

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS OFERTADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS PLANIFICADAS

Rosângela Nunes Almeida, Lawanda Kelly Matias de Macêdo, Maria Luiza Carvalho Paixão, Daniela Reis Joaquim de Freitas, Antonio Rosa de Sousa Neto, Andreia Nunes Almeida Oliveira, Gabriel Fernando Oliveira Ferreira, Joseneide Teixeira Câmara, Ana Carla Marques da Costa, Magnólia de Jesus Sousa Magalhães

RESUMO

Objetivou-se avaliar a satisfação de usuários dos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde em unidades básicas planejadas. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa e delineamento transversal realizada no município de Caxias-MA. Analisou-se 11 unidades planejadas. A população do estudo foi composta por 355 usuários. Utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool), durante os meses de janeiro a julho de 2019. Os dados coletados foram organizados com o auxílio da escala do tipo Likert, sendo os cálculos dos escores de cada atributo obtidos a partir da média aritmética simples. O escore foi considerado alto quando o escore geral foi maior ou igual a 6,6, visto que o referido ponto de corte equivale, numa escala de 1 a 4, ao escore 3. Constituiu-se o banco de dados através Software Excel, consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas. Constatou-se que dos dez atributos avaliados, apenas 3 seguintes apresentaram alto escore: “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” com 9,04 (IC: 8,83 - 9,25); a “Coordenação – Sistemas de Informação” com 8,71 (IC: 8,48 - 8,94) e o “Grau de Afiliação com Serviço de Saúde” com 6,67 (IC: 6,42 - 6,92). Sendo o escore essencial 6,09 e o escore geral 5,91. Deve-se aprofundar as discussões de estratégias de implementação da planificação da atenção à saúde para outras unidades, com vistas a ampliar e efetivar os serviços de saúde.

Palavras-chave: Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the satisfaction of users of services offered in Primary Health Care in planned basic units. This is an evaluative research, with a quantitative approach and cross-sectional design carried out in the city of Caxias-MA. 11 planned units were analyzed. The study population consisted of 355 users. The Primary Care Assessment Instrument (PCATool – Primary Care Assessment Tool) was used, during the months of January to July 2019. The collected data were organized with the help of the Likert-type scale, with the calculations of the scores for each attribute obtained from the simple arithmetic mean. The score was considered high when the general score was greater than or equal to 6.6, since the aforementioned cutoff point is equivalent, on a scale of 1 to 4, to score 3. The database was created using Excel software, consolidated through descriptive statistics techniques. It was found that of the ten attributes evaluated, only the following 3 presented a high score: “First Contact Access – Use” with 9.04 (CI: 8.83 - 9.25); “Coordination – Information Systems” with 8.71 (IC: 8.48 - 8.94) and “Degree of Affiliation with Health Service” with 6.67 (IC: 6.42 - 6.92). The essential score is 6.09 and the general score is 5.91. Discussions on strategies for implementing health care planning for other units should be deepened, with a view to expanding and implementing health services.

Keywords: Research on Health Services. Primary Health Care. Health Services. Quality of Health Care.

Revista da Rede APS 2024

Publicada em: 16/05/2024

DOI: 10.14295/aps.v6i1.316

Rosângela Nunes Almeida
(UEMA)

Lawanda Kelly Matias de Macêdo
(UEMA)

Maria Luiza Carvalho Paixão
(UEMA)

Daniela Reis Joaquim de Freitas
(UFPI)

Antonio Rosa de Sousa Neto
(UFPI)

Andreia Nunes Almeida Oliveira
(UFRJ)

Gabriel Fernando Oliveira Ferreira
(UEMA)

Joseneide Teixeira Câmara
(UEMA)

Ana Carla Marques da Costa
(UEMA)

Magnólia de Jesus Sousa
Magalhães
(UEMA)

Correspondência para:

Rosângela Nunes Almeida
(rnadasilva@hotmail.com)

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), levando em consideração a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Redes de Atenção à Saúde (RAS), possui como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual, tem como foco o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, o planejamento e implementação de ações públicas para a proteção da saúde, atuando na prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, assim como, na promoção da saúde (BRASIL, 2017).

Tendo em vista a execução do papel estratégico da atenção primária, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propôs a Planificação da Atenção à Saúde (PAS). Esta, é entendida como uma reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, através do planejamento das ações e serviços de atenção à saúde. Reorganização esta, que foi implantada inicialmente por meio de oficinas presenciais, com o desenvolvimento de atividades de dispersão, a fim de construir um plano de intervenção, apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização de todos os processos da APS (CONASS, 2019).

Visando atender às reais necessidades de saúde da população, têm se emergido instrumentos que buscam avaliar a qualidade da assistência prestada (NICOLA; PELEGRINI, 2018). Nesse contexto, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) têm sido um importante aliado, capaz de delimitar as várias faces do atendimento primário. Sendo capaz de avaliar a presença e extensão dos atributos presentes na APS, que podem ser subdivididos em essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (atenção à saúde, orientação comunitária e competência cultural) (RATES et al., 2017).

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a satisfação de usuários dos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde em unidades básicas planejadas. Tendo como

foco a investigação das dimensões de eficiência, efetividade e qualidade nos serviços de saúde analisados, para identificar os atributos e fragilidades a serem trabalhados pela gestão, com o intuito de potencializar a qualidade de atendimento.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa e delineamento transversal realizada no município de Caxias, de área de 5.196,769 km², situado na região leste do estado do Maranhão, a 374 quilômetros da capital São Luís, e a 70 quilômetros da capital piauiense (Teresina), com população estimada em 2019 de 164.880 habitantes (IBGE, 2020).

Segundo dados da Coordenação da APS e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2015). O município está estruturado com 58 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 21 na zona urbana e 11 na zona rural. Deste total de 32, o presente estudo avaliou todas as 11 unidades planejadas. A população do estudo foi composta por 355 usuários dos serviços ofertados nestes locais.

Para coleta de dados, utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool), formulário que permite por meio de entrevistas, identificar aspectos estruturais e processos dos serviços que necessitam de reafirmação ou reformulação na busca da qualidade para o planejamento e para a execução das ações da APS (BRASIL, 2010). A aplicação ocorreu durante os meses de janeiro a julho de 2019, na própria unidade, durante os seus horários de funcionamento, com duração média de 30 minutos.

Os dados coletados foram organizados e apresentados conforme suas especificidades em informações quantitativas, quando se referia às respostas das perguntas fechadas. Utilizou-se a escala do tipo Likert com cinco opções de resposta: “com certeza sim” (valor = 4); “provavelmente sim” (valor = 3); “provavelmente não” (valor = 2); “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 9). Para cálculo dos escores de cada atributo foi realizada a média aritmética simples dos valores das respostas dos itens, resultados que foram

transformados em escala de 0 a 10 por meio da seguinte fórmula (BRASIL, 2010):

Transformação dos escore =

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Para cálculo do escore essencial foi realizada a soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e do grau de filiação, dividido pelo número de componentes. Já o escore geral, foi obtido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, dos componentes que pertencem aos atributos derivados e do grau de afiliação, resultado que foi dividido pelo número total de componentes.

Foi construído um banco de dados com todas as informações quantitativas de cada participante utilizando o Software Excel (versão 13.0 for Windows). Dados estes que posteriormente foram consolidadas por meio das técnicas de estatísticas descritivas e apresentados sob a forma de tabela. O escore foi considerado alto quando o escore geral foi maior ou igual a 6,6, visto que o referido ponto de corte equivale, numa escala de 1 a 4, ao escore 3. Após estas etapas, procedeu-se a discussão dos achados com base na literatura produzida sobre o tema.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e aprovado sob parecer de nº 3.181.799. Aos participantes, foi apresentado primeiramente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura em duas vias, uma para ser arquivada pela pesquisadora responsável e outra para o participante. Ressalta-se que durante a realização da presente pesquisa, garantiu-se a autonomia, a confidencialidade e a privacidade dos participantes, assim como, todos os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos conforme a resolução de nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado da avaliação dos 355 usuários das 11 unidades planejadas constatou-se que dos dez atributos avaliados, apenas 3 seguintes apresentaram alto escore: “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” com 9,04 (IC: 8,83 - 9,25);

a “Coordenação – Sistemas de Informação” com 8,71 (IC: 8,48 - 8,94) e o “Grau de Afiliação com Serviço de Saúde” com 6,67 (IC: 6,42 - 6,92). Sendo o escore essencial 6,09 e o escore geral 5,91. Todos os indicadores podem ser observados na tabela 1.

Na figura 1 estão explanados os escores médios de todos os atributos avaliados. Nota-se que quanto mais perto centro, menos qualificado foi o atributo, estando sete atributos abaixo da média esperada. O “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, a “Integralidade – Serviços Prestados” e a “Orientação Familiar” se mostraram os mais baixos, respectivamente.

A avaliação dos atributos da APS faz-se cada vez mais necessária, pois os resultados podem servir de parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais, o que a longo prazo pode melhorar a qualidade da assistência prestada à população (NUNES, 2018). Além disso, ao se considerar a perspectiva dos usuários, esta avaliação promove a participação social e a reflexão acerca das práticas em saúde. Desse modo, ao avaliar espera-se que os resultados em sua maioria sejam satisfatórios, pois este achado demonstra que aquela APS é eficaz em suas ações de promoção, prevenção e recuperação, tendo uma abordagem universal ao agir visando a equidade (GONTIJO et al., 2017).

Neste estudo, os escores essencial e geral não apresentaram índices satisfatórios, com as suas pontuações sendo 6,09 e 5,91 respectivamente. Porém, é importante destacar que o escore essencial atingiu um valor próximo ao considerado como alto escore; tendo apenas 0,51 a menos, demonstrando que os padrões mínimos esperados da APS foram alcançados. Estando este valor, altamente influenciado pelos altos escores obtidos pelo acesso de primeiro contato (utilização), coordenação (sistemas de informação) e grau de afiliação com serviço de saúde. Já o menor valor do escore geral; com 0,61 a menos do esperado, pode ser atribuído as pontuações baixas de alguns dos atributos, somadas a adição da orientação familiar e da orientação comunitária.

Considerando os atributos separadamente, o grau de afiliação com o serviço de saúde corresponde à frequência na qual os usuários reconhecem aquele serviço ou os profissionais como referência para o atendimento em saúde. Esta variável foi considerada como satisfatória no presente estudo, porém é necessário destacar que esta variável é complexa e pode sofrer interferência da qualidade de assistência. Pois, em outro estudo realizado nas unidades básicas de saúde da família em Mossoró/RN, apesar do escore ter sido considerado como regular, as pessoas avaliadas relataram que a procura do espaço especificamente está associada principalmente aos serviços prestados, como os da sala de vacinas e o ambulatorial, mesmo que esta procura seja realizada de maneira esporádica (OLIVEIRA MORAIS; MORAIS; SANTIAGO, 2017).

Os dados referentes ao acesso de primeiro contato merecem notoriedade. Pois, este acesso ao ser realizado de forma eficaz, pode contribuir para a redução da morbimortalidade, do número de internações hospitalares, do tempo de resolução dos problemas de saúde, dos encaminhamentos desnecessários a especialistas, assim como, pode reduzir os custos dos serviços de saúde; resultando no uso eficiente de recursos, na atenção apropriada às necessidades e em melhores resultados em saúde para a população (PAULA et al., 2016).

Nesse contexto, para se avaliar a qualidade do acesso de primeiro contato deve-se dividir o mesmo em duas dimensões: a acessibilidade e a utilização (STARFIELD, 2002). A utilização está relacionada a junção do contato direto dos pacientes com aquilo que é ofertado, no presente estudo esta dimensão apresentou-se como excelente, se configurando como o maior escore (9,04), este resultado é congruente com o percurso de 30 anos do SUS, onde ocorreram importantes mudanças na atenção à saúde da população, ao ampliar as ofertas de serviços e de profissionais vinculados, assim como, ao aumento das possibilidades de acesso; embora ainda precise de melhorias (VIACAVA et al., 2018).

Referente a dimensão acessibilidade, na qual se deve ocorrer o acolhimento para avaliação dos riscos, o resultado apresentando foi o mais baixo de toda a avaliação (3,19). Esta pontuação identificou uma lacuna na prestação do serviço, que pode ter ocorrido devido a persistência de problemas tradicionais relacionados a organização onde os pacientes veem a dificuldade de atendimento, se configurando como um fator que a longo prazo acarreta na redução da procura por aquele serviço. Um exemplo é a ausência da marcação de consultas, que resulta no longo tempo de espera para a realização das mesmas, fazendo com que os usuários se dirijam logo aos serviços de urgência e emergência, sobrecarregando o sistema com problemas de simples resolução (DAMACENO et al., 2016).

Dando continuidade aos atributos essenciais está a longitudinalidade, definida como a prestação de cuidado ao longo do tempo, onde ocorre o vínculo de confiança entre o usuário e o profissional de saúde; possibilitando o conhecimento destes usuários por parte dos profissionais no contexto familiar e social, assim como dos seus comportamentos, hábitos e problemas de saúde, para que se possa realizar previamente as intervenções adequadas (STARFIELD, 2002; HARZHEIM, 2016; KESSLER et al., 2016). Nas unidades avaliadas, a longitudinalidade apresentou escore um pouco abaixo do esperado (6,10), o que demonstra a falta de vínculo dos profissionais com os seus pacientes.

Ao se considerar a longitudinalidade, faz-se necessário discorrer sobre a idades dos usuários, pois os maiores escores estão na faixa etária de 60 anos ou mais, evidenciando que as ações de saúde direcionadas aos idosos, também devem ser ampliadas para as demais faixas etárias (KESSLER et al., 2018). Outros fatores importantes, são os aspectos demográficos e sociais dos territórios em que os serviços de saúde estão inseridos, pois melhores resultados são provenientes de locais onde a população está abaixo dos 100 mil habitantes, e conseqüentemente ocorre a maior cobertura da ESF (KESSLER et al., 2019).

A coordenação também é outro atributo subdividido em duas dimensões, sendo elas a integração de cuidados e os sistemas de informação, ou seja, deve-se garantir os meios para que os usuários continuem sendo atendidos na rede de saúde, seja pelo acompanhamento com o mesmo profissional, seja pela documentação dos dados destes pacientes para a continuação dos cuidados (STARFIELD, 2002). Seguindo esta definição, consta na atual PNAB que é dever da coordenação elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, além de servir como o centro de comunicação entre os diferentes pontos de atenção, onde se deve garantir o cuidado dos usuários de forma horizontal, contínua e integrada, para a ocorrência da prestação cuidado integral (BRASIL, 2017).

Os resultados deste estudo vão de encontro aos de outra pesquisa realizada com o mesmo instrumento em uma estratégia saúde da família no interior do Pará, onde a dimensão integração de cuidados apresentou um baixo escore, enquanto a pontuação dos sistemas de informação foi considerada como alto escore (SOUZA et. al., 2019). Na primeira, a pontuação apresentou-se baixa principalmente em decorrência da necessidade atual de apoio as administrações com líderes ativos e proativos, assim como da atuação multiprofissional onde ocorra a efetiva comunicação tanto entre os próprios profissionais, como destes com os pacientes, possibilitando a partilha dos problemas e soluções para a resolução dos problemas enfrentados durante a prestação do cuidado (CAMPOS, 2017).

Segundo a Portaria nº1.820 de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, todas as pessoas podem ter acesso ao conteúdo de seu prontuário e de prontuários de outras pessoas desde que estas tenham autorizado, além disso, deve-se garantir o envio e fornecer uma cópia nos casos onde ocorre o encaminhamento para outro serviço de saúde ou a mudança de domicílio (BRASIL, 2009). Assim, diante das altas médias encontradas, pressupõe-se que os usuários, durante o retorno as suas consultas, detêm de boletins de atendimento; como fichas de

atendimento de emergência e resultado de exames de laboratoriais, bem como, possuem fácil acesso ao prontuário se necessário.

Prosseguindo com a discussão dos atributos está a integralidade, que apesar possuir um conceito difícil não é impossível de ser inserida na prática assistencial. É definida como a articulação entre as redes assistenciais, administradas por uma equipe multiprofissional e capacitada, onde o cuidado é prestado visando os aspectos biopsicossociais e espirituais da família e comunidade, provendo a saúde integral dos indivíduos. Sendo a ESF o nível de atenção à saúde o local mais indicado para esta abordagem, pois o frequente contato dos profissionais com os pacientes permite uma maior aproximação da realidade (SILVA et. al., 2018).

No instrumento utilizado, considerou-se duas dimensões para a integralidade: os serviços disponíveis, no qual o intuito é avaliar se os entrevistados detêm o conhecimento dos serviços que poderão precisar em algum momento, mesmo que ainda não tenham utilizado; e os serviços prestados, que tem como intuito identificar os serviços já recebidos pelos entrevistados durante a consulta (BRASIL, 2010). Diante da nota obtida nos dois domínios; 5,73 e 3,97 respectivamente, observa-se que muitas vezes os pacientes acreditam na disponibilidade e possibilidade de utilizar determinado serviço, mas na prática o mesmo não está disponível; realidade que é comum também em outras cidades avaliadas (PERILLO et al., 2020; DE ARAÚJO VIEIRA SÁ, 2019).

Por fim, foram avaliados os atributos orientação familiar e orientação comunitária que obtiveram como resultado um escore abaixo do esperado. Sendo importante ressaltar que em outros estudos o escore destas duas variáveis também se apresentou baixo, demonstrando mais uma lacuna dos nos serviços de saúde (PAULA et al, 2017). Levando em consideração este frequente problema, é necessário que durante a prestação de cuidado os profissionais de saúde investiguem os problemas comuns que podem acometer as famílias, assim como, perguntem a opinião dos mesmos ao planejar o tratamento, se reunindo

se necessário; já com relação a orientação comunitária os profissionais devem procurar reconhecer a necessidades e os problemas da comunidade, por meio da realização de visitas domiciliares.

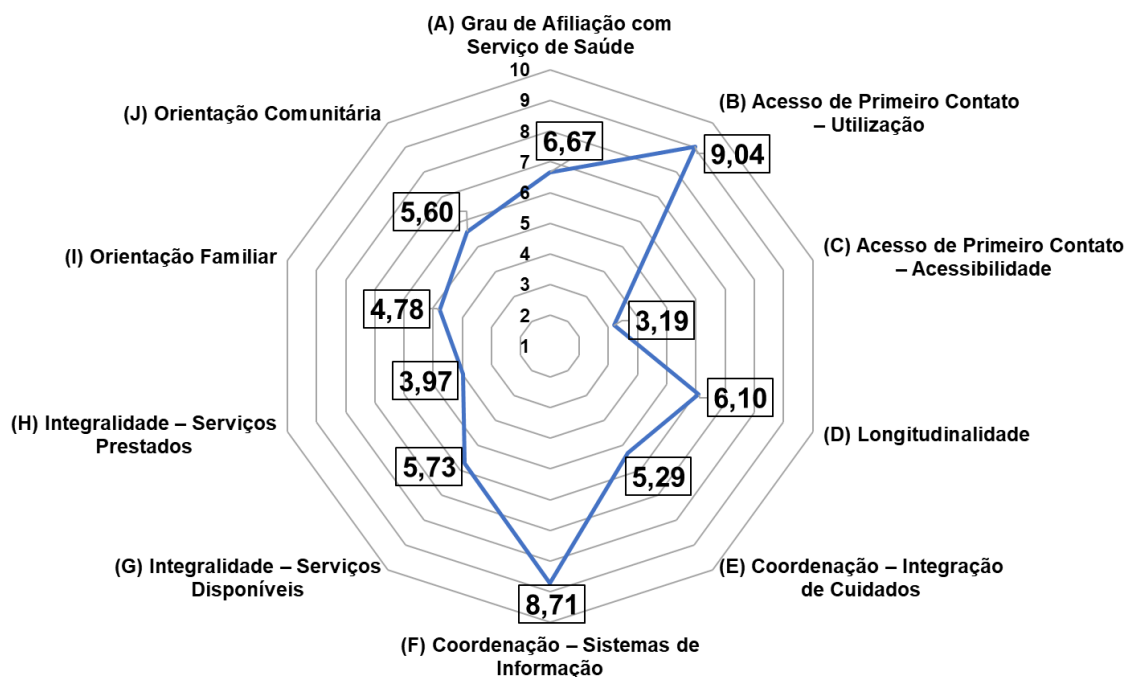
Tabela 1 – Atributos essenciais e derivados avaliados na Atenção Primária à Saúde em unidades básicas planejadas. Caxias-MA, 2019 (n=355).

Atributos da Atenção Primária a Saúde	Escore Médio	Moda	Mediana	Desvio Padrão	IC* (95%)
(A) Grau de Afiliação com Serviço de Saúde	6,67*	6,66	6,66	2,41	6,42 - 6,92
(B) Acesso de Primeiro Contato – Utilização	9,04*	10,00	10,00	1,96	8,83 - 9,25
(C) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	3,19	3,33	3,33	1,59	3,05 - 3,33
(D) Longitudinalidade	6,10	6,40	6,33	1,74	5,92 - 6,28
(E) Coordenação – Integração de Cuidados	5,29	5,00	5,00	3,02	4,81 - 5,77
(F) Coordenação – Sistemas de Informação	8,71*	10,00	10,00	2,10	8,48 - 8,94
(G) Integralidade – Serviços Disponíveis	5,73	5,90	5,43	2,22	5,46 - 6,00
(H) Integralidade – Serviços Prestados	3,97	1,53	3,83	2,65	3,68 - 4,26
(I) Orientação Familiar	4,78	3,33	3,33	2,99	4,45 - 5,11
(J) Orientação Comunitária	5,60	6,66	6,10	2,83	5,27 - 5,93
Escore essencial			6,09		
Escore geral			5,91		

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

*IC: Intervalo de Confiança de 95%. **Atributos com alto escore (≥6,6).

Figura 1 - Escores médios dos atributos essenciais e derivados avaliados na Atenção Primária à Saúde em unidades básicas planejadas. Caxias-MA, 2019.



DISCUSSÃO

Embora a APS seja considerada fundamental para a efetividade dos serviços de saúde, ainda enfrenta vários desafios na função de organizadora e coordenadora do cuidado em saúde. Os atributos essenciais e derivados apresentaram resultados insatisfatórios, mas mesmo assim, os padrões mínimos esperados da APS foram alcançados. A acessibilidade, a longitudinalidade, a integração de cuidados, os serviços disponíveis, os serviços prestados, a orientação familiar e a orientação comunitária foram as principais dificuldades para eficácia da APS nas Unidades Planejadas.

Ademais, esta realidade relaciona-se aos efeitos da fragmentação das ações e serviços de saúde e do subfinanciamento, decorrentes da fragilidade do modelo de atenção, caracterizados por uma tripla carga de doenças, com prevalência das condições crônicas, e ainda, pouca integração da APS com os demais níveis de atenção à saúde.

As oficinas teórico-práticas realizadas durante o processo de implementação da planificação da atenção à saúde mostraram-se efetivas e favorecedoras da adesão à organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, o que poderá contribuir para subsidiar planejamento das estratégias para facilitar ao atendimento, garantindo melhor qualidade de vida aos usuários e menores custos ao sistema de saúde.

Como lacunas a serem preenchidas por futuros estudos, deve-se aprofundar as discussões de estratégias de implementação da planificação da atenção à saúde para outras unidades, com vistas a ampliar e efetivar os serviços de saúde.

Dessa forma, é necessário consolidar os atributos essenciais e derivados já desenvolvidos pelos profissionais e avaliados pelos usuários, mas também permitir que os domínios quantificados com médias menores sejam aperfeiçoados, na relação de sujeitos implicados e produtores de saúde.

Finalmente, pressupõe-se que os resultados deste estudo possam favorecer para que a orientação familiar e comunitária do cuidado na APS passe a ser alvo de atenção para profissionais e gestores na prática assistencial, fazendo valer o direito da população de usufruir de um atendimento de qualidade no SUS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: Informações Estatística. Brasília, 2015.
3. _____. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
4. _____. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. Brasília, 2010.
5. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº1.820 de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasil. Brasília, 2009.
6. CAMPOS, L.C. Integração de Cuidados: A Reforma que Falta! RPMI [Internet], v. 24, n. 4, p. 259-61, 29 de dezembro de 2017.
7. CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Caderno CONASS Documenta N°31. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.
8. DAMACENO, A.N. et al. Acesso de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. Rev. APS, v. 19, n.1, p. 122- 138, jan./mar., 2016.
9. DE ARAÚJO VIEIRA SÁ, L. Y. B. A Avaliação da Atenção Primária: um olhar preliminar através do PCATool em Manaus, Amazonas. APS EM REVISTA, v. 1, n. 2, p. 98–111, 2019.
10. GONTIJO, T.L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. Saúde em Debate, [S.L.], v. 41, n. 114, p. 741-752, set. 2017.
11. HARZHEIM, E. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Ciênc Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p.1399-408, 2016.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil/ Maranhão/ CAXIAS. 2020. [Acesso em 8 de julho de 2020]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/caxias/panorama>>.
13. KESSLER, M. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. Acta Paul Enfer. V. 32, n. 2, p. 186-93, 2019.
14. KESSLER, M. et al. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. Rev Bras Enferm [Internet], v. 71, n. 3, p.1063-71, 2018.
15. KESSLER, M. et al. Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. Evidentia [Internet], v. 13, n. 53, 2016.
16. NICOLA, T.; PELEGRINI, A.H.W. Avaliação em Saúde nos serviços de Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Journal Of Nursing And Health, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 1-2, 14 maio 2018.
17. NUNES, L.O. et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Revista Panamericana de Salud Pública, [S.L.], v. 42, p. 1-2, 2018.
18. OLIVEIRA MORAIS, J.M.; MORAIS, F.R.R.; SANTIAGO, C.M.C. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos First contact access in primary health care for children from 0 to 9 years old. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 11º de julho de 2017 [citado 9º de abril de 2024]; 9(3):848-56.
19. PAULA, C.C. et al. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, jan./mar., 2016.

20. PAULA, W.K.A.S.D. et al. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cadernos Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 242-248, 10 jul. 2017.
21. PERILLO, R. D. et al. 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. *Rev Bras Epidemiol*; 23: E200013. Supl.1, 2020.
22. RATES, 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.
23. REICHERT, A.P.D.S. et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016.
24. SILVA, M. F. F. et. al. Integralidade na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos De Vida E Saúde No Contexto Social*, 6, 394–400, 2018.
25. SOUZA, B. R. et. al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma Estratégia Saúde da Família no interior do Pará: Utilização Do PCATool-versão Brasil. *APS em Revista*. Vol. 1, n. 2, p. 112/120| maio/agosto, 2019.
26. STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
27. VIACAVAL, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751- 1762, 2018.