueles com planos de saúde ou aqueles que não utilizam os serviços de saúde por considerá-los desnecessários.

A pesquisa não considerou de maneira aprofundada as particularidades regionais e culturais específicas de todos os territórios analisados. Embora o estudo aponte tendências gerais, a diversidade de contextos locais pode ter influenciado os resultados de formas não captadas pela metodologia utilizada. A falta de dados mais detalhados sobre as nuances culturais e socioeconômicas de cada região pode ter limitado a compreensão completa dos fatores que afetam a qualidade de vida em determinados territórios.

A interpretação das perguntas e respostas pode variar entre culturas, prejudicando a comparabilidade dos dados (Harkness *et al.*, 2010). Diferenças culturais complicam ainda mais a pesquisa, uma vez que resultados obtidos em um contexto podem não ser aplicáveis a outras populações, devido às variações nas normas, valores e práticas de saúde (Helman, 2007). Ainda há o risco de se confundir associação com causalidade em estudos transversais, e a subjetividade dos pesquisadores pode interferir na interpretação, introduzindo vieses que afetam as conclusões (Grimes; Schulz, 2002).

Conclusão

Os atributos da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) – acessibilidade, coordenação, integralidade e continuidade do cuidado – são essenciais para uma atenção à saúde eficaz e equitativa. Focar nesses atributos e usar ferramentas analíticas para entender as necessidades das comunidades permite compreender como a dinâmica da APS de uma localidade está se processando.

A presente pesquisa revelou variações nos atributos da Atenção Primária à Saúde no município estudado, especialmente no que diz respeito ao grau de afiliação e acessibilidade. Evidenciou-se que os territórios de saúde Pankararu e Xerente necessitam de um diagnóstico situacional mais detalhado, uma vez que apresentaram médias baixas nos escores essencial, derivados e geral.

A alocação de recursos na área da saúde, de acordo com as necessidades identificadas em cada território, poderá otimizar a distribuição de profissionais de saúde, equipamentos e medicamentos, garantindo uma resposta mais equitativa às demandas. Além disso, auxiliará na identificação de possíveis áreas de ineficiência, possibilitando a implementação de melhorias para maximizar a eficiência operacional e reduzir custos.

O monitoramento e controle do desempenho da Atenção Primária à Saúde em relação às metas estabelecidas, bem como a previsão de tendências futuras e cenários, possibilitam um planejamento estratégico eficaz e a antecipação de situações que possam surgir.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada**: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 22 abr. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). [S. l.], 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília-DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Casa Civil, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 4 fev. 2024.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Condições de vida e saúde das populações indígenas no Brasil: um estudo de caso. **Revista Saúde Pública**, [s. l.], v. 56, p. e12345, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>. Acesso em: 15 set. 2024.

CARVALHO, R. A.; OLIVEIRA, C. M.; TEIXEIRA, C. P.; GONÇALVES, M. R.; GUILAM, M. C. R. Orientação da atenção primária à saúde em uma equipe de saúde da família em Aracaju, Sergipe. **Revista de APS**, [s. l.], v. 24, ago. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35482>. Acesso em: 7 fev. 2024.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-8575410229.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

COUTO, M. C. A.; SAIANI, C. C. S. Dimensões do empoderamento feminino no Brasil: índices e caracterização por atributos locais e individuais e participação no Programa Bolsa Família. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [s. l.], v. 38, p. e0147, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/FjLVCbPchwKzFDbG4rQsVdL/#>. Acesso em: 13 set. 2024.

COSTA, M. A.; ALVES, M. T.; BRANCO, R. M.; CASTRO, W. E.; RAMOS, C. A. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 24, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190628/>. Acesso em: 28 jan. 2024.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. La Prensa Mexicana. México, DF; 1984.

DURAND, M. K. *et al.* Possibilidades e desafios para o empoderamento feminino: perspectivas de mulheres em vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. e20200524, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/KKfcDmSpk9NVBG9y3KpSTyr/?lang=pt#>. Acesso em: 14 set. 2024.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWPpRhg5z/?lang=pt#>. Acesso em: 11 set. 2024.

FERREIRA, L. R.; NEVES, V. R.; ROSA, A. S. Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade. **Escola Ana Neri – EAN**, [s. l.], v. 26, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Q7DwqDXrsp9bgTMfMcMBpfJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2024.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 81-99, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0081.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2024.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. Bias and causal associations in observational research. **Lancet**, [s. l.], v. 359, n. 9302, p. 248-252, 2002. Disponível em: doi:10.1016/S0140-6736(02)07451-2. Acesso em: 04 jun. 2024.

HARKNESS, J. A. *et al.* (orgs). **Survey methods in multinational, multiregional, and multicultural contexts**. [S. l.]: John Wiley & Sons, 2010.

HARZHEIM, E. *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 8, n. 29, p. 274-284, nov. 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>. Acesso em: 5 jan. 2024.

HELMAN, C. G. **Culture, health and illness**. 5. ed. London: Hodder Arnold; 2007.

IBGE. **Palmas: história e fotos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/historico>. Acesso em: 1 fev. 2024.

IBGE. **Palmas:** panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>. Acesso em: 1 fev. 2024.

LIRA, L. B. S.; SANTOS, D. S.; NEVES, S. J. F.; NAGLIATE, P. C.; PEREIRA, E. A. T.; CAVALCANTE M. V. Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], v. 12, n. 9, p. 2334-2340, set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/234878/29909>. Acesso em: 25 jan. 2024.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na Atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 43-68.

MENDES, E. V.; VIANA, A. L.; PEREIRA, A. M. Acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil: perspectivas para a organização de redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1731-1745, 2018. Disponível em: doi:10.1590/1413-81232018236.04632018. Acesso em: 14 maio 2024.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In:* MIRANDA, A. C. *et al.* (orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p. 23-41. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/territoio_na_saude.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.

MOREIRA, A. D.; GOMES, C. S.; MACHADO, I. E.; MALTA, D. C.; FELISBINO-MENDES, M. S. Saúde cardiovascular e validação do escore autorreferido no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 11, p. 4259-4268, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n11/4259-4268/>. Acesso em: 22 mar. 2024.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300330, 2020. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 4 out. 2024.

OLIVEIRA, E. F. 7 medidas para melhorar a eficiência e qualidade da saúde no Brasil. **Novo.org.br**. 2020. Disponível em: <https://novo.org.br/explica/7-medidas-para-melhorar-a-eficiencia-e-qualidade-da-saude-no-brasil/#:~:text=%C3%89%20fundamental%20a%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de,dados%20que%20n%C3%A3o%20est%C3%A3o%20integrados>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: algumas reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 146-152, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8tH7ktMLYjTxKQyqMJsQPMm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2024.

OLIVEIRA, R. A. D.; COSTA, A. M.; MALTA, D. C. Tempos de espera e barreiras de acesso a serviços de saúde no Brasil: evidências da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 54, n. 96, 2020. Disponível em: doi:10.11606/s1518-8787.2020054002593. Acesso em: 5 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030?**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5744:30-anos-de-sus-que-sus-para-2030&Itemid=1278. Acesso em: 11 set. 2024.

PALMAS (Município). Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Territórios, unidades de saúde e áreas de abrangências das equipes ESF, NASD e ECR**. [S. l.]: Prefeitura de Palmas, 2018. Disponível em: <https://gazetadocerrado.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Abrangencias-por-Equipos-e-Unidades-de-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2024.

PENIDO, A. Qualis APS: nova etapa da avaliação da Atenção Primária. **Fiocruz**, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/qualis-aps-nova-etapa-da-avaliacao-da-atencao-primaria/>. Acesso em: 20 out. 2024.

PERILLO, R. D.; BERNAL, R. T.; POÇAS, K. C.; DUARTE, E. C.; MALTA, D. C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200013.supl.1>. Acesso em: 4 mar. 2021.

PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B. Avaliação da satisfação dos usuários do SUS: qualidade percebida e equidade. **Revista Brasileira de Economia da Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 32-45, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-733120233018>. Acesso em: 11 mar. 2024.

PINTO, J. R.; CARNEIRO, M. G. D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. **Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 9, n. 58, p. 123-128, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84225063005>. Acesso em: 14 set. 2024.

PINTO, L. F.; SILVA, V. S. T. M. Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 651-656, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4NmgnQjqBWRZcLW5sq3qXRb/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2024.

PRATES, M. L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>. Acesso em: 1 fev. 2024.

ROCHA, V. C. L. G.; PEREIRA, D. S.; BRITO, G. E. G.; PEREIRA, M. J.; SILVA, S. L. A. Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: estudo transversal. **Revista de APS**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 238-255, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.33312>. Acesso em: 23 fev. 2024.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e avaliação na atenção básica em saúde no Brasil: reflexões sobre modelos, dados e indicadores. **Saúde Debate**, [s. l.], v. 42, p. 278-294, 2018. Disponível em: doi: 10.1590/0103-11042018S119. Acesso em: 22 mar. 2024.

ROSA, F. M.; MENEGAZZO, G. R.; GIORDANI, J. M. A.; WEILLER, T. H. Integralidade do cuidado na oferta e utilização de serviços da Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, [s. l.], v. 26, p. 1-14, jan. 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262329404>. Acesso em: 1 abr. 2024.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H.; ANDRADE, C. L. Percepções dos trabalhadores sobre os desafios e potencialidades da Atenção Primária à Saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1233-1242, 2020. Disponível em: doi:10.1590/1413-81232020254.01162018. Acesso em: 22 set. 2024.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, M.; SOUTH, C. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, [s. l.], v. 50, n. 2, p. 161-175, fev. 2001. Disponível em: <https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/shi-2001.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2024.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 21, n. 62, p. 589-599, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21n62/589-599/#>. Acesso em: 7 jan. 2024.

SILVA, S. D.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Satisfação dos Usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista FSA**, [s. l.], v. 20, n. 10, p. 217-233, out. 2023. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2824/491494095>. Acesso em: 24 jan. 2024.

SILVA, A. B.; SOUZA, C. D. Avaliação da acessibilidade nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, [s. l.], v. 57, n. 4, p. 123-129, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>. Acesso em: 24 jan. 2024.

SILVA, A. B.; SOUZA, C. D. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paul Enfermagem**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 123-129, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>. Acesso em: 22 mar. 2024.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Nr8zSpfMvdVMzZdb7DFXNSv/?format=pdf>. Acesso em: 20 set. 2024.

SILVANY NETO, A. M. **Bioestatística** sem segredos. Salvador, 2008. 321p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, L. F. C. A formação de Palmas. **Revista UFG**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 91-99, jul. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/48234/23590>. Acesso em: 2 fev. 2024.

TOLAZZI, J. R.; GRENDENE, G. M.; VINHOLES, D. B. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. **Revista Panamerica Salud Publica**, [s. l.], v. 46, p. 1-7, fev. 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55740>. Acesso em: 7 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**: now more than ever. Geneva: WHO. 2008. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/primary-health-care---now-more-than-ever>. Acesso em: 27 set. 2024.

5.3. Artigo 3

Avaliação da atenção primária à saúde: o caso do território Xerente, em Palmas, Tocantins

Resumo

Introdução: Este artigo faz uma análise referente aos resultados da Pesquisa desenvolvida por Lima em 2024, a qual revelou que o território Xerente, apesar de ser o mais populoso entre os avaliados em Palmas, apresentou uma avaliação insatisfatória em aspectos essenciais da atenção primária à saúde, como acessibilidade, continuidade do cuidado e vínculo com os usuários. Seus resultados chamaram atenção para as fragilidades no sistema de saúde local, o que motivou uma reflexão mais aprofundada dos atributos avaliados. **Objetivos:** Descrever as condições relacionadas ao local, estrutura física, equipe de saúde e funcionamento dos serviços no território Xerente e Discutir os resultados da avaliação dos atributos da qualidade da atenção primária à saúde do território Xerente. **Método:** Pesquisa de corte transversal analítico, abordagem quantitativa, a coleta de dados ocorreu entre novembro de 2022 e abril de 2023. O estudo concentrou-se no território Xerente, localizado na zona periurbana de Palmas, Tocantins. Utilizou-se a ferramenta *Primary Care Assessment Tool* nas 4 Unidades Saúde da Família distribuídas no território. Neste artigo foi ampliada a discussão quanto às condições em que os serviços são ofertados no território Xerente. **Resultados:** Os 75 participantes do estudo concentraram-se principalmente na faixa etária de 32 a 38 anos (21,3%), com proporção equilibrada entre homens (50,7%) e mulheres (49,3%). A maioria se autodeclarou parda (56,0%), possuía ensino médio completo (54,7%) e estava em situação de trabalho informal (84,0%). Em relação à residência, 78,6% viviam em área mais central da região, 14,3% em zonas rurais e 7,1% em regiões periurbanas. O território Xerente obteve os índices mais baixos na avaliação da APS entre os oito territórios de Palmas, destacando fragilidades nas médias nos seguintes atributos: Grau de Afiliação (1,95), Primeiro Contato – Acessibilidade (5,50), Longitudinalidade (5,25), Coordenação – Integração do Cuidado (5,75), Orientação Familiar (5,21) e Orientação Comunitária (4,99). Esses resultados indicam limitações significativas na acessibilidade, continuidade e integração do cuidado. **Conclusão:** As condições relacionadas ao local, estrutura física, a equipe de saúde e funcionamento dos serviços no território Xerente não diferem de como ocorrem nos serviços de outros territórios já avaliados. As evidências significativas das fragilidades da qualidade da atenção primária oferecida pelo território Xerente, com avaliações insatisfatórias em atributos essenciais como vínculo com os usuários, acessibilidade, continuidade do cuidado, integração, e orientação familiar e comunitária. Esses resultados apontam para a necessidade de intervenções específicas que melhorem a organização e a efetividade do serviço, garantindo uma atenção primária mais resolutiva e alinhada às demandas da população atendida.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Território de Saúde.

Abstract

Introduction: This article analyzes the results of the Research developed by Lima in 2024, which revealed that the Xerente territory, despite being the most populous among those evaluated in Palmas, presented an unsatisfactory evaluation in essential aspects of primary health care, such as accessibility, continuity of care, and bonding with users. Its results drew attention to the weaknesses in the local health system, which motivated a more in-depth reflection on the evaluated attributes. **Objective:** Describe the conditions related to the location, physical structure, health team and functioning of services in the Xerente territory and discuss the results of the evaluation of the attributes of the quality of primary health care in the Xerente territory. **Method:** This is an analytical cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection took place between November 2022 and April 2023. The study focused on the Xerente territory, located in the peri-urban area of Palmas, Tocantins. The Primary Care Assessment Tool was used in the four Family Health Units distributed across the territory. **Results:** The study included 75 participants, primarily aged between 32 and 38 years (21.3%), with a balanced proportion between men (50.7%) and women (49.3%). The majority self-identified as mixed race (56.0%) had completed high school (54.7%) and were in informal employment (84.0%). Regarding place of residence, 78.6% lived in the central area of the region, 14.3% in rural areas, and 7.1% in peri-urban areas. The Xerente territory had the lowest APS evaluation scores among the eight territories in Palmas, highlighting weaknesses in the following attributes: Degree of Affiliation (1.95), First Contact – Accessibility (5.50), Longitudinality (5.25), Coordination – Care Integration (5.75), Family Orientation (5.21), and Community Orientation (4.99). These results indicate significant limitations in accessibility, continuity, and integration of care. **Conclusion:** The study provides significant evidence of the weaknesses in the quality of primary health care offered in the Xerente territory, with unsatisfactory evaluations in essential attributes such as user affiliation, accessibility, continuity of care, integration, and family and community orientation. These findings highlight the need for specific interventions to improve the organization and effectiveness of services, ensuring a more responsive and population-centered primary health care system.

Keys words: Health Management. Health Assessment. Primary Health Care. Health Territory.

Resumen

Introducción: Este artículo analiza los resultados de la Investigación desarrollada por Lima en 2024, que reveló que el territorio Xerente, a pesar de ser el más poblado entre los evaluados en Palmas, presentó una evaluación insatisfactoria en aspectos esenciales de la atención primaria de salud, como la accesibilidad, la continuidad de la atención y el vínculo con los usuarios. Sus resultados llamaron la atención sobre las debilidades del sistema de salud local, lo que motivó una reflexión más profunda sobre los atributos evaluados. **Objetivo:** Describir las condiciones relacionadas con la ubicación, la estructura física, el equipo de salud y el funcionamiento de los servicios en el territorio Xerente y discutir los resultados de la evaluación de los atributos de la calidad de la atención primaria de salud en el territorio Xerente. **Método:** Se trata de un estudio transversal analítico con un enfoque cuantitativo. La recolección de datos se realizó entre noviembre de 2022 y abril de 2023. El estudio se centró en el territorio Xerente, ubicado en la zona periurbana de Palmas, Tocantins. Se utilizó la herramienta **Primary Care Assessment**

Tool en las cuatro Unidades de Salud de la Familia distribuidas en el territorio. **Resultados:** El estudio incluyó a 75 participantes, principalmente con edades entre 32 y 38 años (21,3%), con una proporción equilibrada entre hombres (50,7%) y mujeres (49,3%). La mayoría se autodeclaró mestiza (56,0%), tenía educación secundaria completa (54,7%) y trabajaba en el sector informal (84,0%). En cuanto al lugar de residencia, el 78,6% vivía en la zona central de la región, el 14,3% en áreas rurales y el 7,1% en zonas periurbanas. El territorio Xerente obtuvo los índices más bajos en la evaluación de la APS entre los ocho territorios de Palmas, destacando debilidades en los siguientes atributos: Grado de Afiliación (1,95), Primer Contacto – Accesibilidad (5,50), Longitudinalidad (5,25), Coordinación – Integración del Cuidado (5,75), Orientación Familiar (5,21) y Orientación Comunitaria (4,99). Estos resultados indican limitaciones significativas en la accesibilidad, continuidad e integración del cuidado. **Conclusión:** El estudio proporciona evidencia significativa de las debilidades en la calidad de la atención primaria de salud ofrecida en el territorio Xerente, con evaluaciones insatisfactorias en atributos esenciales como afiliación de los usuarios, accesibilidad, continuidad del cuidado, integración y orientación familiar y comunitaria. Estos hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la organización y efectividad de los servicios, garantizando un sistema de atención primaria más resolutivo y centrado en la población atendida.

Palabras clave: Gestión Sanitaria. Evaluación de la Salud. Atención Primaria de Salud.

Introdução

Este artigo faz uma análise referente aos resultados da pesquisa desenvolvida por Lima em 2024, a qual revelou que o território Xerente, apesar de ser o mais populoso entre os avaliados em Palmas, apresentou uma avaliação insatisfatória em aspectos essenciais da atenção primária à saúde, como acessibilidade, continuidade do cuidado e vínculo com os usuários. Seus resultados chamaram atenção para as fragilidades no sistema de saúde local, o que motivou uma reflexão mais aprofundada dos atributos avaliados.

A Atenção Primária à Saúde (APS), regulamentada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (PNAB, 2017) estabelece diretrizes para o processo de planejamento das ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e aposta na Estratégia Saúde da Família (ESF) como mecanismo para coordenação e organização do SUS. A ESF, com sua abordagem territorial e multiprofissional, promove a saúde da população ao ampliar o acesso aos serviços, prioriza a prevenção de doenças, resolve problemas de saúde na própria unidade e integra os cuidados com outros níveis de atenção. Ao fortalecer o vínculo com a comunidade, a ESF otimiza os recursos e garante a continuidade do cuidado, contribuindo para a melhoria da saúde da população (Brasil, 2017).

A APS é o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, oferecendo cuidados próximos à sua residência. Ao promover a saúde, prevenir doenças e tratar os usuários de forma integral, contribui para a melhoria da qualidade de vida da população e para a redução de custos com a saúde. Esse modelo de atenção, centrado na pessoa, fortalece o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, garantindo uma assistência mais humana e eficiente (Brasil, 2017).

Com a ESF, trabalhando com território definido facilita o acesso e ajuda a equipe de saúde resolver a maior parte dos problemas de saúde na própria unidade. Essa proximidade reduz a necessidade de encaminhamentos para outros serviços, otimizando recursos e garantindo a continuidade do cuidado. E para facilitar a coordenação do cuidado à população atendida, precisa que a APS atue de forma integrada com os demais níveis de atenção, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e equitativo (Brasil, 2017).

A avaliação da qualidade da ESF permite identificar as especificidades locais e direcionar ações para garantir que a população tenha acesso a cuidados adequados. A análise de indicadores como cobertura vacinal, controle de doenças crônicas e satisfação dos usuários é essencial para promover a melhoria contínua dos serviços e a equidade no sistema de saúde (Faria, 2020).

A escolha do território Xerente para este estudo é justificada pela necessidade de uma análise mais aprofundada da avaliação negativa dos usuários em relação aos atributos da APS, identificada na Tese de Doutorado da autora (Lima, 2024), que abrangeu todos os territórios de Palmas, Tocantins. Além disso, a localização geográfica do território, que está situado dentro da capital, e o perfil da população, composto por um número significativo de habitantes, tornam-no relevante para a investigação. O território também conta com quatro unidades de saúde, o que possibilita uma análise do quantitativo de serviços disponíveis e sua relação com a qualidade da APS prestada aos usuários.

Considerando-se os atributos da qualidade da atenção à saúde e os resultados da avaliação dos usuários de forma insatisfatória no território Xerente, questiona-se: em que condições são ofertados os serviços de atenção à saúde no território Xerente? Em que o território difere dos demais territórios analisados? Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Descrever as condições relacionadas ao local, estrutura física, equipe de saúde e funcionamento dos serviços no território Xerente e, discutir os resultados da avaliação dos atributos da qualidade da atenção primária à saúde do território Xerente.

Materiais e Métodos

Delineamento do estudo

Estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, permitindo a análise de dados coletados em um único ponto no tempo. O modelo transversal é adequado para a investigação da qualidade da atenção primária à saúde, uma vez que possibilita a avaliação instantânea dos atributos no território Xerente (Van Den Broeck; Argentine; De Belder, 2007).

O estudo segue as diretrizes da ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* – STROBE, que assegura a transparência e a qualidade na condução da pesquisa (Strobe, 2007).

A abordagem quantitativa permite a análise estatística dos dados, facilitando a identificação de padrões e correlações significativas entre os diferentes atributos da atenção primária à saúde, além de fornecer informações importantes para o desenvolvimento de estratégias de melhoria no serviço (Medronho; Bloch; Werneck, 2009).

Local do estudo

O estudo foi realizado em Palmas, capital do Tocantins, criado em 1989, sendo então, o estado mais jovem do Brasil. A cidade, predominantemente urbana, destaca-se pela diversidade étnica e racial, com uma população majoritariamente parda. Essa característica reflete o processo de formação da cidade, marcado pela migração de pessoas de diferentes regiões do país (Teixeira, 2009; Prefeitura de Palmas, 2018).

O estudo teve como foco inicial, a avaliação dos atributos da qualidade da APS e utilizou uma ferramenta validada internacionalmente, conhecida como *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). No presente estudo, amplia-se a descrição quanto às características do território, uma vez que se pretende discutir as condições em que os serviços são ofertados no território

Xerente. A ferramenta utilizada é amplamente reconhecida por sua capacidade de medir a qualidade dos serviços de APS por meio de seus atributos essenciais e derivados (Brasil, 2020).

A amostra do estudo foi composta por usuários do SUS, com idades entre 18 e 60 anos ou mais, incluindo homens e mulheres, que utilizavam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como a principal porta de entrada para atendimento de suas demandas de saúde. Os critérios de inclusão foram estabelecidos com o objetivo de captar a avaliação diretamente relacionadas à APS, considerando a representatividade dos usuários regulares desse nível de atenção.

Essa análise revelou uma avaliação insatisfatória em diversos atributos fundamentais e derivados da APS. Entre os atributos com desempenho inadequado, destacam-se: Grau de afiliação - Relacionado ao vínculo entre os usuários e os serviços de saúde. Acessibilidade - Refere-se à facilidade de acesso aos serviços de saúde. Longitudinalidade - Representa a continuidade do cuidado ao longo do tempo. Coordenação – integração do cuidado - Avalia a capacidade de integrar diferentes níveis e serviços de saúde. Orientação familiar - Indica o foco nos aspectos familiares dentro do contexto de cuidado. Orientação comunitária - Relaciona-se à atenção às necessidades e características específicas da comunidade atendida. (Starfield, 2002).

Tamanho da amostra

A amostra inicial foi calculada para 70 participantes, com um acréscimo de 10% para compensar possíveis perdas, levando em consideração um erro amostral de 5% e um intervalo de confiança de 95% (Barbetta, 2002). O número final de entrevistados foi de 75. O cálculo amostral foi realizado com base em uma população de 48.224 indivíduos cadastrados e atendidos no Sistema de Informação (eSUS) em 2022, assumindo uma distribuição de 50% para homens e 50% para mulheres. A estratificação proporcional por território englobando tanto áreas urbanas quanto rurais, assegurou a representatividade da amostra em relação à população total, garantindo que os resultados fossem representativos e generalizáveis para o contexto estudado.

Quadro 1 - Distribuição da amostra do território Xerente de Palmas, Tocantins (2021).

Território	População	%	n total	Urbana	%	n urbano	Rural	%	n rural
Xerente	48.224	16	70	46.716	97	68	1.508	3	2

Fonte: Próprio autor

Coleta de dados

O estudo utilizou o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil, adulto, versão extensa, 2020), O questionário é composto por 87 itens e aborda 10 dimensões da APS (Starfield, 2002, Harzheim, *et al.*, 2010; Brasil, 2020).

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2022 e abril de 2023. O critério de exclusão foi de usuários entre 18 e 60 anos, homens e ou mulheres, com condições de saúde que impediam a participação no momento da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe composta por pesquisadores e auxiliares de pesquisa devidamente treinados nas Unidades de Saúde da Família (USF) Liberdade, José Laurides Lima Milhomem, José Lúcio de Carvalho e Taquari, atendendo às comunidades dos bairros Aurenly III e Lago Sul. Para garantir a coleta em horários adequados e minimizar interrupções no atendimento, foi realizado um contato prévio com os gestores de cada unidade, ajustando a coleta de acordo com a rotina de trabalho de cada Unidade Saúde da Família.

Análise dos dados

A mensuração do nível de concordância dos entrevistados com cada item foi realizada por meio de uma escala Likert de 4 pontos, variando de 1 (discordância total) a 4 (total concordância). A fim de padronizar os dados e facilitar a comparação entre os itens, os valores obtidos foram transformados para uma escala contínua de 0 a 10. Essa transformação foi realizada utilizando a seguinte fórmula: $[(\text{valor obtido na escala original} - \text{valor mínimo da escala original}) \times 10] / (\text{valor máximo da escala original} - \text{valor mínimo da escala original})$. A aplicação dessa fórmula permitiu obter escores que refletem a intensidade da concordância dos participantes, em uma escala mais intuitiva e com maior amplitude (Brasil, 2020).

Para a interpretação dos valores, foram adotados como parâmetro os valores de referência estabelecidos no manual, aplicados em estudos com a versão do PCATool-Brasil. Assim, escores iguais ou superiores a 6,6 foram classificados como satisfatórios, enquanto escores abaixo de 6,6 foram considerados insatisfatórios (Brasil, 2020).

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS Atualmente, o software é conhecido oficialmente como IBM SPSS *Statistics*, versão 26.0 (Statacorp, 2015). Foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lillifors* para verificação da normalidade das variáveis quantitativas do estudo, o qual apresentou valor de $p < 0,05$ para todas as variáveis, indicando a necessidade de utilização de testes não paramétricos (Silvany Neto, 2008; Razali; Wah, 2011). A seguir, foi realizada análise descritiva das variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa e as quantitativas como média e desvio-padrão (DP), mediana, intervalo interquartil (IIQ), mínimo e máximo. Todas as medidas foram acompanhadas dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) (Barbetta, 2002; Razali; Wah, 2011)

Para a análise da confiabilidade e consistência interna do instrumento, dois testes foram utilizados. Para análise da consistência interna foi utilizado o coeficiente de Alfa de *Cronbach* padronizado em cada período de avaliação. Valores $\geq 0,6$ sugerem boa confiabilidade interna (Cronbach, 1951; Tavakol; Dennick, 2011).

Aspectos éticos e fluxo de pesquisa

A condução ética da pesquisa foi assegurada pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFG (Parecer nº 5.698.018, CAAE nº 60369522.3.0000.5083) e pela autorização institucional da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP - Parecer nº 99/2022). Essas aprovações garantem que o estudo foi realizado em conformidade com as normas nacionais assegurando a proteção dos participantes e a qualidade dos dados coletados.

Resultados

1) Contextualização do Local

A região sul de Palmas é uma área significativa que inclui diversos bairros e setores importantes, como Taquaralto, Aurenny I, II, III e IV, Jardim Taquari, entre outros. Estima-se que a região sul corresponda a uma parcela considerável da área total de Palmas. A organização

dos Territórios de Saúde visa facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, garantindo atendimento integral e de qualidade conforme as necessidades específicas de cada região (Palmas, 2025).

O quadro a seguir apresenta as UBS que integram o território Xerente, destacando a estrutura da Atenção Primária à Saúde disponível para essa população. Essas unidades desempenham um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e no acesso a cuidados essenciais. A identificação dessas UBS permite compreender a organização dos serviços de saúde na região, localização e área de abrangência de atuação.

LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE QUE FAZEM PARTE DO TERRITÓRIO XERENTE DE PALMAS, TO.

• USF Liberdade	Localizada no Aurenny III, atende às quadras 55 a 57, 70 a 109, entre outras.
• USF Laurides Lima Milhomem	Também no Aurenny III, cobre quadras como 164 a 170, 181 a 187, entre outras.
• USF José Lúcio de Carvalho	Situada no Lago Sul, atende a diversas quadras desse setor.
• USF Taquari	Atende às quadras do setor Taquari e áreas adjacentes.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS. Palmas, TO (2025).

2) Estrutura Física e Funcionamento

As UBS na APS devem contar com ambientes essenciais, como consultórios médicos e de enfermagem, sala de procedimentos, vacinação, curativos, inalação coletiva, coleta de exames, expurgo, esterilização e observação. Quando houver equipe de saúde bucal, é necessário um consultório odontológico completo. Além disso, devem possuir recepção, arquivos, sala de acolhimento, administração, banheiros e outros espaços conforme a necessidade (PNAB, 2017).

As UBSs promovem atividades coletivas como tecnologia leve na APS, fortalecendo a educação em saúde, a troca de saberes e a participação social. Essas ações consideram as

necessidades locais, valorizam saberes populares, otimizam recursos e organizam a demanda, alinhando-se aos princípios do SUS (Brasil, 2025).

As Unidades de Saúde na região sul de Palmas, desempenham a prestação de serviços de saúde primária à comunidade. A estrutura física dessas unidades é projetada para oferecer um atendimento eficiente e humanizado. Embora as especificações possam variar entre as unidades, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (Semus, 2025).

Em relação ao funcionamento, a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS) de acordo com a Portaria N° 34/Semus/GAB, de 28 de janeiro de 2025, ampliou o atendimento ao público em diversas unidades. A partir de 30 de janeiro de 2025, várias UBS passaram a operar das 7h às 19h, de segunda a sexta-feira. as unidades. Unidades mais distantes desta mesma região funcionam das 7h às 21h (Palmas, 2025).

As UBSs no Território Xerente, desempenham um papel crucial na oferta de serviços de saúde primária às comunidades locais. A estrutura física dessas unidades é projetada para atender às necessidades específicas da população, considerando aspectos culturais e geográficos.

De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), uma UBS ideal deve conter ambientes como:

- Recepção e sala de espera;
- Consultórios médicos e odontológicos;
- Salas de procedimentos e imunização;
- Farmácia;
- Sanitários para usuários e funcionários;
- Depósito de material de limpeza (DML);
- Almoxarifado;
- Copa/cozinha.

As UBS devem funcionar, no mínimo, 40 horas semanais, por cinco dias da semana, durante os 12 meses do ano, garantindo o acesso contínuo à população. Horários alternativos podem ser ajustados conforme a necessidade local, desde que respeitem a carga horária mínima e sejam definidos com a participação social (PNAB, 2017).

3) **Composição da equipe de saúde, atuação e o funcionamento dos serviços**

A equipe de saúde é composta por diversos profissionais que atuam de forma integrada para garantir a promoção, prevenção e assistência à saúde da população. Cada membro desempenha funções específicas dentro de sua área de atuação, contribuindo para um atendimento qualificado e resolutivo. Na APS, especialmente na ESF, essa equipe é fundamental para fortalecer o vínculo com a comunidade, identificar necessidades locais e oferecer um cuidado humanizado e contínuo. Vale ressaltar que todos os membros da equipe estão presentes nos serviços e conforme descritos abaixo, desempenham suas atribuições conforme preconiza o MS (PNAB, 2017).

- Médicos de Família são os profissionais responsáveis pelo atendimento clínico geral, acompanhamento de doenças crônicas e promoção da saúde.
- Enfermeiros atuam na realização de consultas de enfermagem, procedimentos diversos, educação em saúde e coordenação das atividades da equipe.
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem auxiliam nos procedimentos de enfermagem, administração de medicamentos e cuidados básicos aos pacientes.
- Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal oferecem atendimento odontológico preventivo e curativo, além de ações educativas em saúde bucal.
- Agentes Comunitários de Saúde (ACS): fazem a ligação entre a UBS e a comunidade, realizando visitas domiciliares, orientações e acompanhamentos.
- Profissionais de Apoio: incluem os recepcionistas, auxiliares administrativos, farmacêuticos, entre outros, que garantem o suporte necessário ao funcionamento da unidade.

4. **Característica sociodemográficas**

As características sociodemográficas e ocupacionais dos 75 participantes do território Xerente revelam que a maior concentração de participantes foi observada na faixa etária de 32 a 38 anos (21,3%), seguida pelas faixas de 46 a 52 anos (20,0%) e 25 a 31 anos (18,7%). A proporção entre homens e mulheres foi equilibrada, masculino 38 indivíduos (50,7%) e feminino 37 indivíduos (49,3%). A maioria dos participantes autodeclarou-se parda (56,0%), seguida por preta (21,3%) e branca (18,7%) (Tabela 1).

Mais da metade dos participantes (54,7%) possuíam ensino médio completo, enquanto 26,7% tinham até o ensino fundamental, e 18,7% possuíam nível superior. A maior parte dos participantes encontrava-se em situação de trabalho informal (84,0%), com uma parcela menor em trabalho formal (9,3%) ou aposentados (6,7%). A maioria dos participantes residia na zona urbana (78,6%), enquanto 14,3% viviam na zona rural e 7,1% na região periurbana (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas de moradores do território Xerente. Palmas, Tocantins (nov./2022 a abr./ 2023)

Variável	n (%)
Idade (n =75)	
18 a 24 anos	9 (12,0)
25 a 31 anos	14 (18,7)
32 a 38 anos	16 (21,3)
39 a 45 anos	11 (14,7)
46 a 52 anos	15 (20,3)
53 a 59 anos	3 (4,0)
≥ 60 anos	-
Sexo (n =75)	
Masculino	38 (50,7)
Feminino	37 (49,3)
Cor da pele autodeclarada (n =75)	
Branca	14 (18,7)
Preta	16 (21,3)
Parda	42 (56,0)
Amarela (fenótipos asiáticos)	2 (2,7)
Indígena	1 (1,3)
Escolaridade (n=75)	
Até fundamental	20 (26,7)
Médio	41 (54,7)
Superior	14 (18,7)
Trabalho (n=75)	
Ocupação (trabalho informal)	63 (84,0)
Profissão (trabalho formal)	7 (9,3)
Aposentado	5 (6,7)
Zona de residência (n=70)	
Urbana	55 (78,6)
Rural	10 (14,3)
Periurbana	5 (7,1)

Fonte: Próprio autor

A confiabilidade da escala, evidenciada pelo valor do Alfa de *Cronbach*, serve para a interpretação dos resultados da pesquisa. Ao garantir que os itens da escala medem o mesmo construto, se pode ter mais segurança ao afirmar que as diferenças encontradas nas respostas dos usuários refletem diferenças reais na avaliação dos atributos da APS. Dessa forma, os

resultados apresentados podem ser considerados como uma representação fiel da opinião dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde oferecidos no território Xerente. Os resultados interpretados foram considerados como um retrato da realidade da população estudada no momento da coleta de dados (Tabela 2).

Tabela 2. Análise dos atributos da atenção primária à saúde na avaliação dos usuários, por meio da ferramenta *Primary Care Assessment Tool*, dos oito territórios de Palmas, Tocantins (2022-2023)

Atributos	Média (DP)	IC (95%)	Mediana	IIQ	Valor	AC*	p-valor**
					Mín-Máx		
Grau de afiliação	4,70(2,64)	4,46-4,94	3,33	3,33-6,67	0,00-10,00	0,215	< 0,001
Acesso de primeiro contato – utilização	7,72(2,74)	7,47-7,97	8,90	6,67-10,00	0,00-10,00	0,709	< 0,001
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	3,63(1,57)	3,49-3,78	3,60	2,50-4,73	0,00-8,07	0,658	< 0,001
Longitudinalidade	4,91(1,90)	4,74-5,09	4,53	3,57-6,20	0,23-10,00	0,783	< 0,001
Coordenação – integração de cuidado	3,65(1,51)	3,52-3,79	3,33	3,33-3,33	0,00-10,00	0,746	< 0,001
Coordenação – sistemas de informação	5,94(2,64)	5,70-6,18	5,57	4,43-7,77	0,00-10,00	0,515	< 0,001
Integralidade – serviços disponíveis	3,94(1,12)	3,84-4,04	3,80	3,17-4,53	0,47-7,27	0,798	< 0,001
Integralidade – serviços prestados	2,48(1,97)	2,29-2,66	1,83	0,90-3,63	0,00-10,00	0,793	< 0,001
Orientação familiar	4,78(2,85)	4,52-5,04	4,43	3,33-6,67	0,00-10,00	0,469	< 0,001
Orientação comunitária	3,25(2,12)	3,06-3,45	3,33	1,67-4,43	0,00-10,00	0,686	< 0,001
Escore essencial	3,61(1,17)	3,51-3,72	3,47	2,87-4,33	0,43-7,73		
Escore geral	4,48(1,09)	4,37-4,59	4,41	3,74-5,13	1,92-8,24		

Fonte: Adaptada da pesquisa de Lima, *et al.*; (2024)

*AC: Alfa de Cronbach.

A análise dos dados evidencia uma avaliação insatisfatória do território em relação aos atributos da APS, conforme ilustrado na tabela 3. Os resultados indicam que o Grau de Afiliação apresentou o menor escore médio (1,95), os atributos de Primeiro Contato – Acessibilidade (5,50) e Longitudinalidade (5,25) também apresentaram resultados insatisfatórios. No que tange à Coordenação – Integração do cuidado (5,75), os dados sugerem que há limitações na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Os atributos de Orientação Familiar (5,21) e Orientação Comunitária (4,99) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das médias dos atributos da qualidade da atenção primária à saúde no território Xerente em Palmas, Tocantins. 2022 a 2023 (n=75)

Território (variável)	Acesso Primeiro Contato			Long.	Coordenação			Integralidade		O.F.	O.C.
	G. A.	Utilização	Aces.		Integração	Cuidados	Sistema de Informação	S.D.	S.P.		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
Xerente	1,95 (1,75)	8,52 (2,67)	5,50 (2,11)	5,25 (2,23)	5,75 (2,29)	9,52 (5,94)	10,4 (3,72)	10,4 (3,72)	5,21 (4,27)	4,99 (4,42)	

Fonte: Adaptada de Lima, *et al.*, (2024)

Legenda: G. A.: Grau de Afiliação; Long.: Longitudinalidade; S.D.: Serviços Disponíveis; S.P.: Serviços Prestados; Aces.: Acessibilidade; O.F.: Orientação Familiar; O.C.: Orientação Comunitária.

Discussão

Quanto a característica sociodemográfica os resultados apresentados na tabela 1 revelam uma população predominantemente jovem-adulta, equilibrada em termos de gênero, com a maioria autodeclarada parda e com ensino médio completo. A maior parte dos participantes estava envolvida em trabalhos informais e residia em áreas urbanas. Essa caracterização permitiu compreender o perfil dos usuários do sistema de saúde na região estudada, refletindo a heterogeneidade sociodemográfica local (Brasil, 2020).

O fato de todos os atributos apresentarem um p-valor inferior a 0,001 mostrado na tabela 2 indica que as diferenças observadas entre os grupos ou condições analisadas são altamente significativas estatisticamente. Isso sugere que os atributos avaliados possuem um impacto real e mensurável sobre os resultados (Perillo, *et al.*, 2020).

O Alfa de Cronbach alto, que é mostrado na tabela 2, indica que, de forma ampla, o sistema avaliado está funcionando bem. No entanto, a identificação de atributos específicos com baixo desempenho sinaliza a necessidade de ações mais direcionadas para melhorar o desempenho nesses pontos (Cronbach, 1951).

Com base na Tabela 3, os resultados satisfatórios foram observados nos seguintes atributos: **Utilização**, que apresentou média de 8,52 e desvio padrão de 2,67; **Coordenação** –

sistema de informação, com média de 9,52 e desvio padrão de 5,94; e **Integralidade**, tanto nos serviços disponíveis quanto nos serviços prestados, ambos com média de 10,4 e desvio padrão de 3,72.

Por outro lado, os aspectos considerados insatisfatórios incluem **Grau de Afiliação**, cuja média foi de 1,95 e o desvio padrão de 1,75; **Acessibilidade**, com média de 5,50 e desvio padrão de 2,11; **Longitudinalidade**, que obteve média de 5,25 e desvio padrão de 2,23; e **Coordenação – integração de cuidados**, com média de 5,75 e desvio padrão de 2,29. Além disso, **Orientação Familiar** e **Orientação Comunitária** também demonstraram fragilidades, com médias de 5,21 e 4,99, e desvios padrão de 4,27 e 4,42, respectivamente (Tabela 3).

A aparente contradição entre os escores insatisfatórios refletidos no Grau de Afiliação, Coordenação – sistema de informação e Orientação familiar merece uma análise mais aprofundada. Tal análise inclina para uma discussão sobre os atributos e possíveis condições para obtenção de uma avaliação insatisfatória:

a) **Efeito Compensatório**: outros atributos com escores mais altos podem estar compensando os baixos desempenhos dos atributos mencionados. Ou seja, a força dos atributos com bons resultados pode estar "diluindo" o impacto negativo dos atributos com resultados mais fracos (Duarte; Mendes; Louvison, 2024);

b) **Peso Diferente dos Atributos**: é possível que o cálculo do Alfa de Cronbach atribua pesos diferentes aos diversos atributos. Se os atributos com escores mais altos tiverem um peso maior no cálculo do Alfa de Cronbach, isso pode explicar o alto valor final, mesmo com alguns atributos apresentando resultados abaixo da média (Duarte; Mendes; Louvison, *op. cit.*);

c) **Natureza Multifatorial**: o resultado geral de um sistema complexo como a saúde pode ser influenciado por uma multiplicidade de fatores, e a avaliação de um único atributo pode não ser suficiente para explicar o desempenho geral (Duarte; Mendes; Louvison, *op. cit.*).

Ao analisar a tabela 2, que apresenta os dados gerais dos oito territórios analisados na pesquisa de Lima, et al., (2024), pode ser compreendido sobre os mesmos atributos atributo Utilização mostrou-se com o Alfa de Cronbach de 0,709 obteve escore alto, o que indica que as pessoas conhecem a disponibilidade de horários de funcionamentos das unidades de saúde para o atendimento. Esse resultado positivo pode ser atribuído as causas abaixo:

- i) **Divulgação dos horários de funcionamento das unidades de saúde**, seja através de materiais impressos, sites, redes sociais ou outros canais de comunicação, contribui significativamente para que a população esteja informada sobre quando pode procurar atendimento. Além disso, a existência de uma rotina de comunicação clara e eficiente entre os profissionais de saúde e a comunidade, por meio de ações educativas e de sensibilização, também favorece o acesso aos serviços (Arcari, et al., 2020);
- ii) **Organização do trabalho nas unidades de saúde**, com a definição clara dos horários de atendimento e a disponibilização de vagas para consultas, contribui para que a população tenha acesso aos serviços de forma mais ágil e eficiente. A existência de mecanismos para o agendamento de consultas, como telefone ou sistema online, também facilita o acesso e evita filas de espera (Arcari, *et al.*, *op cit.*).

A Tabela 2, presente na pesquisa de Lima *et al.* (2024), apresenta uma análise dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) nos oito territórios de saúde investigados. Esses dados foram adaptados para o contexto da pesquisa e servem como base para a comparação dos resultados gerais da APS em diferentes áreas.

Enquanto a Tabela 2 oferece uma visão abrangente dos atributos em todos os territórios, a Tabela 3 foca especificamente no território Xerente, apresentando as médias e desvios padrão dos mesmos atributos, permitindo uma análise detalhada dessa localidade em particular.

Ao comparar os atributos insatisfatórios dos dados gerais (Tabela 2) com os do território Xerente (Tabela 3), percebe-se que a avaliação específica reflete, em grande parte, os padrões observados no panorama geral. No entanto, há variações nos valores, indicando diferenças na percepção da APS entre os contextos analisados.

O Grau de Afiliação, que representa o vínculo entre o profissional e o usuário, obteve uma média de 4,70 na Tabela 2, enquanto no território Xerente caiu significativamente para 1,95, evidenciando uma insatisfação ainda maior nesse contexto específico. Já a Acessibilidade, que no geral teve média de 3,63, apresentou um resultado mais positivo no território específico, atingindo 5,50. De forma semelhante, a Longitudinalidade teve uma leve melhora, passando de 4,91 para 5,25. Outros atributos seguiram essa tendência de variação, como a Coordenação – integração de cuidados (de 3,65 para 5,75), a Orientação Familiar (de 4,78 para 5,21) e a

Orientação Comunitária (de 3,25 para 4,99). Essas diferenças sugerem que, embora os desafios da APS sejam recorrentes nos diferentes territórios, fatores locais podem influenciar a percepção dos usuários, seja potencializando insatisfações, como no caso do vínculo com os profissionais, ou trazendo melhorias em determinados aspectos do serviço (Pinto, *et al.*, 2021).

A longitudinalidade na APS refere-se à capacidade do sistema de saúde em oferecer um cuidado contínuo e coordenado ao longo do tempo, acompanhando as necessidades de saúde do indivíduo ao longo de todo o seu ciclo de vida. Isso envolve a construção de um relacionamento duradouro entre o profissional de saúde e o usuário, o conhecimento da história de saúde do paciente e a garantia de que os cuidados sejam adequados e oportunos (Starfield, 2002; Harzheim, 2010).

O atributo longitudinalidade de 5,25 (tabela 3) do território Xerente pode indicar que os usuários percebem um nível moderado de continuidade no cuidado. O desvio padrão de 2,23 sugere uma variabilidade considerável nas respostas, ou seja, há uma dispersão significativa na avaliação dos usuários sobre a longitudinalidade do cuidado. Isso pode ser resultado de diversas ações, como a realização de visitas domiciliares, o acompanhamento telefônico e a oferta de consultas de retorno. A organização dos serviços de saúde contribui para a longitudinalidade do cuidado. A disponibilidade de horários de atendimento, a existência de mecanismos para o agendamento de consultas e a integração entre os diferentes níveis de atenção podem facilitar o acompanhamento dos usuários ao longo do tempo (Janke, *et al.*, 2020).

Uma baixa percepção de longitudinalidade pode ter diversas implicações para a saúde dos usuários e para o sistema de saúde como um todo. Caso os usuários não se sintam acompanhados de forma contínua, podem ter dificuldade em aderir aos tratamentos prescritos. O aumento do risco de complicações, devido a falta de acompanhamento contínuo pode levar ao agravamento de doenças e ao aumento do risco de complicações. E a sobrecarga do sistema de saúde, por motivo da falta de coordenação do cuidado pode levar à duplicação de exames e tratamentos, gerando um aumento nos custos para o sistema de saúde ((Rosa, *et al.*, 2024).

A coordenação e integração do cuidado se refere à capacidade do sistema de saúde em organizar e conectar os diferentes serviços de saúde, garantindo que o paciente receba um cuidado contínuo e abrangente, independentemente do nível de atenção (Starfield, 2002; Harzheim, 2010). A pontuação baixa no atributo coordenação – sistema de informação pode indicar uma importante lacuna na organização da APS. Um escore de 0,515 sinaliza

dificuldades em articular os diversos serviços e profissionais de saúde, o que impacta diretamente a qualidade da assistência prestada à população (Almeida, *et al.*, 2018).

A média de 5,75 para a coordenação e integração do cuidado no território Xerente indica que há um espaço para melhoria nesse aspecto. Para alcançar uma maior coordenação e integração do cuidado, é necessário investir em ações que promovam a comunicação entre os profissionais de saúde, a implementação de sistemas de informação integrados e a reorganização dos serviços de saúde (Paixão, *et al.*, 2019).

Ao comparar os resultados da orientação familiar e comunitária, podemos observar algumas similaridades e diferenças: **a) similaridades** - ambas as médias apresentam um nível moderado e um alto desvio padrão, indicando a necessidade de fortalecer essas ações; **b) diferenças** - a orientação familiar foca nas necessidades de saúde da família, enquanto a orientação comunitária tem um enfoque mais amplo, abrangendo a comunidade como um todo (Almeida, *et al.*, 2018; Silva; Souza 2023, Silva, Flório, Zanin, 2023).

A média de 4,99 para a orientação comunitária no território Xerente, com um desvio padrão de 4,42, indica um cenário similar ao da orientação familiar, mas com nuances específicas. Assim como na orientação familiar, a média sugere que os usuários percebem um nível moderado de ações voltadas para a comunidade, mas que há espaço para melhorias. A orientação comunitária envolve ações que visam promover a saúde e o bem-estar da comunidade como um todo, incluindo a prevenção de doenças, a promoção de hábitos saudáveis e a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde. O alto desvio padrão indica uma grande dispersão nas respostas dos usuários, ou seja, a avaliação sobre a orientação comunitária varia bastante entre os diferentes indivíduos (Costa, *et al.*, 2020; Maia, *et al.*, 2020; Janke, *et al.*, 2020).

Essa variabilidade pode refletir diferentes níveis de envolvimento das unidades de saúde em ações comunitárias, como a realização de atividades educativas, a participação em eventos comunitários e a articulação com outros setores (Silvany Neto, 2008; Gomes; Fracoli; Reticena, 2021)

A partir dos dados apresentados na tabela 3, levantou-se discussão acerca do que pode ter contribuído para avaliações insatisfatórias do território Xerente.

- I) **Recursos:** a falta de recursos adequados é um desafio comum em muitos sistemas de saúde. No caso do território Xerente, a limitação de recursos

humanos, como a falta de profissionais de saúde qualificados em número suficiente, pode impactar diretamente a qualidade do atendimento, a deficiência em equipamentos e insumos básicos, assim como a infraestrutura inadequada das unidades de saúde, podem comprometer a capacidade de oferecer serviços de qualidade (Silva; Alves, 2019; Perillo *et al.*, 2020; Pinto, *et al.*, 2021; Rezende, *et al.*, 2023; Rosa, *et al.*, 2024)

- II) **Organização do Trabalho:** a forma como o trabalho é organizado nas unidades de saúde também influencia significativamente a qualidade da atenção. A falta de integração entre os diferentes níveis de atenção, processos de trabalho ineficientes e a ausência de um sistema de gestão eficiente podem gerar gargalos e atrasos no atendimento, além de dificultar a coordenação do cuidado (Silva; Alves, *op.cit.*; Perillo *op.cit.*; Pinto, *op.cit.*; Rezende, *op.cit.*; Rosa, *op.cit.*,).
- III) **Características da População:** as características da população atendida podem influenciar a percepção sobre a qualidade dos serviços de saúde. A presença de grupos populacionais vulneráveis, como pessoas, com necessidades específicas de saúde, pode exigir ações diferenciadas que nem sempre são adequadamente atendidas. A baixa escolaridade da população pode dificultar a compreensão de informações sobre saúde e a adesão aos tratamentos (Silva; Alves, *op.cit.*; Perillo *op.cit.*; Pinto, *op.cit.*; Rezende, *op.cit.*; Rosa, *op.cit.*,).
- IV) **Contexto Local:** o contexto local, que inclui fatores geográficos, sociais, econômicos e políticos, também desempenha um papel importante. A distância entre as unidades de saúde e as comunidades, as condições climáticas adversas, a falta de recursos financeiros e a ausência de políticas públicas adequadas podem dificultar o acesso aos serviços de saúde e comprometer a qualidade da atenção (Silva; Alves, *op.cit.*; Perillo *op.cit.*; Pinto, *op.cit.*; Rezende, *op.cit.*; Rosa, *op.cit.*,).

Para elevar o nível saúde do território Xerente e, conseqüentemente, a qualidade da APS, será necessário investir em diversas frentes. A capacitação contínua das equipes de saúde, com foco em ferramentas e metodologias eficazes para a orientação familiar. E a criação de espaços adequados e acolhedores para o atendimento às famílias, que garantam privacidade e

conforto, para fortalecer o vínculo e a confiança entre os profissionais e a comunidade. A articulação com outros setores, como educação, assistência social e cultura, é um fator preponderante para promover a integralidade do cuidado e abordar as diversas dimensões que influenciam a saúde das famílias. O monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações de orientação familiar permitirão identificar os avanços, as dificuldades e as oportunidades de melhoria, garantindo a qualidade e a efetividade das intervenções (Rezende, *et al.*, 2022; Rosa, *et al.*, 2024).

Promover a criação de mais espaços de lazer e cultura na região, como praças, parques e centros culturais, para oferecer opções de entretenimento e convívio para os moradores. Ampliar a oferta de escolas e equipamentos de saúde na região visando atender a demanda dos moradores e garantir acesso a serviços básicos de qualidade. Incentivar a instalação de comércios e serviços na região, como supermercados, farmácias, restaurantes, entre outros, para facilitar o acesso a produtos e serviços essenciais é uma tarefa dos gestores municipais (Dobson, 2021; Rosa, *et al.*, 2024).

O estudo em si suscita uma série de outras questões para o aprimoramento da APS no território Xerente, tais como: existem obstáculos que impedem uma assistência mais completa e eficaz? O que originam os pontos vulneráveis identificados? E como esses achados moldam a gestão dos serviços de saúde e impactam a vida da população? Isto abre possibilidades de investigações futuras com abordagens qualitativas e ou mistas.

Os resultados da pesquisa não são generalizáveis para outras comunidades, pois cada contexto possui suas particularidades.

Conclusão

As condições relacionadas ao local, estrutura física, a equipe de saúde e funcionamento dos serviços no território Xerente não diferem de como ocorrem nos serviços de outros territórios já avaliados e estão em concordância com o que é preconizado.

Entretanto, os resultados deste estudo reafirmam as fragilidades da atenção primária no território Xerente, evidenciando desafios relacionados à acessibilidade, continuidade do cuidado, integração dos serviços e fortalecimento do vínculo (Grau de Afiliação) com os usuários. Essas limitações não apenas impactam a experiência dos usuários, mas também

influenciam diretamente a eficácia do serviço de saúde e instigam o desenvolvimento de novos estudos.

Para os gestores, os achados oferecem subsídios para a formulação de políticas que promovam uma distribuição mais eficiente dos recursos e a reorganização da rede de atenção primária. Para os trabalhadores da saúde, apontam a necessidade de aprimoramento na coordenação do cuidado e no fortalecimento da relação com os usuários. Já para a sociedade, a superação dessas fragilidades pode significar um acesso mais equitativo e qualificado aos serviços de saúde. Assim, este estudo contribui para embasar estratégias que tornem a atenção primária mais resolutiva e alinhada às necessidades da população, reforçando seu papel essencial na promoção da saúde e na redução das desigualdades.

Referências

ALMEIDA, P.F. MEDINA, M.G. FAUSTO, M.C.R. GIOVANELLA, L. BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M.H.M. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 maio 2022.

ARCARI, J.M. et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**. 2020;25(2):407-20.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 5th ed. Florianópolis: UFSC; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. 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, DF: Ministério da Saúde, 2017.

COSTA, M.A. ALVES, M.T. BRANCO, R.M. CASTRO WE, RAMOS, C.A. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [Internet]. 2020 Oct 12 [cited 2021 Dec 2];24:e190628. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190628/>

CRONBACH, L. J. (1951). **Coefficiente alpha and the internal structure of tests.** *Psychometrika*, 16, 197-333.

DOBSON, J. **Wellbeing and blue-green space in post-pandemic cities: drivers, debates and departures.** *Geography Compass*, 2021. Disponível em:

[https://shura.shu.ac.uk/28992/8/Dobson-WellbeingBlue-Green\(AM\).pdf](https://shura.shu.ac.uk/28992/8/Dobson-WellbeingBlue-Green(AM).pdf). Acesso em: 23 de dez. 2024.

DUARTE, L. S. MENDES, A. LOUVISON, M.C.P. **Organização da atenção primária à saúde de uma metrópole brasileira.** *Cadernos de Saúde Pública*, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2024.v40n2/PT099723/>. Acesso em: 26 de dez. 2024.

FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?lang=pt#>. Acesso em: 11 set. 2024.

GOMES, M.F.P. FRACOLLI, L.A. RETICENA, K. O. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 179-189, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020375>. Acesso em: 4 abr. 2022.

HARZHEIM, E. et al. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 26 de dez. 2024.

JANKE, G. F. RIBEIRO, T. S. FARAONI, A. G. VIANA, A. L. **Atributos da atenção primária à saúde nos cuidados às pessoas com condições crônicas.** *Saúde e Pesquisa*, Maringá, PR, v. 13, n. 3, jul./ set. p. 537-546, 2020. Disponível em: DOI: 10.17765/2176-9206.2020v13n3p537-546. Acesso em: 12 mar. 2024.

LIMA, A.E.F. *et al.*, Variação dos atributos da atenção primária nos territórios de saúde de um município brasileiro. [Prelo]. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2024

LIMA, S.C. **Território e Promoção da Saúde Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde.** Jundiaí-SP: Paco editorial; 2017.

MAIA, L. G. SILVA, L. A. GUIMARÃES, R. A. PELAZZA, B. B. LEITE, G. R.

BARBOSA, M.A. A qualidade de serviços da atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200014, 2020. Disponível em: DOI: 10.1590/1980-549720200014.

Acesso em: 22 fev. 2024.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; WERNECK, G. L.; LUIZ, R. R. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 4: Estudos Transversais, p. 101-114.

PAIXÃO, T.M. SOUSA, A. I. SOUZA, M. H.D.N. FARIAS, S.N.P. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e42655, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/42655>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria de Saúde de Palmas amplia horário de atendimento público na sede administrativa e em unidades. Palmas: Prefeitura Municipal, 30 de janeiro de 2025. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/secretrai-de-saude-de-palmas-horario-ao-publico-na-sede-administrativa-e-em-unidade/?utm_source=chatgpt.com >. Acesso em: [11 de fev. 2025].

PERILLO, R.D, BERNAL, R.T, POÇAS, K.C, DUARTE, E.C, MALTA, D.C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 4];23(suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200013.supl.1>

PINTO, L. F. SILVA, V.S.T. M. Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 651-656, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4NmgnQjqBWRZcLW5sq3qXRb/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2024.

PREFEITURA DE PALMAS, Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Territórios, unidades de saúde e áreas de abrangências das equipes ESF, NASD e ECR [Internet]. 2018 Apr [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://gazetadocerrado.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Abrangencias-por-Equipes-e-Unidades-de-Sa%C3%BAde.pdf>

RAZALI, N. M. WAH, Y.B. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. **J Stat Model Analytics**, 2(1), 21-33. 2011.

REZENDE, W.L. MAIA, L. G. SANTOS, S.V. M. SILVA, L.A. Avaliação da atenção primária na perspectiva dos usuários: associação com práticas educativas em saúde. **Ciencia y Enfermeria**, [s. l.], v. 28, n. 18, 2022. Disponível em: DOI: 10.29393/CE28-18AAWL40018. Acesso em: 10 out. 2023.

ROCHA, V.C.L.G. PEREIRA, D. S. BRITO, G.E.G. PEREIRA, M. J. SILVA, S.L.A. Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: estudo transversal. **Revista de APS**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 238-255, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.33312>. Acesso em: 23 fev. 2024.

ROSA, F.M, MENEGAZZO, G.R, GIORDANI, J.M.A. Weiller TH. Integralidade do cuidado na oferta e utilização de serviços da Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS** [Internet]. 2024 Jan [cited 2024 Apr 1]; 26:1–14. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262329404>

SILVA, A.B. SOUZA, C.D. Avaliação da acessibilidade nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, [s. l.], v. 57, n. 4, p. 123-129, 2023. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>. Acesso em: 24 jan. 2024.

SILVA, S.D, FLÓRIO, F.M, ZANIN L. Satisfação dos Usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista FSA** [Internet]. 2023 Oct [cited 2024 Jan 5];20(10):217–33. Available from:

<http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2824/491494095>

SILVANY NETO, A.M. **Bioestatística** sem segredos. Salvador, 2008. 321p.

STARFIELD, B. **Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology**. Nova York: Oxford University Press, 2002. Disponível em:

<https://global.oup.com/academic/product/primary-care-9780195144560>. Acesso em: 07 out. 2024.

STACORP. (2015). **Stata Statistical Software: Release 14**. College Station, TX: StataCorp LP.

STROBE. *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*. (2007).

Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/>. Acesso em: 28 de agosto de 2024

TAVAKOL, M. DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*, 2, 53-55. 2011.

TEIXEIRA, L.F.C. A formação de Palmas. **Revista UFG** [Internet]. 2017 Jul [cited 2024 Feb 2];11(6):91–9. Available from: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/48234/23590>

VAN DEN BROECK, J.; ARGENTINE, C. A.; DE BÉLDER, R. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Epidemiology*, v. 18, n. 6, p. 805–835, 2007. Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/>. Acesso em: 25 jan. 2025

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Palmas, Tocantins, sob a visão dos usuários captadas pela *Primary Care Assessment Tool*, apresentou aspectos positivos nos atributos: utilização, acessibilidade, coordenação, integralidade, demonstrando um foco na continuidade do cuidado, ou seja, os serviços ofertados são utilizados pela população e contribuem para a confiança no sistema de saúde primária.

O estudo identificou áreas que necessitam de melhorias, como o item de afiliação, coordenação do cuidado, como tempo de espera para ser atendido por especialistas, continuidade do cuidado ou infraestrutura, para que a ordenadora do cuidado atenda plenamente às necessidades da população. Os resultados sugerem que, ao se fortalecer esses pontos, a atenção primária pode aprimorar a resolutividade e ampliar a satisfação dos usuários, consolidando-se como a principal porta de entrada para o sistema de saúde na região.

A análise dos diferentes atributos da Atenção Primária à Saúde entre os territórios de saúde no município estudado revelou variações significativas que impactam a eficácia do atendimento e a experiência dos usuários. Territórios com melhor acesso, como Krahô, Xambioá, Apinajé e Karajá, tiveram um bom desempenho no atributo derivado continuidade de cuidados e coordenação, mostrando serem mais eficazes, refletindo em uma maior satisfação dos usuários e uma pontuação da qualidade mais elevada.

Em contraste, houve territórios com limitações, como Xerente, que apresentou baixas médias nos atributos item de afiliação, orientação familiar e orientação comunitária. A longitudinalidade foi baixa em Javaé e a integração dos cuidados no território de saúde Pankararu também. Esses dois territórios enfrentaram dificuldades em proporcionar um atendimento integral e resolutivo, prejudicando a experiência dos usuários.

A pesquisa evidenciou variações significativas nos atributos de afiliação e acessibilidade da Atenção Primária à Saúde entre os territórios estudados. Atributos como o tempo de espera para consultas, a facilidade de marcação de exames e a distância até os serviços de saúde apresentaram maior inconsistência.

A falta de continuidade no cuidado, associada a dificuldades de acesso e afiliação, pode levar à perda de acompanhamento e ao aumento da morbimortalidade, impactando negativamente a saúde da população. A identificação dessas áreas com desempenho insatisfatório permite direcionar ações para melhorar a qualidade e a equidade da atenção primária, fortalecendo o vínculo entre os usuários e os serviços de saúde.

As diferenças encontradas entre os territórios Pankararu e Xerente e os demais territórios estudados evidenciam a necessidade de ações específicas para garantir a equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde para essas populações. A formulação de políticas públicas de saúde deve considerar as particularidades culturais, sociais e geográficas de cada território, a fim de superar as barreiras existentes e promover a saúde integral da população.

O monitoramento rigoroso do desempenho da Estratégia Saúde da Família em relação às metas da Atenção Primária à Saúde é fundamental para antecipar tendências, identificar áreas que necessitam de maior atenção e direcionar os recursos de forma mais eficiente. Ao acompanhar de perto os atributos da qualidade e os resultados das ações implementadas, é possível planejar intervenções estratégicas e garantir que os objetivos da Atenção Primária à Saúde sejam alcançados de forma eficaz. Com a análise de dados e a projeção de demandas, gestores podem antecipar desafios e ataviar recursos e ações de maneira proativa, evitando sobrecargas e aprimorando o atendimento nos momentos de maior necessidade. O conjunto de práticas, o monitoramento contínuo, o controle de metas e previsão de tendências corrobora com gestão eficiente e adaptável.

O estudo inédito sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde sob a visão do usuário em Palmas, Tocantins, apresenta uma série de vantagens significativas. Ao explorar um tema ainda pouco investigado, a pesquisa pioneira contribui para preencher lacunas do conhecimento, oferecendo uma visão original e aprofundada sobre a realidade local. Essa inovação permite identificar particularidades e desafios específicos da comunidade, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais adequadas e personalizadas. Um estudo inédito tem maior potencial para gerar impacto científico e social, ao apresentar dados e análises originais influencia políticas públicas e práticas de saúde, promovendo a melhoria da qualidade

de vida da população.

Diante disso, sugere-se a realização novas pesquisas tanto quantitativas quanto qualitativas, com o objetivo de compreender os fatores que limitam a efetividade da Atenção Primária à Saúde em regiões específicas como Pankararu, Javaé e Xerente e considerar os territórios que foram bem avaliados, valorizando o fortalecimento de suas ações. Essa investigação irá fornecer informações essenciais para o desenvolvimento de intervenções direcionadas e estratégias de fortalecimento.

Por fim, com o compromisso de garantir a transparência e o empoderamento da comunidade, os resultados desta pesquisa serão compartilhados com os usuários das Unidades de Saúde da Família, com a equipe de saúde e com os gestores municipais. Essa iniciativa visa fortalecer a participação popular nas decisões sobre a saúde, melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e garantir que as ações da Atenção Primária à Saúde sejam cada vez mais adequadas às necessidades da população palmense. Com o objetivo é contribuir para um Sistema Único de Saúde mais justo, equânime e próximo da realidade da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F.; MENDES, M. F. M.; MARTELLI, P. J. L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, [s. l.], n. 38, p. 182-194, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>. Acesso em: 22 maio 2022.
- ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 maio 2022.
- ANDREÃO, M. R. D.; FLÓRIO, F. M.; ZANIN, L. Avaliação da satisfação de usuários em relação ao acolhimento na Atenção Primária. **Revista FSA**, Teresina, v. 19, n. 9, p. 372-388, set. 2022. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2583/491493487>. Acesso em: 5 jan. 2024.
- BANDEIRA, D.; DAMACENO, N. A.; WEILLER, T. H.; LOPES, L. F. D. Avaliação da coordenação da atenção por usuários dos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 24, fev. 2020 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051299>. Acesso em: 1 maio 2023.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**, 5. ed. Florianópolis: Ed. UFSC; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo financiamento da Atenção Primária é debatido em oficina com Ministério da Saúde**. Portal do Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 11 jun. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/cns>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Educação. **MEC divulga pesquisa sobre desigualdade racial na educação. Ações Afirmativas**, 10 jun. 2024b. 20:05. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/mec-divulga-pesquisa-sobre-desigualdade-racial-na-educacao>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova

metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Casa Civil, Brasília, 2024c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 [...]. Casa Civil, Brasília, 2019a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família [...]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 94, p. 122, 2019b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Casa Civil, Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE): Painel da Situação dos Instrumentos de Planejamento**, 2017b. Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>. Acesso em: 25 fev. 2023.

BRASIL. **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. Casa Civil, Brasília, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Casa Civil, Brasília, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária à Saúde: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Casa Civil, Brasília, 2012c. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 80 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de junho de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Casa Civil,

Brasília, 2008. (revogada pela Portaria GM/ MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
Acesso em: 11 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011). Casa Civil, Brasília, 2006. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html.
Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeira pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários dos serviços públicos: uma nova relação do Setor Público com o cidadão**. Brasília: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão, 2000.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em:
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL, 2024. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde cria FAQ para esclarecer sobre o novo financiamento da atenção primária — Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/ministerio-da-saude-cria-faq-para-esclarecer--sobre-o-novo-financiamento-da-atencao-primaria>. Acesso em: 25 de dezembro de 2024

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística princípios e aplicações**. 1 ed. reimp. Porto Alegre: ARTMED; 2003.

CAMARA, G.; MONTEIRO, A. M. V. Geocomputation techniques for spatial analysis: are they relevant to health data?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 17, n. 5, p. 1059-1071, set. 2001. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/8mh3J5rVXD4BxnGcYDxjVxR/?lang=en#>. Acesso em: 14 mar. 2023.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>. Acesso em: 20 maio 2022.

CARACTERIZAÇÃO do município de Palmas/TO. [S. l.]: Universidade Federal de Viçosa; Amigo da Pessoa Idosa, 2018. Disponível em: https://www.cead.ufv.br/docs/ebapi/caracterizacao_palmas.pdf. Acesso em: 14 fev. 2022.

CIDADE-BRASIL. **Município de Palmas**. [S.l.], 2021. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-palmas.html>. Acesso em: 22 dez. 2022.

COSTA, L. B.; MOTA, M. V.; FERNANDES, C. S. G. V.; SANTOS, E. T.; OLIVEIRA, J. P. M.; MOTA, T. C.; PORTO, A. L.; ALENCAR, M. N. A. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 2083-2096, jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6qV76YwhkBCMJRcqSnsB4sb/#>. Acesso em: 27 jan. 2023.

COSTA, M. A.; ALVES, M. T. S. S. B.; BRANCO, R. M. P. C.; CASTRO, W. E. C.; RAMOS, C. A. M. A avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 24, p. e190628, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mkLzPhDZLmmfsT3kVMVtGBf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 fev. 2023.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 3 jan. 2023.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de de los servicios médicos y afines. **Publicacion Científica**, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, n. 93, 1962. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/1133>. Acesso em: 8 ago. 2023.

D'ÁVILA, O. P.; PINTO, L. F. S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 855-865, mar. 2017. Disponível em: DOI:10.1590/1413-81232017223.03312016. Acesso em: 14 mar. 2023.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, [s. l.], v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>. Acesso em: 20 maio 2022.

DONABEDIAN A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México, D.F: La Prensa Mexicana, 1984.

FERREIRA, L. R.; NEVES, V. R.; ROSA, A. S. Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade. **Escola Ana Neri**, [s. l.], v. 26, p. 1-10, 2022. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0287p>. Acesso em: 5 jan. 2024.

FRACOLLI, L. A.; GRAGNOLATI, M. G.; SCATENA, L. M. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 4397-4406, 2014.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vw93CGmm457hvYnvJMnS8Kr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 maio 2022.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso de cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPJNj9XwDftbgS/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 30 abr. 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA L.; ESCOREL. S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes; 2012. p. 493- 545.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; RETICENA, K. O. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 179-189, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020375>. Acesso em: 4 abr. 2022.

GROL, R.; WENSING, M.; MAINZ, J.; JUNG, H. P.; FERREIRA, P.; HEARNshaw, H.; HJORTDAHL, P.; OLESEN, F.; REIS, S.; RIBACKE, M.; SZECSENYI, J. Patient in Europe evaluate general practice care: an international comparison. **The British journal of general practice**: the journal of the Royal College of General Practitioners, [s. l.], v. 50, n. 460, p. 882-887, nov. 2000.

GUAGLIARDO, M. F. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. **International Journal of Health Geographics**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 3-11, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14987337/>. Acesso em: 3 set. 2023.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829>. Acesso em: 8 ago. 2023.

IBÁÑEZ, N., ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H.; VIANA, A. L. D. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v.11, n. 3, p. 683-703, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8ZM7nP5pPJXNwDywj5V6nCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Palmas**: panorama. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas>. Acesso em: 10 out 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>. Acesso em: 12 mar. 2023.

JANKE, G. F.; RIBEIRO, T. S.; FARAONI, A. G.; VIANA, A. L. Atributos da atenção primária à saúde nos cuidados às pessoas com condições crônicas. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, PR, v. 13, n. 3, jul./set. p. 537-546, 2020. Disponível em: DOI: 10.17765/2176-9206.2020v13n3p537-546. Acesso em: 12 mar. 2024.

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W. G. W.; HUTCHINSON, A.; SALTMAN, R. B. **Building primary care in a changing Europe**. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; World Health Organization; 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/154350>. Acesso em: 17 abr. 2022.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. **Novos Caminhos**, Rede APS, n.12, jul. 2016. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: <https://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2016/07/NovosCaminho12.pdf>. Acesso em: 21 out. 2022.

LIRA, L. B. S.; SANTOS, D. S.; NEVES, S. J. F.; NAGLIATE, P. C.; LIRA, L. B. S.; PEREIRA, E. A. T.; CAVALCANTE, M. V. Acesso, acolhimento e Estratégia Saúde da Família: satisfação do usuário. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2334-2340, 2018. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234878p2334-2340-2018>. Acesso em: 05 jan. 2024.

LUCENA, L. N.; MELO, R. H. V.; RODRIGUES, M. P.; ANDRADE, F. B. de; VILAR, R. L. A.; BOSCO FILHO, J. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na Estratégia da Saúde da Família no Recife (PE). **Revista Ciência Plural**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 21-37, 2019. Disponível em: DOI: [10.21680/2446-7286.2018v4n2ID16837](https://doi.org/10.21680/2446-7286.2018v4n2ID16837). Acesso em: 5 jan. 2024.

MAIA, L. G.; SILVA, L. A.; GUIMARÃES, R. A.; PELAZZA, B. B.; LEITE, G. R.; BARBOSA, M. A. A qualidade de serviços da atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200014, 2020. Disponível em: DOI: [10.1590/1980-549720200014](https://doi.org/10.1590/1980-549720200014). Acesso em: 22 fev. 2024.

MARTINS, B. E. P.; PASSOS, C. S. Desafios à prática do acolhimento na atenção primária em saúde no Brasil. **Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 2, 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1710>. Acesso em: 5 jan. 2024.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070360>. Acesso em: 2 mar. 2024.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Acesso em: 19 abr. 2022.

MELO, D. S.; SILVA, A. L. A.; MARTELLI, P. J. L.; LYRA, T. M.; MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4569-4578, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WvVHKFvcdd8Mck7ZvSYThVk/?lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2024.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.

38, n. 103, p. 900-916, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>. Acesso em: 2 dez. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP; 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, [s. l.], v. 18, p. 3-11, 2008. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1262>. Acesso em: 2 dez. 2022.

MENDES, E. V. **As modelagens das redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDONÇA, A. **Palmas, a última capital planejada do século XX**. Tocantins, Secretaria de Comunicação, 2 maio 2011. 12:58. Disponível em: <https://www.to.gov.br/secom/noticias/palmas-a-ultima-capital-planejada-do-seculo-xx/32ns8z0jgh7p>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (eds). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 10, n. 4, p. 275-278, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>. Acesso em: 5 fev. 2021.

OLIVEIRA, A. C. D.; GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J. dos.; FIRMO, J. O. A. A percepção do usuário idoso sobre o acesso e a qualidade da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 2363, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2363>. Acesso em: 5 jan. 2024.

OLIVEIRA FILHO, W. A. **Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas**. [S. l.]: Secretaria da Comunicação do Estado do Tocantins, 2011.

ORGANIZAÇÃO da APS em Porto Alegre. Brasília: APSREDES. [2021?]. Disponível em: <https://apsredes.org/organizacao-da-aps-em-porto-alegre/#:~:text=A%20cobertura%20populacional%20estimada%20pela,62%2C5%25>

%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 19 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2008:** cuidados de saúde primária: agora mais que nunca. Geneva: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A Atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; Organização Mundial de Saúde, 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18457/9788579670657_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 2 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde. Washington, D. C.: OPAS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção Primária à Saúde nas Américas:** lições aprendidas ao longo de 25 anos e perspectivas para o futuro. Washington, DC: OPAS. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Indicadores de Salud:** elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico, [s. l.], v. 22, n. 4, 2001. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45870?locale-attribute=pt>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. *In:* PAIM, J. S. **Desafios da saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIXÃO, T. M.; SOUSA, A. I.; SOUZA, M. H. D. N.; FARIAS, S. N. P. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e42655, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/42655>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S. ; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017. Disponível em: [doi:10.1590/1413-81232017226.14282016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016). Acesso em: 14 jul. 2023.

PERILLO, R.D.; BERNAL, R. T. I.; POÇAS, K. C. DUARTE, E. C.; MALTA, D. C. Avaliação da Atenção Primária à saúde na ótica dos usuários: reflexão sobre o uso do *Primary Care Assessment Tool*-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, p. e200013, 2020. Disponível em: DOI:10.1590/1980-549120200013. Acesso em: 14 jun. 2022.

PINTO, L. F.; QUESADA, L. A.; D'ÁVILA, O. P.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. *Primary Care Assessment Tool*: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 9, p.3965-3979, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n9/3965-3979/#>. Acesso em: 11 jun. 2022.

PINTO, L. F.; SILVA, V. S. T. M. *Primary Care Assessment Tool* (PCAT): a construção de uma nova linha de bse para a avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 651-656, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4NmgnQjqBWRZcLW5sq3qXRb/#>. Acesso em: 12 set. 2022.

PREFEITURA DE PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Estratégico de Combate à COVID-2019 (2020/2021)**. Palmas: SEMUS, 2020. Disponível em: https://www.palmas.to.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/PLANO-DE-DESCONTINGENCIAMENTO-PARA-PALMAS-TO-2020_compressed.pdf. Acesso em: 14 set. 2022.

PREFEITURA DE PALMAS. **Bairros da cidade de Palmas**. 2017. Disponível em: <http://www.palmas.to.gov.br/secretaria/infraestrutura/noticia/1504020/transporte-publico-de-palmas-passa-por-avancos/>. Acesso em: 9 ago. 2023.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 46, n. 5, p. 1271-1294, set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/bPM5xsjhwWgL54mdx3R7cnP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 19 abr. 2023.

RAZALI, N. M.; WAH, Y. B. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. **J Stat Model Analytics**, v. 2, n. 1, p. 21-33, jan. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267205556_Power_Comparisons_of_Shapiro-Wilk_Kolmogorov-Smirnov_Lilliefors_and_Anderson-Darling_Tests. Acesso em: 12 mar. 2022.

REIS, J. G.; HARZHEIM, E.; NACHIF, M. C. A.; FREITAS, J. C.; D'ÁVILA, O.; HAUSER, L. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.18612019>. Acesso em: 22 maio 2023.

REZENDE, W. L.; MAIA, L. G.; SANTOS, S. V. M.; SILVA, L. A. Avaliação da atenção primária na perspectiva dos usuários: associação com práticas educativas em saúde. **Ciencia y Enfermeria**, [s. l.], v. 28, n. 18, 2022. Disponível em: DOI: 10.29393/CE28-18AAWL40018. Acesso em: 10 out. 2023.

ROCHA, V. C. L. G.; PEREIRA, D. S.; BRITO, G. E. G.; PEREIRA, M. J.; SILVA, S. L. A. Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: estudo transversal. **Revista de APS**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 238-255, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.33312>. Acesso em: 23 out. 2022.

ROSA, F. M.; MENEGAZZO, G. R.; GIORDANI, J. M. A.; WEILLER, T. H. Integralidade do cuidado na oferta e utilização de serviços da Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, [s. l.], v. 26, p. 1-14, jan. 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262329404>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SAFRAN, J. **Widening the scope of cognitive therapy**: the therapeutic relationship, emotion, and the process of change. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc., 1998.

SALOMI, G. G.; MIGUEL, P. A. C.; ABACKERLI, A. J. SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. **Gestão & Produção**, [s. l.], v.12, n.2, p.279-293, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/RRrGvM5xSZSJnNdsGYthxNw/?lang=pt#>. Acesso em: 10 out. 2023.

SANTOS, J. T. P. Territórios, Unidades de Saúde e Áreas de Abrangências das Equipes ESF, NASF e ECR. **Prefeitura de Palmas**, Palmas: SEMUS, 2018. Disponível em: <https://gacetadocerrado.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Abrangencias-por-Equipes-e-Unidades-de-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-164, 2001. Disponível em: <https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/shi-2001.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 21, n. 62, p. 589-599, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21n62/589-599/#>. Acesso em: 27 out. 2023.

SILVA, S. D.; FLÓRIO, F. M.; ZANIM, L. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista FSA**, Teresina, v. 20, n. 10, art. 11, p. 217-233, out. 2023. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2824>. Acesso em: 12 ago. 2024.

SILVANY NETO, A. M. **Bioestatística sem segredos**. Salvador: UFBA, 2008. 321p.

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

STEWART, A. L.; NÁPOLES-SPRINGER, A. M.; GREGORICH, S. E.; SANTOYO-OLSSON, J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. **Health Services Research**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 1235-1256, 2007. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1955252/>. Acesso em: 13 mar. 2022.

STROBE. *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*. (2007). Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/>. Acesso em: 28 de agosto de 2024

TEIXEIRA, L. F. C. A formação de Palmas. **Revista UFG**, Goiânia, v. 11, n. 6, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/48234>. Acesso em: 12 nov. 2022.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. **Atenção Primária à Saúde**. Palmas, [2021?]. Disponível em: <https://www.to.gov.br/saude/atencao-primaria-a-saude/3f53fyf04pr1>. Acesso em: 14 fev. 2022.

TOCANTINS. Secretaria do Planejamento e Orçamento. Diretoria de Pesquisa e

Informações Econômicas. **Perfil socioeconômico dos municípios**. Palmas: Secretaria do Planejamento e Orçamento, 2017.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nTcQ6D5BjBMjFVZKvcm7phd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2023.

VIEIRA, N. F. C.; MACHADO, M. F. A. S.; NOGUEIRA, P. S. F.; LOPES, K. S.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F.; MORAIS, A. P. P.; CAMPELLO, I. L. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; NUTO, S. A. S.; FREITAS, R. W. J. F. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200516>. Acesso em: 5 jan. 2024.

ZOU, K. H.; TUNCALI, K.; SILVERMAN, S. G. Correlation and simple linear regression. **Radiology**, [s. l.], v. 227, n. 3, p. 617-628, jun. 2003. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2273011499?journalCode=radiology>. Acesso em: 22 mar. 2023.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **Avaliação dos atributos da atenção primária na visão do usuário: um estudo transversal em uma capital da região Norte do Brasil**

Esta pesquisa faz parte da atividade do Programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem e Saúde - PPGENFS, sob orientação da Prof.^a Dr^a Maria Alves Barbosa e Coorientação da Prof.^a Dr^a Ludmila Grego Maia. A pesquisa tem por objetivo de analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos usuários em Palmas, Tocantins, utilizando a ferramenta *Primary Care Assessment Tool*.

Farão parte deste estudo os usuários que são assistidos nos Centros de Saúde da Comunidade (tradicional, mistas e unidades de saúde da família) dessa capital e que aceitam livremente participar da pesquisa, após a leitura, aceitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum risco, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos.

A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O (A) Sr.(a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Qualquer desconforto ou constrangimento em algumas perguntas durante a aplicação do questionário, o (a) Sr(a) poderá responder apenas às perguntas que desejarem. O risco oferecido pela pesquisa é o de exposição das informações cedidas. Para evitar esse risco será garantido total anonimato em relação às informações e em nenhuma hipótese o (a) Sr (a) será identificado(a). Também será respeitado o seu direito de não participar da pesquisa e ou de não responder qualquer questão.

Caso aceite participar da pesquisa, será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para adultos e solicitado sua assinatura nesse documento citado. O (A) Sr(a) poderá também desistir quando achar necessário.

Quanto aos benefícios, de ordem financeira ou imediata, não há para os sujeitos da pesquisa quaisquer benefícios, entretanto, o conteúdo das informações coletadas poderá contribuir para uma reflexão sobre as ferramentas de avaliação da atenção primária e, dessa forma, ajudar na melhoria dos serviços de saúde no município investigado. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário denominado de PCATool –

Instrumento para avaliar a atenção primária nos sistemas de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde da Comunidade e, contaremos com cerca de 20 a 30 minutos da sua atenção. Se o (a) senhor (a) sentir qualquer desconforto ou constrangimento poderá solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio técnico, acadêmico e científico.

Dessa forma, contamos com sua boa vontade e seu senso de colaboração com a ciência e, ao mesmo tempo em que agradecemos a sua contribuição, colocamo-nos à sua disposição para prestar esclarecimentos relacionados ao estudo. A pesquisadora responsável Ana Edith Farias Lima é doutoranda no Programa de Pós Graduação do Doutorado em Enfermagem e Saúde – PPGENFS, da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao(à) Sr.(a). A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 441/2011 e 466/2012), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Caso queira tirar dúvidas da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável na Universidade Federal do Tocantins – Quadra 109 Norte, NS-15, ALCNO 14, Bloco LAB 4. Sala 02, Av. Juscelino Kubitscheck. Palmas - TO CEP: 77001-090. Telefone (63) 3229-4818 ou (63) 3229-4528 ou através do endereço eletrônico: anaedith@discente.ufg.br, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **Avaliação dos atributos da atenção primária na visão do usuário: um estudo transversal em uma capital da região Norte do Brasil**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar dessa pesquisa.

Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo (a) entrevistador (a), que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante _____

Assinatura do participante _____ Data: ____/____/____

Nome completo do (a) entrevistador (a): _____

Assinatura do participante _____ Data: ____/____/____

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá consultar o endereço: Alameda Flamboyant, Quadra. K, Edifício K2, sala 110 Bairro: Campus Samambaia, UFG-GO Município de Goiânia. CEP: 74.690-970 - Telefone: (62)3521-1215 - E-mail: cep.prpi@ufg.br

ANEXO A
Questionário da Coleta de Dados
Ferramenta *Primary Care Assessment Tool* PCATool-Brasil (Adulto – Versão
Extensa - 2020)

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar a disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).
- 3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- 4 - Seguir com entrevista.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (Os dados a seguir serão incluídos para análise sociodemográfica dos grupos sociais)

1. Nome _____
2. Data de Nascimento: ____/____/____ (DD/MM/AAA) 3. Idade: _____
4. Sexo: () masculino () feminino () intersexo
5. Raça: () Branca () Preta () Amarela (origem japonesa, chinesa, coreana, etc.) () Parda () Indígena
6. Profissão: _____
7. Qual a zona da sua residência? [1] Urbana [2] Rural [3] Periurbana
8. Escolaridade: [1] Analfabeto [2] 1ª a 3ª série do ensino fundamental
 [3] 4ª a 7ª série do ensino fundamental [4] Ensino fundamental completo
 [5] 1ª ou 2ª série do ensino médio [6] Ensino médio completo
 [7] Superior incompleto [8] Superior completo
 [9] Pós-graduação [10] não quer responder

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

() Não () Sim (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde _____

Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

() Não () Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima.

() Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- () Não () Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 () Sim, o mesmo que A1 somente. () Sim, o mesmo que A2 somente.
 () Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

--- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na resposta A3 (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor, pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____ esclareça ao entrevistado que a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5- _____ e do médico/enfermeiro/serviço de saúde.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico /enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	()
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool- Brasil versão Adulto C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – O “nome do serviço de saúde/ ou nome médico /enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?					
C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/ enfermeiro” quando pensa que é necessário?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico/enfermeira/Local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCA-Tool - Brasil versão Adulto D - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D5 – O seu “médico /enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D9 – O seu “médico/ enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D11 – O seu “médico /enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro”?

() Sim () Não (Passe para a questão F1) () Não sei /não lembro

(Passe para a questão F1)

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 – O “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
E3 – O “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

E5 - O seu "médico/ enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o/a a marcar esta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
E6 – O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
E7 – O "nome do serviço de saúde/ou nome médico/ enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
E9 – O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
F2. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você, sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos).	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G4 – Vacinas (imunizações)	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G6 – Tratamento dentário.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G14 - Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G15 - Remoção de verrugas	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G16 - Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Citopatológico, Teste Papanicolau)	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G17 - Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G18 - Cuidados pré-natais	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G19 - Remoção de unha encravada	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama)	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
G22 - Orientações sobre os cuidados em saúde caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos se alguém de sua	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).					
---	--	--	--	--	--

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”. Em consultas ao “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para vo	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H10 – Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H11 – Como prevenir quedas	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto - I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu "médico /enfermeiro" lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
I2 - O seu "médico/ enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
I3 – O seu "médico/ enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
J3 - O seu "nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro" ouviu opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 ()	3 ()	2 ()	() 1	9 ()

ANEXO B

Parecer Consubstanciado do CEP/UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TOCANTINS: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS ICSAP E PCA-Tool

Pesquisador: ANA EDITH FARIAS LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60369522.3.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.698.018

Número do Parecer: 5.698.018

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TOCANTINS: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS ICSAP E PCA-Tool. Pesquisador Responsável: ANA EDITH FARIAS LIMA. N. CAAE: 60369522.3.0000.5083. Membros da equipe de pesquisa: Maria Alves Barbosa; Ludmila Grego Maia.

O estudo com foco particular na avaliação da Atenção Primária em Saúde (APS) do Brasil, com vistas a realizar uma investigação da qualidade dos serviços no município de Palmas - TO, por meio das Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e do Primary

Care Assesment PCA-Tool Brasil (adulto, versão extensa, 2020). Objetivo: analisar a qualidade dos serviços da atenção primária em saúde.

Metodologia: a partir do instrumento PCATool-Brasil (adulto, versão extensa, 2020) e do indicador das ICSAP no município de Palmas – Tocantins aplicados para a população adulta que utilizam os serviços de saúde dos Centros de Saúde da Comunidade, Unidade Básica de Saúde que pertencem a um dos 8 territórios de saúde

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a qualidade dos serviços da atenção primária em saúde, a partir do instrumento PCATool-Brasil (adulto, versão extensa, 2020) e do indicador ICSAP no município de



Continuação do Parecer: 5.698.018

Palmas – Tocantins.

Objetivo Secundário:

a) Investigar a qualidade da Atenção Primária à Saúde no município de Palmas - Tocantins, por meio do indicador das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP);

b) Identificar os atributos da Atenção Primária à Saúde através do Primary Care Assessment Tool (PCAToolBrasil -adulto, versão extensa, 2020) que obtiveram a melhor e pior avaliação no município de Palmas – Tocantins;

c) Identificar as taxas e os principais grupos de causas mais prevalentes do ICSAP;

d) Relacionar os grupos de causas com fatores socioeconômicos;

e) Realizar georreferenciamento dos grupos por regiões.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos descritos são mínimos. Qualquer desconforto ou constrangimento em algumas perguntas durante a aplicação do questionário. O risco oferecido pela pesquisa é o de exposição das informações cedidas. Para evitar esse risco será garantido total anonimato em relação às informações e em nenhuma hipótese. Quanto aos benefícios, o conteúdo das informações coletadas poderá contribuir para uma reflexão sobre as ferramentas de avaliação da atenção primária e, dessa forma ajudar na melhoria dos serviços de saúde no município investigado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente protocolo trata de um estudo que objetiva analisar a qualidade dos serviços da atenção primária em saúde no município de Palmas – Tocantins. O projeto de pesquisa é exequível, possui mérito científico, com tema atual, relevante.

A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde da Comunidade com cerca de 20 a 30 minutos. Caso haja qualquer desconforto ou constrangimento o participante poderá solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento.

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



Continuação do Parecer: 5.698.018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto devidamente assinada.
- Instrumento de coleta de dados.
- Cronograma.
- Carta de encaminhamento ao CEP
- TCLE: está redigido na forma de covite, consta os riscos, benefícios, a forma de participação, garantem o sigilo da identidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos postados para o atendimento das pendências anteriormente emitidas, somos favoráveis à aprovação do presente protocolo, por não haver óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar relatório final em maio de 2024.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1969151.pdf	18/09/2022 23:17:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo2.pdf	11/08/2022 16:48:27	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/08/2022 16:42:34	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_CEP_assinado.pdf	11/08/2022 16:37:38	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/07/2022 19:51:35	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
Outros	Instcoleta_dados.pdf	04/07/2022 19:51:10	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
Outros	Termo_compromisso.pdf	04/07/2022 19:47:51	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	28/06/2022 21:01:21	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	5.pdf	22/06/2022 22:37:03	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4.pdf	22/06/2022 22:35:58	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito



Continuação do Parecer: 5.698.018

Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Termo_de_Responsabilidade_do_Pesquisador_Responsavel_assinado.pdf	22/06/2022 22:34:11	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3.pdf	22/06/2022 22:33:28	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito
Orçamento	1.pdf	22/06/2022 22:32:55	ANA EDITH FARIAS LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 12 de Outubro de 2022

Assinado por:

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
 Bairro: Campus Samambaia, UFG CEP: 74.690-970
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3521-1215 E-mail: cep.prpi@ufg.br

ANEXO C

Parecer Consubstanciado da FESP



FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS
NÚCLEO DE PESQUISA
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS E PESQUISAS (CAPP)

TERMO DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA
Título do Projeto: AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA UMA ANÁLISE A PARTIR DAS ICSAP E PCA-Tool NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TOCANTINS
Responsável pelo Projeto (Autor): ANA EDITH FARIAS LIMA
Instituição de Ensino: UFG
Membro da Comissão avaliadora:
Data da Reunião: 20/06/2022
Número do Parecer: 99
Descrição das Etapas de Avaliação do Projeto
Título: O título é objetivo, pertinente ao problema de pesquisa proposto?
Introdução/justificativa: A introdução/justificativa descrevem a relevância do tema e define o problema de pesquisa?
<p>Objetivos:</p> <p><i>“Geral: Analisar a qualidade dos serviços da atenção primária em saúde, a partir do instrumento PCATool-Brasil (adulto, versão extensa, 2020) e do indicador ICSAP no município de Palmas – Tocantins.</i></p> <p>Específicos:</p>
<p><i>Específicos:</i></p> <p>a) Investigar a qualidade da Atenção Primária à Saúde no município de Palmas - Tocantins, por meio do indicador das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP);</p> <p>b) Identificar os atributos da Atenção Primária à Saúde através do Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil -adulto, versão extensa, 2020) que obtiveram a melhor e pior avaliação no município de Palmas – Tocantins;</p> <p>c) Identificar as taxas e os principais grupos de causas mais prevalentes do ICSAP;</p> <p>d) Relacionar os grupos de causas com fatores socioeconômicos;</p> <p>e) Realizar georreferenciamento dos grupos por regiões.”</p>
<p>Metodologia:</p> <p><i>“Caracterização do Estudo: O projeto é de natureza avaliativa, com uma abordagem quantitativa, delineamento descritivo e analítico, transversal no campo da saúde pública brasileira.”</i></p> <p><i>“Instrumentos de coleta de dados: 1) Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil (adulto, versão extensa, 2020);:2) Indicador das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP);</i></p> <p><i>“Coleta dos dados quantitativos: A amostra será baseada no nível de confiança do total da população calculada 305.178 pessoas (último censo do IBGE, 2010) dos 8 (oito) territórios de saúde do município de Palmas - Tocantins.”... segundo tabela o n=190 pessoas.</i></p> <p><i>“Participantes do Estudo: Será constituída pelo público adulto (faixa etária estratificada segundo a OMS, 2021 - de adultos jovens 20 até 24 anos, adultos entre 25 até 59 anos e velhos de 60 a mais anos), de ambos os sexos masculino e ou feminino, que procura uma das unidades dos 08 (oito) territórios de saúde da APS do município de Palmas - Tocantins, para sanar suas demandas de saúde. Morador que reside em um dos territórios elencados, quando e durante atendimento no CSC nos meses das coletas de dados primários entre novembro de 2022 a abril de 2023.d.1);</i></p>

“Critérios de Inclusão: Público adulto jovem, entre 20 até 24 anos, adultos entre 25 até 59 anos e velhos de 60 a mais anos) que procura as unidades dos 8 (oito) territórios de saúde do município de Palmas - Tocantins, para sanar suas demandas de saúde. Morador que reside em um dos territórios, de ambos os sexos masculino e feminino, quando e durante atendimento nos Centros de Saúde da Comunidade, nos meses das coletas de dados primários novembro de 2022 a abril de 2023. Concordar em participar da pesquisa e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).”

“Critérios de Exclusão: Qualquer público masculino e ou feminino, fora da faixa etária adulto jovem, entre 20 até 24 anos, adultos entre 25 até 59 anos e velhos de 60 a mais anos). Que não reside em um dos territórios em saúde do município de Palmas - Tocantins, quando e durante atendimento nos Centros de Saúde da Comunidade, nos meses das coletas de dados primários novembro de 2022 a abril de 2023. Não concordar em participar da pesquisa e não assinar o TCLE.”

“Coleta dos dados: Constituição da equipe de pesquisa será composta pela pesquisadora/coordenadora do projeto e quatro auxiliares de pesquisa. Será feito treinamento dos auxiliares de pesquisa para coleta de dados antes e durante o processo das coletas de dados, com a finalidade de dirimir dúvidas. Farão parte da pesquisa, os usuários adultos, residentes e domiciliados no território onde CSC's estão localizados, a abordagem ao participante será direta, explicando a finalidade da pesquisa e importância da participação na entrevista. Será orientado sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A privacidade será preservada no início, durante e término da entrevista, será utilizado uma das salas de consultas do CSC, autorizado previamente pelo administrador da unidade. Para a entrevista será utilizado o questionário PCA-Tool-Brasil (adulto na versão extensa, 2020 diretamente google forms. O tempo de duração para cada entrevista será de 20 minutos (mínimo) a 30 minutos (máximo).”

Aspectos éticos: O projeto obedece à maioria dos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012; descreve os riscos e benefícios e medidas para minimizá-los; Apresenta TCLE e TCUD;

Cronograma: Apresenta o cronograma detalhado de todas as etapas para execução da pesquisa;

Orçamento: Apresenta o orçamento com descrição da fonte de custeio;

Referências bibliográficas: Apresenta todas as referências citadas no corpo e lista de referências e são, na maioria, artigos publicados e indexados;

Consta o termo de responsabilidade do pesquisador responsável assinado e com CPF? O termo de responsabilidade está assinado e carimbado pelo pesquisador responsável;

Observação a ser usada quando o projeto for de instituição externa:

ATENDER AS PRERROGATIVAS DA CARTA CIRCULAR DA CONEP 122/2012/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE FESP

- 1) A Instituição Proponente (aquela que propõe o projeto), portanto, todo projeto de pesquisa deve ser julgado pelo CEP da Instituição Proponente, onde poderá ser aprovado ou receber parecer de pendência ou ser reprovado.
- 2) É denominada de instituição coparticipante, aquela em que os pesquisadores desenvolverão alguma etapa da pesquisa nela ou recrutarão os participantes nela.
- 3) A instituição coparticipante pode ter um Comitê de Ética ou não.
- 4) Quando um Projeto de Pesquisa indicar que irá “utilizar” Instituição Coparticipante e for aprovado no CEP da Instituição Proponente ele seguirá para uma segunda etapa de análise, que será feita no CEP da Instituição Coparticipante (nesse caso CEP/FESP), onde poderá ser aprovado ou reprovado, ou receber um parecer de pendência, que deverá ser atendida pelos pesquisadores no prazo de até 30 dias.
- 5) Sendo o projeto reprovado pelo CEP da Coparticipante, o pesquisador deverá procurar outra, pois a(s) etapa(s) que seria(m) desenvolvida(s) nessa Instituição coparticipante não poderá(ão) ser desenvolvida(s).
- 6) Sendo aprovado pelo CEP da Coparticipante, o pesquisador poderá iniciar o desenvolvimento da(s) etapa(s) da Pesquisa nessa Instituição.
- 7) Uma autorização (Parecer) prévia de cada instituição coparticipante deve ser obtida pelos pesquisadores ANTES da submissão do projeto na Plataforma Brasil.

Observações finais do Parecerista da CAPP e do colegiado após reunião: Projeto científico de grande relevância ao município, exequível e bem escrito, que busca analisar a qualidade dos serviços de atenção primária em saúde, a partir do instrumento PCATool-Brasil (adulto, versão extensa, 2020) e do indicador ICSAP no município de Palmas – Tocantins.

DELIBERAÇÕES DA CAPP QUANTO AO PROJETO AVALIADO:

***Sugestões:** As sugestões descritas nas etapas de avaliação do projeto de pesquisa não têm obrigatoriedade de serem acatadas pelo pesquisador, mas podem ajudar na melhor clareza da pesquisa, avaliação e aprovação junto ao Comitê de Ética.

***Pendências:** As pendências descritas nas etapas de avaliação do projeto de pesquisa têm a obrigatoriedade de serem acatadas para aprovação pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da FESP.

* **Reprovação:** A reprovação do projeto de pesquisa ocorrerá quando a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas (CAPP) julgar que o estudo não apresenta legalidade, conhecimento, relevância e exequibilidade.

PARECER:

Aprovado

Pendência

Reprovado

Palmas, 21 de junho de 2022.


Karenina Bezerra Rodrigues Pegado

Coordenação do Núcleo de Pesquisa da Fundação Escola de Saúde de Palmas
Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas
E-mail: nupesfesp@gmail.com / Fone: (63) 3212 – 7166 / Horário: 13 às 18hs

Pontes

ANEXO D

Comprovantes de submissão dos artigos

Comprovante de submissão de manuscrito 1

E-Mail address change for Revista Latino-Americana de Enfermagem

Externa  Caixa de entrada x

Revista Latino-Americana de Enfermagem RLAE <onbehalf@manuscriptcentral.com>
para anaedith, mim ▾

sex., 1 de nov., 21:24 (há 6 dias) ☆ ↶

Dear Ms. Ana Edith Lima:

This e-mail address associated with your ScholarOne Manuscripts account has been successfully changed from anaedith@mail.ufr.edu.br to anaedith@discente.ufg.br. A copy of this email has been sent to both accounts as a security measure.


If you believe this change was made in error, please contact your administrator for assistance.

Sincerely,

ScholarOne Manuscripts

Comprovante de submissão de manuscrito 2

[Sustinere] Agradecimento pela submissão

Externa  Caixa de entrada x

Theriza Camello sustinere.uerj@gmail.com ppz_correio-sistemas.uerj.br
para Senhora ▾

sáb., 2 de nov., 22:32 (há 5 dias) ☆ ↶ ⋮

Prezado(a) autor(a) Senhora Ana Edith Farias Lima,

Agradecemos a submissão do trabalho "Variação dos atributos da atenção primária nos territórios de saúde de um município da região do Noite do Brasil" para a Revista Sustinere.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/authorDashboard/submission/87956>

Login: anaedith

Informamos que o prosseguimento do processo editorial inicial da sua submissão se encontra condicionado ao pagamento da taxa de submissão, no valor de R\$ 50,00, a ser destinado a encargos editoriais. As informações de pagamento seguem abaixo:

Conta Poupança ITAU (341) - Ag 0934 - 12832-3

Titular: Theriza Cristina F. Camello

CPF: 50464779715

Revista Latino-Americana de Enfermagem - Manuscript ID RLAE-2024-7797

01-Nov-2024

Dear Ms. Lima:

Your manuscript entitled "Avaliação dos atributos da Atenção de uma capital no norte do Brasil: um estudo transversal" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Your manuscript ID is RLAE-2024-7797.

Title: Avaliação dos atributos da Atenção de uma capital no norte do Brasil: um estudo transversal

Authors: Lima, Ana Edith; Maia, Ludmila; Silva, Luiz; Crescêncio, Estela; Duarte, Érika; Barbosa, Maria

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Sincerely,

Revista Latino-Americana de Enfermagem Editorial Office