

AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE RECIFE – PE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS

Avaliação da Atenção Primária à Saúde

Evaluation of the Primary Care Network in the city of Recife-PE from the perspective of users

Evaluation of the Primary Health Care

Resumo

Introdução: A Atenção Primária à Saúde tornou-se a principal porta de entrada e o primeiro contato do usuário com as redes de atenção à saúde, sendo de fundamental importância a sua efetivação nos municípios para a melhoria do sistema de saúde do Brasil. Nesse contexto, é imprescindível identificar a real aplicabilidade do modelo de serviço de saúde, juntamente com os seus impasses, tendo a percepção dos usuários como um importante instrumento de avaliação desses serviços. **Objetivos:** Avaliar os atributos da atenção primária à saúde do Recife-PE sob a ótica dos usuários. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, analítico-descritivo, transversal. Teve como participantes 80 usuários adultos cadastrados nas Unidades de Saúde do Recife. Aplicou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool – usuários adultos, versão reduzida. **Resultados:** Os componentes Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato –Utilização– e Coordenação –Integração do cuidado– atingiram escores médios superiores a 6,6, sendo bem avaliados. A dimensão Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade– obteve escore inferior a 6,6, não atingindo a média estabelecida como desejável, comprometendo o alcance pleno do atributo Acesso de Primeiro Contato. Quanto à análise de relação entre a avaliação dos atributos e as variáveis sociodemográficas, apenas houve correlação entre a faixa etária e o acesso de primeiro contato –Utilização–. **Conclusões:** Embora os usuários reconheçam a Unidade de Saúde da Família como principal recurso de atenção à saúde e a valorizam como coordenadora do cuidado, ainda há dificuldades na acessibilidade ao serviço de saúde, necessitando de novas estratégias que direcionem maneiras de ampliação ao acesso.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract

Introduction: Primary Health Care has become the main gateway and first contact the user has with the health care networks, being fundamental its accomplishment among cities to improve the Brazilian Health System. In this context, it is necessary to identify the real applicability of the health service model, along with its limitations, considering the perception of users as an important tool for evaluating these services. **Objective:** To evaluate the attributes of primary health care in Recife-PE from the perspective of users. **Materials and Methods:** Observational, analytical-descriptive, cross-sectional study. Participants were 80 adult registered users in the Health Units of Recife. The Primary Care Assessment Tool - adult users, reduced version was applied. **Results:** The components Degree of Affiliation, First Contact Access – Utilization- and Coordination - Integration of care - reached average scores above 6.6, being well evaluated. The dimension First Contact Access - access to care - obtained scores below 6.6, not reaching the desirable established average, not allowing the full reach of the First Contact Access attribute. Regarding the relationship between the assessment of attributes and sociodemographic variables, there was only a correlation between the age group and the first contact access - utilization. **Conclusions:** Although users have been recognizing the Primary Care Health Centers as the main health care resource and value it as a care coordinator, still remain difficulties in the access to care into the health service, being necessary new strategies that make possible an increase in the access to the health care system.

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

Introdução

A partir da Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser compreendida como parte integrante e essencial dos sistemas de saúde, que tenham por objetivo garantir acesso universal, equânime, integral e sustentável à população assistida.¹

No Brasil, o Programa de saúde da família (PSF), instituído em 1994, foi essencial para o fortalecimento da APS no país, ampliando o acesso aos cuidados à saúde, com ações que priorizam a promoção de saúde a partir do acompanhamento contínuo dos usuários, considerando o contexto familiar e comunitário, com equipes multiprofissionais atuando mais próximas da população e da comunidade. Em virtude dos excelentes resultados obtidos, após pouco mais de uma década de implantação, no ano de 2006, o PSF passou a ser reconhecido como a principal estratégia de reorganização da APS no Brasil, passando a se chamar de Estratégia de Saúde da Família (ESF).²

Diante dessa conjuntura, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³ que, em sua última atualização, realizada em 2017, definiu a Atenção Básica (AB) como o “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.”^{3,4}

Expoente nos estudos relacionados a APS, Bárbara Starfield⁵ sistematizou uma definição operacional da APS amplamente referenciada, inclusive internacionalmente, sendo também adotada pelo Ministério da Saúde no Brasil. A partir dessa, é possível identificar os atributos essenciais aos serviços de APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Ademais, os três atributos derivados que qualificam as ações dos serviços de APS são: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural.^{5,6}

Um serviço de saúde que apresenta os quatro atributos essenciais pode ser considerado como um provedor de APS, e, no caso de apresentar também os atributos derivados, tem o seu poder de interação com a família e a comunidade aumentado, potencializando, assim, os atributos essenciais.⁵

Há evidências sólidas, em diversas regiões do Brasil, da importância da APS para a manutenção da saúde da população, de acordo com diversos estudos que mostram uma forte relação da expansão da ESF com a redução de várias causas de mortalidade e morbidade no País.⁷ Como evidenciado em pesquisas realizadas no nordeste brasileiro, que apontou um impacto significativo na diminuição dos casos de hanseníase em consonância com o aumento da cobertura dos serviços de ESF.⁸ Outro estudo realizado em um município da região sudeste, mostrou associação da redução da mortalidade infantil com o maior acesso às equipes de saúde da família (eSF's).⁹

Apesar disso, como citado por Sousa e Hamann¹⁰, observam-se algumas dificuldades para a solidificação e expansão da ESF nos municípios, como dificuldade de acesso, a falta de articulação na rede assistencial e subfinanciamento. Além do mais, poucos estudos são direcionados a avaliar a efetividade e a qualidade da ESF de acordo com suas particularidades. Nesse caso, a percepção dos usuários é um excelente indicador para avaliação dos serviços de saúde, pois a perspectiva do usuário implica um julgamento sobre as características dos serviços e fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção.^{11,12}

Em busca realizada nas bases bibliográficas de dados MEDLINE, via PubMed e SciELO, não foi observado nenhum estudo direcionado à avaliação dos serviços da APS

segundo a visão dos usuários adultos no nordeste brasileiro, portanto, este estudo tem o objetivo de apresentar uma avaliação da presença de dois atributos essenciais, o acesso de primeiro contato e a coordenação do cuidado, da rede de atenção primária do município do Recife em Pernambuco (PE) através da percepção dos usuários.

Materiais e Métodos

Amostra e tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional analítico-descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa. O contexto sociodemográfico foi o município do Recife -PE e sua rede de APS que possui uma divisão administrativa em 8 distritos sanitários, do qual fazem parte 132 Unidades de Saúde da Família (USF) com população cadastrada e equipes multiprofissionais a elas vinculadas. As equipes de saúde da família cobrem cerca de 969.500 indivíduos, o que representa 59%¹³ da população. Os participantes selecionados para essa pesquisa pertencem à população cadastrada nas unidades de saúde do Recife.

Para a amostra do presente estudo, oito unidades de saúde foram selecionadas através de método probabilístico, por sorteio, em que foram consideradas todas as USF's dos oito distritos sanitários da região do Recife, e uma unidade de cada distrito foi sorteada para fazer parte da amostra. De cada unidade selecionada, 10 usuários foram entrevistados, formando a amostra da pesquisa com um total de 80 pessoas.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Associação Educacional de Ciências da Saúde (AECISA) de Recife em 08/08/2019, sob Parecer nº 3.494.949 (CAAE: 15856319.9.0000.5569).

Delineamento da pesquisa

A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde entre agosto e outubro de 2019. Foram 2 dias de visitas em cada unidade de saúde, com intervalos entre eles de 17 a 18 dias, a fim de abordar diferentes dias da semana, para que fossem entrevistados públicos de atividades diversificadas na unidade. Tal fato teve o objetivo de evitar viés de seleção, afastando a possibilidade de selecionar um perfil específico de usuário, como só gestantes ou participantes de programas de controle de doenças crônicas.

Na unidade de saúde, foram entrevistados 5 usuários por dia, aleatoriamente, na sala de espera das USF's, enquanto os mesmos aguardavam o atendimento. A duração da entrevista foi de aproximadamente 15 minutos.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critério de inclusão, os entrevistados possuíam idade igual ou maior que 18 anos e eram usuários cadastrados em unidade de saúde do Recife que foram assistidos pelo serviço nos últimos 12 meses.

Procedimentos

Para a avaliação dos serviços de saúde, existem vários instrumentos que podem ser aplicados, um deles foi criado por Starfield⁵ na Johns Hopkins Primary Care Policy Center, o PCATool (Primary Care Assessment Tool), um instrumento de Avaliação da Atenção Primária, apresentado originalmente em versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto) e a profissionais de saúde. Este instrumento possui como alicerce o modelo de avaliação de qualidade dos serviços

de saúde apresentado por Donabedian¹², o qual considera a tríade “estrutura, processo e resultado”, como sendo importantes informações sobre a qualidade dos cuidados.

Mesmo havendo outros instrumentos para avaliação da APS, o PCATool foi considerado o mais completo e adequado para mensurar os atributos necessários a APS, pois essa versão original mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e atributos derivados da APS. Esse instrumento vem sendo muito utilizado no Brasil, inclusive é o instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde.⁶

O PCATool, já validado em outros países, foi validado no Brasil e recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil, que se consolidou como um importante instrumento para avaliar serviços de saúde. A versão validada do PCATool do Adulto contém 87 itens, divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS disponibilizado por meio do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.^{6,14}

Porém, vários autores já se utilizaram de adaptações reduzidas desse instrumento, inclusive no Brasil. Neste presente estudo, o instrumento foi usado em uma versão modificada, composto por onze questões que avaliaram a presença e extensão de dois atributos essenciais e suas respectivas dimensões: acesso de primeiro contato – utilização e acessibilidade; coordenação - integração do cuidado. Além disso, foi avaliado a dimensão grau de afiliação.

Os entrevistados foram convidados a responder às perguntas (Quadro 1), baseando-se na sua experiência da última consulta na rede de atenção primária do Recife-PE, nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. Nas perguntas, os participantes tiveram que optar por uma das cinco respostas possíveis organizadas em uma escala Likert: “Certamente, sim” (pontuação = 4); “Provavelmente sim” (pontuação = 3); “Provavelmente não” (pontuação = 2); “Certamente não” (pontuação = 1); e “Não sei ou não me lembro” (pontuação = 0).

Quadro 1 - Questionário utilizado na entrevista, uma versão reduzida do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) – usuários adultos.

Dimensões avaliadas	Perguntas
Grau de Afiliação	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?
Acesso de primeiro contato – Utilização	Quando você tem um novo problema de saúde, você vem à sua unidade de saúde antes de ir a outro serviço de saúde? Quando você tem que consultar um especialista, o seu médico/enfermeiro da sua unidade de saúde tem que encaminhar você obrigatoriamente?
Acesso de primeiro contato – Acessibilidade	É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) na sua unidade de saúde? Quando você chega na sua unidade de saúde, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

Coordenação – Integração do cuidado	Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento na sua unidade de saúde?
	O seu médico/enfermeiro sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?
	O seu médico/enfermeiro discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?
	O seu médico/enfermeiro escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?
	O médico/ enfermeiro sabe quais foram os resultados desta consulta?
	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)?

Os dados coletados passaram por uma revisão dos questionários para verificar a legibilidade e a qualidade da informação coletada. Após isso, os questionários foram agrupados conforme as unidades de saúde de cada região e distrito. Para digitação dos dados, foi utilizado o software Microsoft Excel® 2019 e realizado dupla digitação, em épocas e por pessoas diferentes, que comparou posteriormente os dois bancos e corrigiu eventuais erros ou inconsistências. Somente depois de comparados os bancos é que o banco de dados definitivo foi utilizado para análise estatística, no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21, no qual se realizou tanto a análise descritiva das variáveis quanto o teste qui-quadrado de Pearson para verificar associação entre as variáveis qualitativas. O nível de significância adotado para os testes foi de 5% e o intervalo de confiança, de 95%.

O cálculo do escore de desempenho da APS seguiu o manual do PCATool-Brasil⁶ do Ministério da Saúde. Foi calculado o escore da APS para cada uma das dimensões analisadas. Cada componente foi avaliado pela média aritmética dos questionários correspondentes. Todas as pontuações, para cada um dos atributos, foram posteriormente transformadas em uma escala que varia de 0 (zero) a 10 (dez) pontos. A padronização para a escala 0-10 foi feita da seguinte forma: $[(\text{Escore obtido} - 1) \times 10]/3$.

Para análise dos escores, os valores iguais ou superiores a 6,6 foram considerados de alto escore, pois corresponde a respostas para as opções 3 (provavelmente, sim) ou 4 (com certeza, sim) na escala original do instrumento. Os resultados foram apresentados por meio de descrições das frequências relativas e absolutas.

Resultados

Foram entrevistados 80 usuários, vinculados a 8 USF's do Recife, em Pernambuco. Quanto ao perfil dos entrevistados, notou-se que a maioria era do sexo feminino (82,50%), adultos entre 25 e 59 anos (52,50%), com renda familiar de até 1 salário mínimo (63,75%) e com composição familiar de 4 pessoas ou mais (42,50%). 68,75% se autodeclararam pretos ou pardos e 57,50% possuíam 10 anos de estudo ou mais. (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a média dos escores gerais e as respectivas porcentagens do alto e do baixo escore de cada dimensão: grau de afiliação, acesso de primeiro contato - utilização, acesso de primeiro contato - acessibilidade e coordenação - integração do cuidado. Constatou-

se que o Grau de Afiliação, acesso de primeiro contato - utilização e coordenação - integração do cuidado atingiram escore médio superior a 6,6, sendo assim bem avaliados. O componente acesso de primeiro contato - acessibilidade obteve escore inferior a 6,6.

As Tabelas 3, 4, 5 e 6 detalham a variabilidade da avaliação das dimensões em relação aos fatores sociodemográficos contemplados neste estudo. Ao analisar cada dimensão separadamente, identificou-se que apenas um componente do atributo “acesso de primeiro contato” (dimensão “utilização”) se relacionou com um dos fatores considerados. Em valores percentuais, a avaliação dos usuários com 60 anos ou mais se associou com um melhor “acesso de primeiro contato – utilização”, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,036$). (tabela 4)

As demais dimensões (grau de afiliação, acesso de primeiro contato- acessibilidade e coordenação – integração dos cuidados), conforme tabelas 3, 5 e 6, foram avaliados de forma homogênea em relação às variáveis consideradas ($p > 0,05$).

Discussão

A incorporação da opinião do usuário na avaliação dos serviços de saúde tem sido valorizada e relacionada à melhora na adesão ao tratamento, à relação médico-paciente e à maior adequação no uso do serviço. Nas últimas décadas, diversos estudos, nacionais^{11,15} e internacionais^{16,17}, têm incluído o ponto de vista dos usuários nos processos avaliativos, tendo uma significativa importância na contribuição para os estudos em APS, uma vez que permite intervenções mais adequadas para solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde.

Em se tratando das dimensões avaliadas, o grau de afiliação visa identificar o serviço que serve como referência para o usuário, funcionando como fonte regular de atenção a sua saúde. Os resultados deste estudo mostraram que essa dimensão obteve o maior escore (8,9) entre todos os componentes avaliados. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Duarte et al²⁰ que avaliou a opinião dos usuários atendidos nas UBS's de um município da região centro-oeste de Minas Gerais e observou que o grau de afiliação foi uma das dimensões mais bem avaliadas no estudo. A avaliação positiva dessa dimensão reflete a importância da equipe de saúde da família para os usuários que, muitas vezes, possuem apenas na APS o referencial de cuidado à saúde, ratificando o que é preconizado nas bases organizativas da PNAB³, quanto à capacidade de vinculação e responsabilização do cuidado por parte das eSF's, sendo fundamentais para a efetivação da atenção básica como primeiro contato da rede de atenção à saúde.

No que diz respeito a cada um dos atributos da APS, a garantia do acesso de primeiro contato, em suas dimensões de utilização e acessibilidade, está relacionada com o uso da APS como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, sendo fonte de cuidado a cada novo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. Esse atributo é constituído pela dimensão utilização que diz respeito aos processos estabelecidos no atendimento aos usuários e pela acessibilidade a qual remete à estrutura disponível.

O componente utilização obteve um alto escore (7,7), em semelhança com o estudo de Araújo et al²¹ que avaliou a perspectiva da qualidade do cuidado na APS em pessoas idosas e teve a utilização como a melhor dimensão avaliada entre todos os atributos. Esse resultado demonstra que o processo de trabalho das equipes em relação ao primeiro contato é muito bem avaliado, evidenciando a presença de uma inter-relação entre o serviço de APS e o receptor do cuidado.

Em relação à dimensão acessibilidade, obteve-se escore abaixo do desejado (3,3). Diversas pesquisas já realizadas evidenciaram que é a pior dimensão avaliada^{15,22}, corroborando

com os resultados do presente estudo. Os usuários percebem o acesso ao serviço da APS como algo burocrático e demorado, o que representa a não valorização da ESF como locus capaz de resolver problemas de saúde da população. Portanto, os usuários tendem a buscar outras formas de conseguir atendimento a demandas que poderiam ser solucionadas na APS, sobrecarregando, assim, outros serviços e comprometendo o alcance pleno do atributo acesso de primeiro contato da APS.¹⁵

O componente coordenação - integração de cuidado é considerado pilar da concepção estruturante e complexa da APS, em que pressupõe alguma forma de continuidade do cuidado, seja por meio de acompanhamento pelo mesmo profissional e/ou pelos prontuários médicos, seja pelo reconhecimento dos problemas abordados em outros serviços.⁶ Essa dimensão também recebeu avaliação positiva na percepção dos usuários (6,8). O resultado está em consonância com a pesquisa de Araújo et al²² que foi realizada nas UBS's de um município do Paraná e identificou um alto score da dimensão coordenação – integração do cuidado sob a perspectiva dos cuidadores de crianças menores de 12 anos. Por sua vez, a avaliação positiva desse atributo indica a presença de articulação entre os diversos níveis assistenciais. No entanto, apesar de ser considerado bem avaliado, o resultado 6,8 está próximo ao ponto de corte considerado para baixo score (<6,6), isso mostra que há uma fragilização dos processos de coordenação e continuidade do cuidado ao longo da rede de atenção à saúde.

Na avaliação das dimensões da APS quando analisados comparativamente em relação aos diferentes fatores sociodemográficos, não se verificou diferença estatisticamente significativa, com exceção do componente acesso de primeiro contato - utilização em relação à faixa etária. Percebeu-se que, em valores percentuais, a avaliação positiva do item utilização foi maior entre os idosos com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), o que revela uma melhor avaliação desse atributo pelos idosos. Alves et al²³ encontrou resultados semelhantes quando avaliou usuários do sexo masculino em um município da Paraíba. Esse resultado pode estar relacionado há uma maior utilização dos usuários pelo serviço de saúde em função da idade, fato que pode ser explicado pelas doenças crônicas decorrentes do envelhecimento, necessitando de acompanhamento a longo prazo.

Na presente pesquisa observou-se uma predominância do sexo feminino no perfil dos usuários, em que há uma concordância com diversos estudos realizados tanto nacionais^{24,25} quanto internacionais¹⁶. Isso remete a uma situação social em que a mulher assume papel nuclear na família em relação aos cuidados com a saúde, acessando com mais frequência os serviços de saúde, em comparação ao sexo masculino. Embora os homens possuam maiores taxas de morbimortalidade, eles resistem mais a buscar assistência à saúde, dificultando a avaliação da percepção masculina para os serviços de saúde em geral.

Embora a amostra desse trabalho tenha representação de usuários dos oito distritos sanitários do Recife-PE, deve-se considerar como limitação a representabilidade quanto ao número de USF's, tendo assim um caráter mais exploratório por abarcar 8 das 132 USF's da cidade do Recife. Todavia, apesar da limitação indicada, ficou evidente a importância da APS para os usuários, visto que reconhecem de maneira satisfatória componentes essenciais como o grau de afiliação, o acesso de primeiro contato – utilização e a coordenação – integração do cuidado. Além disso, identificou-se que ainda há muitas barreiras a serem enfrentadas com relação à saúde, mas uma das mais importantes a serem vencidas é a do acesso. Portanto, sugere-se, ainda, que sejam realizados estudos que visem subsidiar conhecimento com a finalidade de promover um melhor acesso à atenção primária, sobretudo com vistas a garantia da acessibilidade estruturalmente.

Conclusão

Os escores evidenciados pelo instrumento de avaliação PCATool-Brasil demonstraram

que os usuários da APS no município do Recife - PE consideram a USF como fonte contínua de atenção às suas necessidades de saúde ao longo da vida. Porém, ficou claro que os usuários encontram dificuldades na acessibilidade ao serviço de saúde. Portanto, apesar da APS ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, percebeu-se a necessidade de mudanças no sentido de tornar o serviço menos burocrático.

Constatou-se também que a posição da USF como centro coordenador do cuidado nos demais níveis assistenciais é reconhecida. No entanto, a avaliação indica que esse atributo ainda necessita de aperfeiçoamentos. Além disso, observou-se que a faixa etária mais idosa apresenta melhores avaliações no quesito da utilização do acesso de primeiro contato com a USF, sendo um ponto positivo já que muitos idosos necessitam de acompanhamento a longo prazo por causa de doenças crônicas decorrentes da idade.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa permitam subsidiar a reformulação e execução de ações de melhoramento no âmbito da política de saúde municipal e nacional, bem como do fortalecimento da avaliação em saúde na ESF pela perspectiva do usuário.

Referências Bibliográficas

1. OPAS/OMS. Declaração-Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde [Internet]. 1978. Available from: <http://www.opas.org.br>
2. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2 ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2012.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional da atenção básica. 2012.
4. Costa EC, Cristina F, Pinto DL, Israel P, Lira C. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. 2020;18:85–100.
5. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília; 2002. 726 p.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília DF; 2010. 82 p.
7. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate. 2018;42(spe1):18–37.
8. Araújo KMDFA, Lana FCF. Relação da Hanseníase com a cobertura da Estratégia Saúde da Família e condições socioeconômicas. Cienc y Enferm. 2020;26.
9. Brentani A, Grisi SJFE, Taniguchi MT, Ferrer APS, Bourroul MLM, Fink G. Rollout of community-based family health strategy (programa de saúde de família) is associated with large reductions in neonatal mortality in São Paulo, Brazil. SSM - Popul Heal. 2016;2:55–61.
10. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Cien Saude Colet. 2009;14(1):1325–35.
11. Zils ADA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2016;4(16):270–6.
12. Donabedian A. La calidad de la atención medica: definición, método e evaluación. Mexicana LPM, editor. México; 1984.
13. RECIFE, Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife 2018-2021. 2018;95.

14. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013;8(29):274–84.
15. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde em Debate*. 2017;41(114):741–52.
16. Wei X, Li H, Yang N, Wong SYS, Owolabi O, Xu J, et al. Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. *PLoS One*. 2015;10(3):1–15.
17. Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, Pasarín MI, Borrell C. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2607–18.
18. Duarte AGS, Gontijo TL, Guimarães EAA, Cavalcante RB, Belo VS, Silva GS. Fatores associados ao desempenho de serviços da atenção primária à saúde. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2019;32:1–10.
19. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cien Saude Colet*. 2014;19(8):3521–32.
20. Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1447–54.]
21. Alves AN, Coura AS, França ISX, Magalhães IMO, Rocha MA, Araújo RS. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200072.
22. Guibu IA, Moraes JC, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 2:17s):1s-13s.
23. Bandeira D, Damaceno AN, Weiller TH, Lopes LFD. Evaluation of the Coordination of Care By Users of Primary Health Care Services. *Rev Min Enferm*. 2020;24:1–9.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos usuários da atenção primária em Recife, PE, Brasil, 2019.

Variáveis		Usuários APS (N = 80*)			
		n	%	IC 95% [†]	
Sexo	Feminino	66	82,50%	73,10%	89,60%
	Masculino	14	17,50%	10,40%	26,90%
Idade	Entre 18 e 24 anos	16	20,00%	12,39%	29,74%
	Entre 25 e 59 anos	42	52,50%	41,63%	63,19%
	60 anos ou mais	22	27,50%	18,64%	37,96%
Cor/Raça	Branco	15	18,75%	11,39%	28,33%
	Pretos e Pardos	55	68,75%	58,07%	78,10%
	Outros	10	12,50%	6,61%	21,04%
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo [‡]	51	63,75%	52,88%	73,65%
	De 1 a 2 salários mínimos	25	31,25%	21,90%	41,93%
	Mais do que 2 salários mínimos	4	5,00%	1,71%	11,45%
Composição Familiar	Até 2 pessoas	22	27,50%	18,64%	37,96%
	3 pessoas	24	30,00%	20,80%	40,62%
	4 pessoas ou mais	34	42,50%	32,09%	53,44%
Escolaridade	Sem escolaridade	5	6,25%	2,42%	13,15%
	Até 9 anos de estudo	29	36,25%	26,35%	47,12%
	10 anos de estudo ou mais	46	57,50%	46,56%	67,91%

Legenda: APS – Atenção Primária à saúde; *N = 80 corresponde a população total da amostra; [†]IC 95% - Intervalo de 95% de confiança; [‡]Salário mínimo vigente no período da pesquisa era de R\$ 998,00.

Tabela 2 - Valores médios das dimensões e os respectivos percentuais de avaliação de alto e de baixo escore de cada dimensão avaliada.

Dimensões	Valor Médio* (0-10)	Alto Escore (≥ 6,6)	Baixo Escore (< 6,6)	Não Avaliado
	Média (IC 95% [†])	n (%)	n (%)	n (%)
Grau de Afiliação	8,9 (8,2- 9,6)	71 (88,75%)	9 (11,25%)	-
Acesso de primeiro contato - Utilização	7,7 (7,2- 8,2)	63 (78,75%)	17 (21,25%)	-
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	3,3 (2,7- 3,9)	11 (13,75%)	69 (86,25%)	-
Coordenação - Integração do cuidado	6,8 (6,2- 7,3)	36 (45,00%)	24 (30,00%)	20 (25,00%)

Legenda: * Corresponde à média aritmética dos escores da APS avaliados de acordo com cada uma das dimensões, numa escala de 0-10; [†] IC 95%: Intervalo de 95% de confiança

Tabela 3 - Associação do componente Grau de Afiliação com as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Grau de Afiliação (N = 80)			Valor de p*
	Baixo escore (0)	Alto escore (10)	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	8 (12,12%)	58 (87,88%)	66 (100,00%)	1,00
Masculino	1 (7,14%)	13 (92,86%)	14 (100,00%)	
Idade				
Entre 18 e 24 anos	0 (0,00%)	16 (100,00%)	16 (100,00%)	0,249
Entre 25 e 59 anos	7 (16,67%)	35 (83,33%)	42 (100,00%)	
60 anos ou mais	2 (9,09%)	20 (90,91%)	22 (100,00%)	
Cor/Raça				
Branços	1 (6,67%)	14 (93,33%)	15 (100,00%)	0,646
Pretos e Pardos	6 (10,91%)	49 (89,09%)	55 (100,00%)	
Outros	2 (20,00%)	8 (80,00%)	10 (100,00%)	
Renda Familiar				
Até 1 salário mínimo	4 (7,84%)	47 (92,16%)	51 (100,00%)	0,288
De 1 a 2 salários mínimos	5 (20,00%)	20 (80,00%)	25 (100,00%)	
Mais do que 2 salários mínimos	0 (0,00%)	4 (100,00%)	4 (100,00%)	
Escolaridade				
Sem escolaridade	0 (0,00%)	5 (100,00%)	5 (100,00%)	0,852
Até 9 anos de estudo	4 (13,79%)	25 (86,21%)	29 (100,00%)	
10 anos de estudo ou mais	5 (10,87%)	41 (89,13%)	46 (100,00%)	

Legenda : *Teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 4 - Associação do componente Acesso de Primeiro Contato - Utilização com as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Acesso de Primeiro Contato - Utilização (N = 80)			Valor de p*
	Baixo escore (< 6,6)	Alto escore (≥ 6,6)	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	12 (18,18%)	54 (81,82%)	66 (100,00%)	0,162
Masculino	5 (35,71%)	9 (64,29%)	14 (100,00%)	
Idade				
Entre 18 e 24 anos	6 (37,50%)	10 (62,50%)	16 (100,00%)	0,036 [†]
Entre 25 e 59 anos	10 (23,81%)	32 (76,19%)	42 (100,00%)	
60 anos ou mais	1 (4,55%)	21 (95,45%)	22 (100,00%)	
Cor/Raça				
Branços	3 (20,00%)	12 (80,00%)	15 (100,00%)	1,000
Pretos e Pardos	12 (21,82%)	43 (78,18%)	55 (100,00%)	
Outros	2 (20,00%)	8 (80,00%)	10 (100,00%)	
Renda Familiar				
Até 1 salário mínimo	11 (21,57%)	40 (78,43%)	51 (100,00%)	0,811
De 1 a 2 salários mínimos	6 (24,00%)	19 (76,00%)	25 (100,00%)	
Mais do que 2 salários mínimos	0 (0,00%)	4 (100,00%)	4 (100,00%)	
Escolaridade				
Sem escolaridade	0 (0,00%)	5 (100,00%)	5 (100,00%)	0,742
Até 9 anos de estudo	7 (24,14%)	22 (75,86%)	29 (100,00%)	
10 anos de estudo ou mais	10 (21,74%)	36 (78,26%)	46 (100,00%)	

Legenda : *Teste qui-quadrado de Pearson; [†]Valor de p < 0,05.

Tabela 5 - Associação do componente Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade com as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (N = 80)			Valor de p*
	Baixo escore (< 6,6)	Alto escore (≥ 6,6)	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	59 (89,39%)	7 (10,61%)	66 (100,00%)	0,095
Masculino	10 (71,43%)	4 (28,57%)	14 (100,00%)	
Idade				
Entre 18 e 24 anos	15 (93,75%)	1 (6,25%)	16 (100,00%)	0,423
Entre 25 e 59 anos	37 (88,10%)	5 (11,90%)	42 (100,00%)	
60 anos ou mais	17 (77,27%)	5 (22,73%)	22 (100,00%)	
Cor/Raça				
Branços	13 (86,67%)	2 (13,33%)	15 (100,00%)	1,000
Pretos e Pardos	37 (67,27%)	18 (32,73%)	55 (100,00%)	
Outros	8 (80,00%)	2 (20,00%)	10 (100,00%)	
Renda Familiar				
Até 1 salário mínimo	46 (90,20%)	5 (9,80%)	51 (100,00%)	0,280
De 1 a 2 salários mínimos	20 (80,00%)	5 (20,00%)	25 (100,00%)	
Mais do que 2 salários mínimos	3 (75,00%)	1 (25,00%)	4 (100,00%)	
Escolaridade				
Sem escolaridade	4 (80,00%)	1 (20,00%)	5 (100,00%)	0,482
Até 9 anos de estudo	24 (82,76%)	5 (17,24%)	29 (100,00%)	
10 anos de estudo ou mais	41 (89,13%)	5 (10,87%)	46 (100,00%)	

Legenda : *Teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 6 - Associação do componente Coordenação - Integração do Cuidado com as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Coordenação - Integração do cuidado (N = 80)				Valor de p*
	Baixo escore (< 6,6)	Alto escore (≥ 6,6)	Não avaliado	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo					
Feminino	19 (28,79%)	33 (50,00%)	14 (21,21%)	66 (100,00%)	0,106
Masculino	5 (35,71%)	3 (21,43%)	6 (42,86%)	14 (100,00%)	
Idade					
Entre 18 e 24 anos	7 (43,75%)	5 (31,25%)	4 (25,00%)	16 (100,00%)	0,476
Entre 25 e 59 anos	12 (28,57%)	18 (42,86%)	12 (28,57%)	42 (100,00%)	
60 anos ou mais	5 (22,73%)	13 (59,09%)	4 (18,18%)	22 (100,00%)	
Cor/Raça					
Branços	5 (33,33%)	7 (46,67%)	3 (20,00%)	15 (100,00%)	0,983
Pretos e Pardos	16 (29,09%)	25 (45,46%)	14 (25,45%)	55 (100,00%)	
Outros	3 (30,00%)	4 (40,00%)	3 (30,00%)	10 (100,00%)	
Renda Familiar					
Até 1 salário mínimo	14 (27,45%)	26 (50,98%)	11 (21,57%)	51 (100,00%)	0,575
De 1 a 2 salários mínimos	8 (32,00%)	9 (36,00%)	8 (32,00%)	25 (100,00%)	
Mais do que 2 salários mínimos	2 (50,00%)	1 (25,00%)	1 (25,00%)	4 (100,00%)	
Escolaridade					
Sem escolaridade	1 (20,00%)	4 (80,00%)	0 (0,00%)	5 (100,00%)	0,501
Até 9 anos de estudo	7 (24,14%)	14 (48,28%)	8 (27,59%)	29 (100,00%)	
10 anos de estudo ou mais	16 (34,78%)	18 (39,13%)	12 (26,09%)	46 (100,00%)	

Legenda : *Teste qui-quadrado de Pearson

ANEXO 1 - Normas para submissão da Revista de Atenção à Saúde

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓	Importante: Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.
✓	O trabalho é inédito, ou seja, não foi submetido nem publicado em outro periódico nacional ou internacional.
✓	Os autores se comprometem, caso o artigo seja aprovado, a converter o texto para o idioma inglês, sendo os custos da tradução responsabilidade dos autores. Será solicitado o envio de documento comprovando que o trabalho de tradução foi realizado por profissional habilitado para realizar a tarefa.
✓	É obrigatório informar a afiliação institucional: Universidade (nome), Departamento/Unidade (ex: programa de mestrado área X), Setor/Área (ex: Instituto de Pesquisa X, etc) e sua localização geográfica (Cidade, Estado e País). Os autores que não tiverem afiliação institucional deverão informar que são autônomos ou vinculados em algum instituto de pesquisa, órgão ou empresa privada, etc., e devem identificar a localização geográfica (Cidade, Estado e País)
✓	É obrigatório o preenchimento do número do "ORCID" de todos os autores: (https://orcid.org/0000-0000-0000-0000).

Diretrizes para Autores

1. O manuscrito deve conter o texto integral (não ultrapassando 21 (vinte e uma) páginas (incluindo referências, figuras, tabelas e anexos), sem identificação do(s) autor(es), estar digitado com fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço simples e 2,5 centímetros de margens, e elaborado na sequência abaixo, com todas as páginas numeradas, com início na página de título[1].
2. **Página de título e Identificação.** A página de identificação deve conter os seguintes dados: a) *Título do manuscrito* em letras maiúsculas; b) *Título para as páginas do artigo*: indicar um título curto para ser usado no cabeçalho das páginas do artigo (língua portuguesa e inglesa), não excedendo 60 caracteres;c) *Palavras-chave*: uma lista de termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) deve ser incluída (versões em português e inglês).
3. A Revista de Atenção à Saúde (RAS) usa o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavras-chave) a serem utilizados no artigo(<http://decs.bvs.br>).
4. **Resumo.** Para autores brasileiros, o resumo deve ser escrito em língua portuguesa e língua inglesa. Para os demais países, apenas em língua inglesa. Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, deve ser escrita em folha separada e colocada logo após a página de título. O resumo deve ser apresentado em formato estruturado, incluindo os seguintes itens separadamente: *Introdução, Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões*. Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas.
5. **Abstract.** Em caso de submissão em língua portuguesa, o *título*, o *resumo* estruturado e as *palavras-chave* do artigo devem ser traduzidos para o inglês sem alteração do conteúdo.
6. **Texto.** Após o *Resumo* e o *Abstract*, incluir as páginas referentes ao texto do manuscrito com ou sem setores destacados, conforme o tipo de manuscrito: *comunicação, relato de caso (estudo de caso), artigo original e artigo de revisão*. Abaixo segue breve relato dos principais setores a serem destacados:Para artigo original: Introdução- deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor(es) a empreender a pesquisa. Materiais e Métodos - forneça detalhes suficientes para viabilizar a reprodução do trabalho. Métodos já publicados devem ser indicados por uma referência, apenas as modificações relevantes devem ser descritas. Esta seção deve descrever a população estudada, a amostra a ser analisada e os critérios de seleção; também deve definir claramente as variáveis em estudo e descrever detalhadamente os métodos estatísticos empregados (incluindo referências apropriadas sobre métodos estatísticos e software). Procedimentos, produtos e equipamentos devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir por ventura a reprodução do estudo. *Neste item deverá estar explícito a aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa), portanto apresentando o número do protocolo.* Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido. Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão. Conclusão - deve ser breve, apoiada nos resultados e relacionada ao(s) objetivo(s). Pode apontar futuros encaminhamentos para o tema desenvolvido.Para comunicação, relato de caso:
7. **ATENÇÃO:** Utilizar os mesmos critérios que foram apresentados no ARTIGO ORIGINAL. Para artigo de revisão: Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autores a empreender a pesquisa. Desenvolvimento - utilizada nos artigos de revisão de literatura, deverá apresentar a descrição da revisão de literatura feita ou não em setores determinados pelos autores. Conclusão – deve ser breve, apoiada nos resultados e relacionada ao(s) objetivo(s). Pode apontar futuros encaminhamentos para o tema desenvolvido.Após o texto, de qualquer natureza, incluir: a) Agradecimentos. Quando apropriados, os agradecimentos poderão ser incluídos, de forma concisa, no final do texto, antes das Referências Bibliográficas, especificando: assistências técnicas, subvenções para a pesquisa e bolsa de estudo e colaboração de pessoas que merecem reconhecimento (aconselhamento e assistência). Os autores são responsáveis pela obtenção da permissão, por escrito, das pessoas cujos nomes constam dos *Agradecimentos*.
8. **Referências Bibliográficas.** As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html> ou <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n3/0301.pdf> - Versão em português).As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.
9. **Notas de Rodapé.** Devem ser evitadas.
10. **Tabelas e Figuras** Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Figuras. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas.
11. O artigo deve ser digitado no "Template" disponibilizado pela RAS, sem quaisquer alterações na formatação, em:

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/libraryFiles/downloadPublic/17