

# Avaliação dos atributos da Atenção Primária a Saúde com mulheres em idade reprodutiva

*Assessment of the attributes of Primary Health Care with women of reproductive age*  
*Evaluación de los atributos de la Atención Primaria de Salud con mujeres en edad fértil*

**Débora Cristina Martins<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4226-5288

**Giordana Maronezzi da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7125-8258

**Giovanna Brichi Pesce<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1859-7987

**Carlos Alexandre Molena Fernandes<sup>11</sup>**

ORCID: 0000-0002-4019-8379

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

<sup>11</sup>Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil.

## Como citar este artigo:

Martins DC, Silva GM, Pesce GB, Fernandes CAM. Assessment of the attributes of Primary Health Care with women of reproductive age. Rev Bras Enferm. 2022;75(3):e20210015. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0015>

## Autor Correspondente:

Débora Cristina Martins

E-mail: [martinsdebora344@gmail.com](mailto:martinsdebora344@gmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

**Submissão:** 28-01-2021 **Aprovação:** 06-07-2021

## RESUMO

**Objetivos:** avaliar a qualidade dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com a caracterização e perspectiva de mulheres em idade reprodutiva. **Métodos:** pesquisa descritiva, quantitativa, de delineamento transversal, com 397 mulheres em idade reprodutiva de seis municípios da 16ª Regional de Saúde do estado do Paraná, com variáveis para caracterização sociodemográfica e o Instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). **Resultados:** média da idade, 30,43 anos, maioria era casada, 70,2% trabalhavam fora e 55,5% tinham ensino médio completo. O maior escore médio dos oito domínios avaliados foi "Orientação Familiar" e "Coordenação – Integração de Cuidados", com médias 5,86 e 4,89. Domínios "Integralidade – Serviços Prestados" e "Orientação Comunitária" tiveram menores médias (3,32 e 3,76). **Conclusões:** o estudo permitiu traçar a caracterização das participantes e identificar que os atributos da Atenção Primária estão insatisfatórios, sendo necessário ampliar o acesso aos serviços ofertados e qualificar o cuidado integral à saúde da mulher. **Descritores:** Saúde da Mulher; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde da Mulher; Assistência Integral à Saúde.

## ABSTRACT

**Objectives:** to evaluate the quality of Primary Health Care attributes according to the characterization and perspective of women of reproductive age. **Methods:** descriptive, quantitative, cross-sectional study, with 397 women of reproductive age from six municipalities in the 16th Health Region of the state of Paraná, with variables for sociodemographic characterization and the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Results:** mean age, 30.43 years old, most were married, 70.2% worked outside the home and 55.5% had completed high school. The highest average score of the eight domains evaluated was "Family Guidance" and "Coordination – Integration of Care", with averages of 5.86 and 4.89. Domains "Integrity – Services Provided" and "Community Orientation" had lower averages (3.32 and 3.76). **Conclusions:** the study allowed tracing the characterization of the participants and identifying that the attributes of Primary Care are unsatisfactory, making it necessary to expand access to the services offered and to qualify the comprehensive care for women's health. **Descriptors:** Women's Health; Primary Health Care; Health Assessment; Women's Health Services; Comprehensive Health Care.

## RESUMEN

**Objetivos:** evaluar la calidad de atributos de la Atención Primaria de Salud conforme la caracterización y perspectiva de mujeres en edad fértil. **Métodos:** investigación descriptiva, cuantitativa, de delineamento transversal, con 397 mujeres en edad fértil de seis municipios de la 16ª Regional de Salud del estado de Paraná, con variables para caracterización sociodemográfica y el Instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). **Resultados:** mediana de edad, 30,43 años, mayoría era casada, 70,2% trabajaban fuera y 55,5% hicieron bachillerato completo. El mayor escore mediano de los ocho dominios evaluados fue "Orientación Familiar" y "Coordinación – Integración de Cuidados", con medianas 5,86 y 4,89. Dominios "Integralidad – Servicios Prestados" y "Orientación Comunitaria" tuvieron menores medianas (3,32 y 3,76). **Conclusiones:** el estudio permitió trazar la caracterización de las participantes e identificar que los atributos de Atención Primaria están insatisfactorios, siendo necesario ampliar el acceso a servicios ofertados y calificar el cuidado integral de salud para mujer. **Descriptorios:** Salud de la Mujer; Atención Primaria de Salud; Evaluación en Salud; Servicios de Salud para Mujeres; Atención Integral de Salud.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) está estruturada como uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde em seu primeiro nível de atenção, com abordagem aos problemas mais comuns na população. Dentre os serviços ofertados, estão a prevenção de doenças, cura e reabilitação com intuito de ofertar saúde e bem-estar aos usuários do Sistema Único de Saúde<sup>(1)</sup>.

A APS se sobressai por diferentes modelos, dentre eles destacam-se as Ações Programáticas em Saúde. Também organiza e racionaliza os recursos destinados à promoção, manutenção e melhorias da saúde, sendo um modelo de mudança da prática clínico-assistencial para os profissionais de saúde, indivíduos e comunidade<sup>(2)</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), no Brasil, tem prioridade na APS em expansão e consolidação quanto às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que são ofertadas aos indivíduos e coletividade por meio da reorientação do processo de trabalho. Tais ações têm potencial para aumentar o nível de resolutividade, além da relação custo-efetividade relacionada aos serviços de saúde ofertados à população<sup>(2)</sup>. Importante destacar que a ESF tem como objetivo a reformulação do modelo assistencial para concretização do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(3)</sup>.

Na rotina dos serviços de APS, é evidente a presença de mulheres jovens<sup>(4)</sup>, em idade reprodutiva. Geralmente esses atendimentos são para consultas médicas e tratamentos curativos, além de consultas ginecológicas, realização de pré-natal, ações educativas e preventivas direcionadas à saúde da mulher. Importante ressaltar que a mulher também acompanha os filhos e outros familiares nos serviços de saúde<sup>(5)</sup>. Porém, acredita-se que, de acordo com as políticas públicas de saúde, ainda haja insuficiência na resolutividade relacionada aos problemas de saúde nessa população e falta de ações efetivas por parte das equipes de saúde inseridas na APS<sup>(6)</sup>.

Sobre essas fragilidades, é preciso enfatizar que a atenção à saúde da mulher deve ser abrangente, estendendo-se à assistência materno-infantil e a determinados problemas na fase reprodutiva e englobando todo o ciclo vital em suas distintas fases. Desse modo, se torna essencial estudar as mulheres em idade reprodutiva, tendo em vista que são jovens e passíveis de prevenção de doenças. É muito importante que os profissionais de saúde saibam aproveitar as diversas oportunidades em que as mulheres estão na APS buscando por cuidados essenciais e saber implementá-los de modo universal, longitudinal, abrangente e integral, o que ainda é um grande desafio na APS<sup>(7)</sup>.

Considerando as lacunas sobre a demanda de atendimentos, observa-se que elas se referem a diagnóstico e tratamento de doenças na APS para as mulheres em idade reprodutiva<sup>(8)</sup>. Vale ressaltar a necessidade da integralidade do cuidado à saúde dessas mulheres e a ampliação dos serviços em rede na APS, com disponibilidade de profissionais capacitados, espaço físico com equipamentos adequados e suficientes<sup>(9)</sup>.

No entanto, para suprir essa demanda, é imprescindível considerar os atributos da APS para ofertar serviços resolutivos e de qualidade. Destaca-se que ainda há muitos desafios relacionados ao enfrentamento das mudanças advindas do perfil social, demográfico e de morbimortalidade nessa população<sup>(10)</sup>. Acredita-se que, com essas mudanças, tenha havido mais exposições a fatores de risco e

aumento das doenças crônicas nas populações mais jovens, sendo importante considerar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na APS e não somente diagnóstico e tratamento<sup>(11)</sup>.

A proposta de saúde integral à mulher visa ao atendimento em todos os ciclos de vida<sup>(7)</sup>, porém, na prática, a integralidade da assistência ainda não ocorre, visto que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a mulher em diferentes áreas específicas, como prevenção de doenças crônicas, climatério, infertilidade, saúde mental e saúde ocupacional<sup>(5-7)</sup>.

A avaliação no campo da APS no Brasil vem sendo direcionada pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>(12)</sup>. Ela tem um desempenho importante no aperfeiçoamento dos eixos de intervenção para dar subsídio ao processo de decisão compartilhada, com intuito de rever as práticas profissionais, reorganizar o método de trabalho nos diversos contextos da APS, administrar recursos, readequar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e redefinir objetivos lógicos com projetos de saúde estabelecidos com a ESF<sup>(3,7)</sup>.

Destarte, ao serem realizados estudos de avaliação, tem-se a probabilidade de conhecer a percepção das mulheres em idade reprodutiva sobre os serviços ofertados e modelos de atenção relacionados às práticas de cuidado e de gestão em saúde implementadas, a fim de que a APS atue como coordenadora dos cuidados e organizadora da rede de serviços ofertados<sup>(4)</sup>. Desse modo, há necessidade de avaliação do desenvolvimento dos serviços ofertados na APS para responder a essas demandas exclusivas.

## OBJETIVOS

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde de acordo com a caracterização e perspectiva de mulheres em idade reprodutiva.

## MÉTODOS

A metodologia aplicada a essa pesquisa é apresentada nas seções que seguem.

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Paraná – Unespar, campus de Paranavaí, e atende a todas as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Para acesso às mulheres em idade reprodutiva nas instituições de saúde da APS, obteve-se autorização formal das secretarias de saúde dos municípios do estudo, por meio do termo de aceite assinado pelos secretários de saúde. Todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Desenho, período e local do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, avaliativa, de abordagem quantitativa e delimitação transversal, realizada em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois Centros de Saúde e duas Clínicas da Mulher, localizadas na zona urbana de seis municípios pertencentes à 16ª Regional de Saúde, ao norte do estado do Paraná, Brasil, cujo modelo de atenção é a ESF. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2019 a setembro de 2020, nas dependências das instituições selecionadas, mediante entrevistas

realizadas individualmente. Os critérios consolidados para essa metodologia foram norteados pela ferramenta STROBE.

### População, critérios de inclusão e exclusão

Considerou-se a população de 111.658 mulheres em idade reprodutiva de 17 municípios da 16ª Regional de Saúde, ao norte do estado do Paraná, de acordo com dados do Departamento de Informações da Atenção Básica (E-SUS AB). A seleção amostral objetivou cobrir geograficamente toda a regional. Foi adotado o processo de amostragem aleatória estratificada, de duplo estágio, tendo em conta o número de mulheres em idade reprodutiva de cada município e o tamanho do município (pequeno: até 10.000; médio: entre 10.001 e 50.000; grande: acima de 50.001 habitantes), sendo levadas em consideração ainda razões logísticas de exequibilidade. Desse modo, após estratificação dos municípios, foram sorteados seis municípios da 16ª RS.

Posteriormente, procedeu-se à randomização da amostra estratificada por número de mulheres em idade reprodutiva de cada município. O tamanho amostral original foi determinado com base em uma prevalência de 50% do desfecho, com garantia de uma amostra com máximo de população possível, para controle de nível de erro e confiança. Ponderando um alfa de 5% e um poder estatístico de 80%, foi obtida uma amostra de 397 mulheres, com acréscimo de 10% para cobrir eventuais perdas.

A população de mulheres entrevistadas em cada município sorteado foi proporcional ao número de mulheres cadastradas no E-SUS AB e à média de mulheres atendidas nas instituições onde aconteceu a pesquisa. Foram entrevistadas 431 mulheres; sete desistiram da pesquisa no meio da entrevista por motivos de tempo, chamada para atendimentos e outros; e 27 instrumentos da pesquisa foram descartados pelo preenchimento ilegível ou incompleto. Assim, a amostra final totalizou 397 mulheres em idade reprodutiva de 18 a 49 anos de idade.

As participantes foram recrutadas para a pesquisa à medida que compareciam às instituições dos municípios selecionados para realizar consultas médicas, coleta de exame preventivo, pré-natal e outros, de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino. Enquanto aguardavam os atendimentos, os pesquisadores faziam acolhimento com uma breve triagem, convidavam para participar da pesquisa, e os dados eram coletados em salas ou consultórios disponíveis para manter a privacidade das mulheres.

Como critérios de inclusão, foram elegíveis para a pesquisa mulheres com idade entre 18 e 49 anos, que foram atendidas anteriormente pelo menos uma vez nos últimos dois anos por uma equipe da ESF. Foram excluídas as mulheres em idade reprodutiva que, no momento da pesquisa, não apresentavam boas condições de saúde física (dificuldade de falar, andar ou sobre efeito de medicamentos) ou foram submetidas a algum procedimento prévio que impedisse a participação no estudo.

### Protocolo do estudo

A equipe de pesquisa foi composta por acadêmicos do último ano do curso de graduação de Enfermagem de uma instituição de ensino privada, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem que não tinham nenhuma relação com os serviços. Eles foram devidamente capacitados pela coordenadora da pesquisa para realização das

entrevistas, com orientações para buscar um ambiente acolhedor e com privacidade para as mulheres no decorrer da pesquisa.

Para coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro é considerado uma ficha clínica para caracterização das mulheres, com dados sobre idade, religião, escolaridade, estado civil, dados sociodemográficos, estilo de vida, comportamentos de risco, presença de doenças crônicas, antecedentes ginecológicos e obstétricos. O segundo é o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), utilizado para verificar a presença e a extensão dos atributos de Atenção Primária à Saúde (APS) nos serviços de saúde. Tais atributos são classificados em “essenciais” e “derivados”<sup>(13)</sup>.

Os atributos essenciais são assim caracterizados por estarem relacionados a um serviço de Atenção Básica direcionado à população em geral, sendo os pilares dos serviços provedores de Atenção Primária. Esses atributos são classificados em quatro eixos: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da Atenção. Os atributos derivados são Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Os atributos derivados classificam as ações em Atenção Primária à Saúde, expandindo seu poder de interação com os indivíduos e comunidade em geral<sup>(13-14)</sup>.

O PCATool é composto por 88 alternativas. As respostas para cada uma delas consistem nas seguintes escolhas: “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). A média de escore avaliada para cada componente é calculada pela soma do valor das alternativas dividida pelo número de alternativas<sup>(8,10)</sup>. Os serviços considerados de boa qualidade são aqueles classificados com escore de 6,6 ou mais, sendo que valores abaixo de 6,6 referem-se a serviços de baixa qualidade na APS<sup>(13-14)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Para análise estatística, todas as respostas foram tabuladas com dupla entrada em um banco de dados organizado no software Microsoft Excel e, posteriormente, analisadas por meio do software R (*R Development Core Team*, 2016), versão 3.6.2. Com intuito de caracterizar as participantes da pesquisa, realizou-se uma análise descritiva dos resultados, obtendo-se tabela com frequência absoluta e relativa.

Para a descrição das pontuações dos domínios e dos itens dos atributos avaliados negativamente, foram utilizados a média aritmética simples e o desvio-padrão. O escore final de cada atributo foi alcançado pelo cálculo da média relacionada às respostas das entrevistadas, cujo valor de ponto de corte foi  $\geq 3$  (que é o valor correspondente a 6,6 em escala de 0 a 10), considerado como satisfatório, ou orientado, ou seja, aceitável para os serviços da APS. Já os escores inferiores a 6,6 indicam desempenho insatisfatório. Quanto ao escore geral, a média foi obtida entre os componentes dos atributos essenciais e os componentes dos atributos derivados. O valor atribuído aos escores (E) foi considerado uma escala-padrão que varia de 0 a 10, utilizando a seguinte fórmula:

$$E = [(escore - 1) \times 10] / 3(10)$$

### RESULTADOS

No total, foram entrevistadas 397 mulheres em idade reprodutiva. Quase dois terços (69,2%) são residentes no município 1, sendo

considerado de maior porte. Já as demais se dividem entre o município 2, considerado de médio porte (9,32%); e quatro municípios (os de número 3, 4, 5 e 6) de pequeno porte (21,42%), totalizando seis municípios. Em relação à idade, observa-se que 45,09% estão na faixa etária de 21 a 30 anos, sendo que a idade média é de 30,43 anos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição de frequências das características sociodemográficas de mulheres em idade reprodutiva de seis municípios da 16ª Regional de Saúde (n = 397), norte do estado do Paraná, Brasil, 2020

Variável	n	%
Cidade		
Município 1	275	69,2
Município 2	37	9,4
Município 3	26	6,6
Município 4	24	6,0
Município 5	11	2,7
Município 6	24	6,0
Idade (anos)		
De 18 a 20	41	10,3
De 21 a 30	179	45,0
De 31 a 40	131	33,0
De 41 a 49	46	11,5
Trabalham fora		
Sim	239	60,3
Não	158	29,7
Estudante	40	10,0
Religião		
Católica	273	68,7
Evangélica	81	20,4
Espírita	11	2,7
Ateu	5	1,2
Outras	27	6,8
Escolaridade		
Nenhuma	01	0,2
Ensino fundamental incompleto	32	8,0
Ensino fundamental completo	38	9,5
Ensino médio incompleto	106	26,7
Ensino médio completo	116	29,2
Ensino superior incompleto	68	17,1
Ensino superior completo	36	9,0
Estado civil		
Casada ou em união estável	246	61,9
Solteira	120	30,2
Divorciada	28	7,0
Outros	3	0,7
Cor/raça		
Branca	239	60,2
Preta	50	12,5
Parda	105	26,4
Indígena	3	0,7

Analisando os resultados das pontuações (que podem variar entre 0 e 10 pontos) dos diferentes domínios de avaliação da Atenção Primária à Saúde, obtidas por meio do instrumento PCATool, observa-se na Tabela 2 que apenas no Domínio E (Coordenação – Integração de Cuidados) não foi possível calcular a pontuação para todas as participantes da pesquisa, uma vez que 31,99% apontaram que não sabem/não lembram se foram consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado quando estavam em acompanhamento.

Nota-se que o maior escore médio entre os oito domínios avaliados é o referente ao I (Orientação Familiar), seguido do E (Coordenação – Integração de Cuidados), com médias de 5,86 e 4,89 pontos, respectivamente, destacando-se que nenhum dos domínios apresentou escore médio superior ao valor de referência 6,66, estabelecido como limite entre alto e baixo escore.<sup>12</sup> Por outro lado, as menores médias são referentes aos Domínios H (Integralidade – Serviços Prestados) e J (Orientação Comunitária), com médias de 3,32 e 3,76 pontos, respectivamente.

Considerando agora os escores agrupados, tanto dos domínios essenciais (de C a H), quanto dos derivados (I e J), vê-se que as médias foram de 4,28 e 4,81 pontos, respectivamente, ao passo que o escore médio geral foi de 4,42 pontos (Tabela 2).

No que diz respeito a alguns atributos essenciais e derivados avaliados pelas mulheres como insatisfatórios (considerando o critério de corte), encontram-se na Tabela 3 os escores médios obtidos. Destaca-se que apenas 11 dos 81 itens avaliados apresentaram escores médios superiores a 6,6 pontos, o valor de corte utilizado para classificação satisfatória.

Já entre os itens avaliados negativamente, observa-se que no Domínio C (Acesso de Primeiro Contato), o item que apresentou menor escore médio foi o de C6 (“Quando o seu serviço de referência está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém desse serviço atende você no mesmo dia?”), de 0,74 pontos em uma escala de 0 a 10 pontos, sendo o menor também entre todos os itens avaliados e o único inferior a 1 ponto.

Todos os itens dos Domínios D (Longitudinalidade) e I (Orientação Familiar) apresentaram escores médios superiores a 3 pontos, enquanto para os Domínios E (Coordenação – Integração de Cuidados), F (Coordenação – Sistema de Informações) e J (Orientação Comunitária) todos os escores médios foram maiores que 2 pontos.

Em contrapartida, para o Domínio G (Integralidade – Serviços Disponíveis), a menor pontuação média foi de 1,56 pontos e refere-se ao item G10 (Sutura de um corte que necessite de pontos), ao passo que, para o Domínio H (Integralidade – Serviços Prestados), foi de 1 ponto,

**Tabela 2** – Escore mínimo, máximo e médio com desvio-padrão e coeficiente de variação dos atributos e componentes da Atenção Primária à Saúde, na avaliação de mulheres de idade reprodutiva da Estratégia Saúde da Família de seis municípios da 16ª Regional de Saúde (n = 397), norte do estado do Paraná, Brasil, 2020

Domínio	n	Mínimo	Máximo	Média	DP	CV
C - Acesso de Primeiro Contato	397	0,83	8,06	3,75	1,28	34,13%
D – Longitudinalidade	397	2,86	6,67	4,72	0,75	15,95%
E - Coordenação – Integração de Cuidados	270	2,08	8,75	4,89	1,16	23,72%
F - Coordenação – Sistema de Informações	397	0,00	8,89	4,45	1,55	34,83%
G - Integralidade – Serviços Disponíveis	397	2,88	7,42	4,78	0,77	16,11%
H - Integralidade – Serviços Prestados	397	1,28	5,64	3,32	0,89	26,75%
I - Orientação Familiar	397	1,11	10,00	5,86	1,95	33,28%
J - Orientação Comunitária	397	1,11	7,22	3,76	1,26	33,51%
Essencial	397	2,87	5,69	4,28	0,46	10,84%
Derivado	397	1,39	8,06	4,81	1,16	24,12%
Geral	397	3,18	6,28	4,42	0,45	10,23%

DP – desvio-padrão; CV – coeficiente de variação.

**Tabela 3** – Descrição dos domínios entre os atributos que foram avaliados negativamente (abaixo do critério de corte de 6,6 pontos) e que são prioritários para ações de melhoria na Atenção Primária à Saúde para mulheres em idade reprodutiva de seis municípios da 16ª Regional de Saúde (n = 397), norte do estado do Paraná, Brasil, 2020

Domínio	Item	Escore médio
C – Acesso de Primeiro Contato	C1. O seu serviço de referência fica aberto no sábado ou no domingo?	3,59
	C2. O seu serviço de referência fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20h?	4,91
	C3. Quando o seu serviço de referência está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia?	5,31
	C4. Quando o seu serviço de referência está aberto, atende pelo telefone se precisar?	2,90
	C5. Quando o seu serviço de referência está fechado, para onde você pode ligar quando fica doente?	4,16
	C6. Quando o seu serviço de referência está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém desse serviço atende você no mesmo dia?	0,74
	C7. Quando o seu serviço de referência está fechado e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço atende você naquela noite?	3,51
	C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão no seu serviço de referência?	5,66
	C9. Quando você chega no seu serviço de referência, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem e acolhimento)?	3,03
	C10. Você tem que esperar por muito tempo no seu serviço de referência?	3,12
	C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu serviço de referência quando pensa que é necessário?	3,73
	C12. Quando você tem que ir ao seu serviço de saúde de referência, você tem que faltar ao trabalho ou à escola?	4,31
D - Longitudinalidade	D1. Quando você vai ao seu serviço de referência, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	4,33
	D3. O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	5,32
	D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que conhece você melhor?	3,71
	D5. O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	6,14
	D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	6,15
	D7. O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	3,99
	D8. O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	3,80
	D9. O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4,33
	D10. O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	6,17
	D11. O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	3,91
	D12. O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	3,93
	D13. O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4,09
	D14. Você mudaria do seu serviço de referência para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	3,17
	E - Coordenação – Integração de Cuidados	E3. O seu serviço de referência sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?
E4. O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?		4,19
E7. O seu serviço de referência sabe quais foram os resultados desta consulta?		3,94
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?		2,37
E9. O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (perguntou-lhe se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?		2,62
F - Coordenação – Sistema de Informações	F1. Quando você vai ao seu serviço de referência, 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)	2,51
	F2. Quando você vai ao seu serviço de referência, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	6,31
	F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no seu serviço de referência?	4,52

Continua

Continuação da Tabela 3

Domínio	Item	Escore médio	
G - Integralidade – Serviços Disponíveis	G1. Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4,11	
	G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	3,67	
	G3. Programa de suplementação nutricional (p.ex., leite, alimentos)	2,69	
	G6. Tratamento dentário	6,35	
	G8. Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas — p.ex., álcool, cocaína, remédios para dormir)	3,21	
	G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental	3,48	
	G10. Sutura de um corte que necessite de pontos	1,56	
	G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	3,50	
	G12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	2,44	
	G13. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	2,74	
	G14. Colocação de tala (p.ex., para tornozelo torcido)	3,98	
	G15. Remoção de verrugas	3,09	
	G17. Aconselhamento sobre parar de fumar	3,99	
	G19. Remoção de unha encravada	3,87	
	G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (p.ex., diminuição da memória, risco de cair)	4,31	
	G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família, como curativos, troca de sondas, banho na cama	6,59	
	G22. Orientação sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, em estado de coma por exemplo)	3,42	
	H - Integralidade – Serviços Prestados	H1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	3,07
		H2. Segurança no lar — como guardar medicamentos em segurança	2,56
		H3. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	1,00
		H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	2,06
		H5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	5,68
H6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol		2,71	
H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando		6,47	
H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (p.ex., veneno para formiga/rato, água sanitária) no seu lar, no trabalho ou na vizinhança		2,25	
H9. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar sobre como guardá-la em segurança		1,95	
H10. Como prevenir queimaduras		3,40	
H11. Como prevenir quedas		3,85	
H12. Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis		2,79	
H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa		5,41	
I – Orientação Familiar	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?	5,99	
	I3. O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4,53	
J - Orientação Comunitária	J2. O seu serviço de referência conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4,36	
	J3. O seu serviço de referência ouve opiniões e ideias de comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	3,07	
	J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão atendendo todas as necessidades das pessoas?	2,77	
	J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	2,60	
	J6. Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?	2,51	

para o item H3 (Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro).

## DISCUSSÃO

As mulheres são o público que mais busca por atendimento na APS<sup>(15)</sup>, e geralmente esses atendimentos estão relacionados a

tratamentos de doenças crônicas preexistentes, sintomas clínicos de doenças agudas, gravidez, acompanhamento dos filhos em atendimento médico, vacinas e outros, bem como coleta de exame citopatológico (preventivo)<sup>(4,16)</sup>. Contudo, os serviços na APS no Brasil, apesar da existência de políticas públicas, ainda são caracterizados pela assistência curativa, com dificuldades de realização de ações à promoção da saúde e prevenção de

doenças. Ainda é perceptível a fragmentação e a descontinuidade na assistência, em razão da insuficiência dos serviços em rede e da articulação inadequada entre a gestão e administração dos serviços<sup>(4)</sup>.

O presente estudo evidenciou o perfil sociodemográfico de mulheres em idade reprodutiva de seis municípios da 16ª Regional de Saúde, localizada ao norte do estado do Paraná. Observou-se que as mulheres em idade reprodutiva que mais frequentam a APS estão na idade entre 21 e 40 anos. Ponderando a faixa etária, os dados encontrados corroboram um estudo sobre a prevalência do excesso de peso e fatores associados, de corte transversal, realizado com 322 mulheres em idade reprodutiva residentes na área urbana do município de Vitória, no estado de Pernambuco com 322 mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil, na mesma faixa etária das mulheres do presente estudo<sup>(16)</sup>. Em uma pesquisa realizada sobre gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil considerando a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e o motivo da procura de serviços de saúde para mulheres nessa faixa etária, excluindo os partos e os atendimentos de consulta ao pré-natal, mostrou-se que as mulheres buscam mais serviços na APS para prática de exames de rotina, consultas eletivas, tratamento de doenças e prevenção de doenças como câncer de colo de útero; porém, o principal motivo da procura ainda são as doenças<sup>(17)</sup>.

Na investigação da qualidade do atendimento às mulheres em idade reprodutiva na APS, o primeiro atributo avaliado neste estudo foi o Acesso de Primeiro Contato, que é subdividido em: “componente de utilização”, que se refere à expansão e à utilização dos serviços de saúde; e “componente de acessibilidade”, que identifica a localização da unidade de saúde próxima da população para a qual realiza o acolhimento e atendimento, os dias e horários acessíveis ao atendimento, o alcance de tolerância para consultas eletivas e não agendadas e o quanto a população identifica a oportunidade de acesso<sup>(15)</sup>.

Embora o acesso seja uma característica fundamental dos serviços de APS, observou-se que esse componente atingiu uma média com escore baixo, resultado comparável e observado por diferentes estudos<sup>(15,17-18)</sup>. O baixo escore relacionado à acessibilidade pode estar ligado ao fato de que a maioria das equipes da ESF na APS, participantes da pesquisa, trabalham somente em dias úteis e em horário comercial (7h às 17h), além de não atenderem no período noturno nem em fins de semana e não realizarem agendamentos prévios de consultas, salvo pequenas urgências.

O acesso é o modo como o usuário consegue a atenção ao primeiro contato na unidade de saúde de seu território<sup>(19)</sup>. A utilização dos serviços abrange todo contato, direto e indireto; sendo assim, as mulheres em idade reprodutiva não têm conseguido utilizar os serviços da APS, o que deriva da interação entre usuários e profissionais de saúde perante os serviços disponíveis<sup>(19)</sup>. O acesso à rede de atenção é imprescindível para que as mulheres consigam chegar aos serviços e recebam a atenção de primeiro contato. É pensando nessa atenção que os gestores municipais devem organizar a abrangência dos serviços ofertados para esse público.

No atributo Longitudinalidade, o intuito foi avaliar a relação que as mulheres possuem com os profissionais de saúde nos municípios estudados, e a média desse escore também foi baixa. A longitudinalidade permite que os profissionais conheçam os

problemas de saúde das usuárias ao acompanhá-las ao longo do tempo. Os resultados desse atributo estão em conformidade com o desempenho do Acesso de Primeiro Contato na dimensão da Utilização, que depõe a favor da equipe, a qual pode ter dificuldade de abordar as mulheres em idade reprodutiva para a inclusão e envolvimento nas ações e serviços na APS com as equipes da ESF<sup>(13,20)</sup>.

Não obstante, estudo realizado em um município no interior de São Paulo, cujo objetivo foi avaliar as características organizacionais e de desempenho, sob a perspectiva dos usuários, assegura que os trabalhadores da APS devem conhecer sua população adstrita e considerar que, para estabelecer vínculo, é imprescindível o reconhecimento dos usuários como pessoas que falam, avaliam e almejam atenção e resolutividade dos seus problemas de saúde<sup>(20-21)</sup>.

Neste estudo, o atributo Coordenação, que se relaciona com a parte de integração de cuidados, obteve baixo escore nessa população de mulheres. Esse atributo requer continuidade dos serviços ofertados a essas mulheres e que devem ser realizados pelos profissionais da APS; cabe a eles reconhecer e considerar os problemas de encaminhamento, quando indispensáveis, a fim de garantir a integração dos cuidados em todos os níveis de assistência e na prevenção de doenças<sup>(22)</sup>. Já o componente Sistema de Informações também obteve escore baixo, o que se deve muito à organização local da APS<sup>(14)</sup> e também ao fato de que as mulheres se corresponsabilizam pelos cuidados individuais dos registros de saúde de outros familiares (cônjuge, filhos...).

Diante dos dados supracitados, pode-se afirmar que ainda é frágil a integração dos distintos níveis de atenção para a coordenação dos cuidados às mulheres em idade reprodutiva, o que compromete o fortalecimento da APS, a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o trabalho em rede e a consolidação do SUS<sup>(23)</sup>. Há de se considerar que a integração entre os serviços de diferentes níveis de complexidade, de maneira a permitir e garantir o acesso tanto à APS como a atendimentos especializados de alta complexidade tecnológica, ainda é responsabilidade constitucional do SUS<sup>(15)</sup>.

O atributo Integralidade refere-se à agregação de serviços disponíveis e realizados pela APS aos seus usuários, abrangendo as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, de modo a garantir a integralidade da assistência<sup>(13-14,22)</sup>. A integralidade visa considerar as práticas de produção de cuidado que devem estar presentes no atendimento das necessidades de saúde das mulheres — ou seja, as necessidades específicas das mulheres disponíveis na rede de atenção à saúde, com a valorização de subjetividades, individualidades, dimensionamento dos riscos e vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas no seu cotidiano e no ambiente social<sup>(9-10)</sup>.

O componente Serviços Disponíveis para as mulheres em idade reprodutiva atingiu baixo escore médio, resultado que convergiu com um estudo de avaliação da Atenção Primária à Saúde realizado com usuários deficientes físicos e não deficientes no estado de São Paulo.<sup>12</sup> Esse componente refere-se aos serviços e/ou orientações que as mulheres e seus familiares têm disponíveis quando necessitam<sup>(13-14)</sup>.

Destaca-se que os serviços reconhecidos como disponíveis são muito comuns e habituais nas unidades da ESF ligadas a APS, com

ações preventivas que devem ser concretizadas, voltadas para a saúde da mulher, e sem interferir com o ambiente de promoção da saúde e da população adstrita de acordo com as diversidades de suas necessidades e prioridades<sup>(15,17)</sup>.

Destarte, o componente Serviços Prestados também alcançou escore médio baixo; esse dado identifica que as ações voltadas para prevenção de agravos e promoção da saúde ainda são insuficientes na experiência de mulheres em idade reprodutiva na APS/ESF. Importante destacar que a avaliação dos Serviços Prestados é direcionada para as ações e serviços utilizados pela usuária ou por alguém de sua família, em uma unidade da ESF<sup>(13)</sup>. Embora seja considerada a importância da Integralidade como garantia da efetividade da APS, os componentes relacionados a esse atributo obtiveram resultado inferior ao esperado, mostrando que ainda faltam melhorias nos serviços ofertados a essas mulheres e seus familiares.

A integralidade do cuidado está atrelada ao acolhimento, ao modo de criar vínculo e também à autonomia<sup>(2)</sup>. Esse atributo é extremamente importante e depende da redefinição de práticas que valorizem as subjetividades essenciais ao trabalho das equipes de saúde e às necessidades individuais das mulheres, com a construção de possibilidades de cuidado priorizado e centrado na usuária, tendo como ponto de partida qualquer tipo de intervenção<sup>(2,4)</sup>. Para pôr em prática o atributo da integralidade, é preciso repensar as práticas e ações desenvolvidas, sair da zona de conforto em relação à descontinuidade assistencial e de práticas curativas, à falta de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos serviços públicos de saúde<sup>(4,23)</sup>.

Diante da avaliação dos atributos da APS, o resultado dos escores essenciais demonstraram fragilidades, com escores abaixo da média, apontando para a necessidade de renovar práticas e ações no contexto da APS. Para isso, é essencial haver mudanças técnicas e práticas na atenção à saúde<sup>(24)</sup>, considerando a população de mulheres em idade reprodutiva.

Nos resultados dos atributos derivados, o atributo Orientação Familiar também obteve uma média baixa no escore, porém ainda melhor que os demais. Esse atributo considera o atendimento à família como o elemento fundamental da APS<sup>(13)</sup>. Está inter-relacionado com o atributo da integralidade na atenção à saúde da mulher, considerando que as relações dentro das ações de saúde se tornem resolutivas e eficazes, por contribuírem na autonomia e no conhecimento familiar diante da continuidade dos cuidados necessários à saúde da mulher e na procura pelo serviço de saúde<sup>(15)</sup>. Em estudos realizados<sup>(15,17,24)</sup> com outros usuários sobre a qualidade da Atenção Primária à Saúde, esse atributo também apresentou escore abaixo da média, em consonância com os resultados do presente estudo.

A Orientação Comunitária é um atributo relacionado à percepção das necessidades de saúde dos indivíduos de determinado contexto social, o que exige conhecimento da realidade social local<sup>(13-14)</sup>. A média do escore desse atributo também foi baixa, embora a população de mulheres em idade reprodutiva seja a mais assídua na APS. Contudo esse público deveria ser mais ouvido, pois, quando se conhecem os problemas de saúde na comunidade, torna-se possível a construção de dados epidemiológicos e a disposição de recursos para melhorias nos serviços da APS<sup>(24)</sup>. Os itens desse atributo envolvem o atendimento realizado por visita domiciliar, as investigações e análises sobre o processo saúde-doença da

população e as informações da situação de vida e saúde dessas mulheres e seus familiares.

Ao avaliar os resultados do escore dos atributos essenciais e derivados, percebeu-se que o desempenho da APS foi insatisfatório em todos os municípios estudados. Assim sendo, considerando a avaliação dos atributos pelas mulheres em idade reprodutiva atendidas nas instituições de saúde, não foram apresentadas diferenças significantes quanto ao tipo de unidade de saúde da APS.

### Limitações do estudo

Como limitação do estudo, tem-se a restrição da pesquisa a seis municípios de uma Regional de Saúde localizados ao norte do estado do Paraná; e foi avaliada, exclusivamente, a população de mulheres em idade reprodutiva. Tais municípios podem ter deficiências e insuficiência dos serviços ofertados na APS; além disso, uma visão mais crítica poderia ter sido obtida de profissionais e gestores da área da saúde. Vale advertir que o PCATool dispõe de alguns itens específicos para a população feminina, mas a maioria deles está relacionada com a avaliação da população em geral. Apesar disso, é considerado um instrumento relevante, pois analisa os atributos essenciais e derivados, bem como avalia a qualidade dos serviços ofertados na APS que devem e podem ser trabalhados com o público de mulheres em idade reprodutiva.

### Contribuições para área da enfermagem

A avaliação dos atributos da APS fornece contribuições para a área da saúde, da enfermagem e das políticas públicas na medida em que aponta possibilidades no trabalho do enfermeiro na APS/ESF para promover melhorias na qualidade dos serviços ofertados para mulheres em idade reprodutiva, além das ações individuais e coletivas que podem ser ofertadas para essa população. Assim, essas hipóteses podem fundamentar processos do aperfeiçoamento profissional para subsidiar a construção, o desenvolvimento e a implementação dessas ações, a fim de aprimorar o desempenho dos serviços da APS na assistência integral à saúde da mulher em todos os ciclos vitais.

Apesar de obstáculos diante das diferentes gestões e fragmentação dos serviços da APS para um atendimento adequado e resolutivo no cuidado integral à saúde da mulher em idade reprodutiva, acredita-se na potencialidade do profissional enfermeiro com a equipe multidisciplinar no planejamento e execução de ações adjacentes que viabilizem e incitem o cuidado preventivo e promoção da saúde em conformidade com os atributos da APS.

### CONCLUSÕES

Os atributos da APS, em sua totalidade, atingiram escore médio abaixo de 6,6, sendo identificados baixos escores (nos atributos essenciais, derivados e geral) para os serviços da APS nos municípios estudados e implementados por meio da ESF. Desse modo, identificaram-se fragilidades quanto à presença e extensão de todos os atributos, evidenciadas na avaliação insatisfatória das mulheres em idade reprodutiva quanto ao desempenho da APS.

É importante destacar que essas mulheres são jovens, passíveis de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral



conforme preconizado nas políticas públicas de saúde da mulher dentro dos serviços da APS. Destarte, ainda existem desafios a serem superados considerando a demanda de atendimento, na expectativa de concretizar a ESF como método de reorganização da APS, assegurando a assistência integral com garantia de universalidade e qualidade à população de mulheres em idade

reprodutiva. Vale remarcar a importância de as políticas públicas não serem somente organizadas, mas implementadas com qualidade e de modo efetivo pelos profissionais da APS, para que seus objetivos sejam alcançados, promovendo melhorias nas condições de saúde das mulheres e de distintos grupos populacionais.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo WRM, Queiroz RCS, Rocha TAH, Silva NC, Thumé E, Tomasi E, et al. Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. *Rev Saude Publica*. 2017;51(75):1-12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.20170510070331>
2. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
3. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS [Internet] 2015[cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
4. Almeida MHM, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR, et al. Primary health care assessment by users with and without disabilities CoDAS 2017;29(5):e20160225. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016225>
5. Mendes CRA. Attention to women's health in primary care: potential and limits. *Ensaio Cienc Biol Agrar Saúde*. 2016;20(2):65-72. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2016v20n2p65-72>
6. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female health care users. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(3):553-9. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM) [Internet]. 2016[cited 2020 Sep 10]. Available from: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-deconteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism\\_pnpm-versaoweb.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-deconteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf)
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde-2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde- Brasil, grandes regiões e unidades da Federação[Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. 2020[cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
9. Branco JGO, Vieira LIES, Brilhante AVM, Batista MH. Weaknesses in the work process in Health Care for Women in situations of sexual violence. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;25(5):1877-86. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>
10. Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Rev Estud Fem*. 2009;17(1):31-48. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>
11. Paiva AAN, Caetano R. Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions in Primary Care: scope review. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20190142. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0142>
12. Coutinho SED, Reichert APS, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N. Health assessment: processual and structural dimension of child health in primary care. *Saúde Debate*. 2020;44(124). <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012408>
13. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool pcaTool[Internet]. 2010[cited 2019 Jul 10]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcaTool\\_brasil.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcaTool_brasil.pdf)
14. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool pcaTool [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 10]. Available from: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatoon\\_2020.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatoon_2020.pdf)
15. Silva AN, Silva SA, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. Primary care assessment from a male population perspective. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):236-43. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>
16. Pinheiro MM, Oliveira JS, Leal VS, Lira PIC, Souza NP, Campos FACS. Prevalence of overweight and associate factors in women in reproductive age in Northeast Brazil. *Rev Nutr*. 2016;29(5):679-89. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000500006>
17. Vieira Sá LYBA. A Avaliação da Atenção Primária: um olhar preliminar através do PCATool em Manaus (AMAZONAS). *APS Rev*. 2019;1(2):98-111. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.27>
18. Silva AS, Baitelo TC, Fraco LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):979-87. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>
19. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(3):553- 9. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>
20. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. Evaluation of organizational and performance features in a Basic Health Unit. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):48-55. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100006>
21. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias[Internet]. Brasília, UNESCO; 2002. 726p. [cited 2017 Feb 20]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)

22. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Colle N. Family and community orientation in children's primary healthcare. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2016;21(1):119-27. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>
  23. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gender, morbidity, access and utilization of health services in Brazil. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
  24. Silva RAS, Oliver FC. A interface das práticas de terapeutas ocupacionais com os atributos da atenção primária à saúde. *Cad Bras Terap Ocup*. 2020;28(3):784-808. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2029>
-