

# AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS: ASSOCIAÇÃO COM PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

## EVALUATION OF PRIMARY CARE FROM THE USERS' PERSPECTIVE: RELATIONSHIP WITH HEALTH EDUCATIONAL PRACTICES

## EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS: ASOCIACIÓN CON PRÁCTICAS EDUCATIVAS EN SALUD

WENDER LOPES REZENDE\*

LUDMILA GREGO MAIA\*\*

SÉRGIO VALVERDE MARQUES DOS SANTOS\*\*\*

LUIZ ALMEIDA DA SILVA\*\*\*\*

### RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da atenção primária à saúde e sua relação com as práticas educativas sob a ótica dos usuários do sistema único de saúde. Material e Método: Estudo transversal, analítico, realizado com 785 usuários das unidades básicas de saúde no estado de Goiás, Brasil, em 2018, por meio de entrevistas, utilizando um questionário de caracterização sociodemográfica e de ações de educação e promoção à saúde e a Ferramenta de Avaliação da Atenção Básica - PCATool. Na análise dos atributos considerou-se o ponto de corte da literatura de 6,6. Resultados: Nenhum atributo atingiu o ponto de corte, incluindo o escore geral e essencial. Os atributos que receberam piores avaliações foram: acesso de primeiro contato-acessibilidade (3,2), integralidade serviços prestados (3,2) e orientação comunitária (3,1). Os melhores avaliados foram a coordenação-sistemas de informação (5,8) e o acesso de primeiro contato-utilização (5,7). A prevalência de escore médio baixo para o escore essencial foi de 93,0% e para o escore geral de 94,6%, abaixo do satisfatório. Foi evidenciado baixo percentual de usuários participantes em atividades educativas (AE). As práticas educativas mostraram-se insuficientes para determinar escores alto ou próximos do ponto de corte. Conclusão: Observou-se que as práticas educativas seguem um modelo verticalizado, marcado pelo esvaziamento da educação em saúde enquanto prática emancipatória. Participantes de AE e os que percebem que elas trazem benefício à saúde apresentaram melhor avaliação de alguns atributos em relação aos demais.

\*Enfermeiro, Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal de Jataí, Jataí, Goiás, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0334-5672> Email: [wenderenf@gmail.com](mailto:wenderenf@gmail.com)

\*\*Enfermeira, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Jataí, Jataí, Goiás, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7771-8040> Email: [lgregomaia@yahoo.com.br](mailto:lgregomaia@yahoo.com.br)

\*\*\*Enfermeiro, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9412-9515> Email: [sergiovalverdemarques@hotmail.com](mailto:sergiovalverdemarques@hotmail.com)

\*\*\*\*Enfermeiro, Departamento de Enfermagem Universidade Federal de Catalão, Catalão, Goiás, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6661-035X> Email: [enfer\\_luiz@ufcat.edu.br](mailto:enfer_luiz@ufcat.edu.br) Autor de correspondência

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the quality of primary health care and its relationship with educational practices from the perspective of users of the Brazilian unified health system (SUS). **Material and Method:** Cross-sectional, analytical study, carried out with 785 users of basic health units in the state of Goiás, Brazil, in 2018, through interviews, using a sociodemographic characterization questionnaire, health education and promotion actions, as well as the Primary Care Assessment Tool (PCATool). In the analysis of the attributes, the cut-off score of 6.6 was considered. **Results:** No attribute reached the cut-off score, including the general and essential score. The attributes that received the worst scores were: first contact access - accessibility (3.2), completeness of services provided (3.2) and community orientation (3.1). The best evaluated were coordination - information systems (5.8) and first contact access - use (5.7). The prevalence of low average score for the essential score was 93.0% and for the general score 94.6%, below satisfactory. A low percentage of users participating in educational activities (EA) was evidenced. Educational practices proved to be insufficient to determine high scores or close to the cut-off point. **Conclusion:** It was observed that educational practices follow a vertical model, characterized by the decrease of health education as an emancipatory practice. Participants in EA and those who perceive that they bring benefits to health showed better evaluation of some attributes in relation to others.

**Key words:** Primary Health Care; Health Services Assessment; Family Health Strategy; Health education.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la atención primaria de salud y su relación con las prácticas educativas desde la perspectiva de los usuarios del sistema único de salud de Brasil. **Material y Método:** Estudio transversal, analítico, realizado con 785 usuarios de unidades básicas de salud en el estado de Goiás, Brasil, en 2018, a través de entrevistas, utilizando un cuestionario de caracterización sociodemográfica y acciones de educación y promoción de la salud y la Herramienta de Evaluación de la Salud Atención Primaria - PCATool. En el análisis de los atributos se consideró el punto de corte en la literatura de 6,6. **Resultados:** Ningún atributo alcanzó el punto de corte, incluida la puntuación general y esencial. Los atributos que recibieron las peores calificaciones fueron: acceso al primer contacto-accesibilidad (3,2), integridad de los servicios prestados (3,2) y orientación comunitaria (3,1). Los mejor evaluados fueron coordinación-sistemas de información (5,8) y acceso al primer contacto-uso (5,7). La prevalencia de puntuación media baja para la puntuación esencial fue del 93,0% y para la puntuación general del 94,6%, por debajo de algunos. Se evidenció el bajo porcentaje de usuarios que participan en actividades educativas (AE). Las prácticas educativas resultaron insuficientes para determinar puntuaciones altas o cercanas al punto de corte. **Conclusión:** Se observó que las prácticas educativas siguen un modelo vertical, marcado por la disminución de la educación en salud como práctica emancipadora. Los participantes en AE y aquellos que perciben que aportan beneficios a la salud presentaron una mejor evaluación de algunos atributos en relación con otros.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Estrategia de salud de la familia; Educación para la salud.

Data de recepção: 12/10/2021

Data de aceitação: 20/04/2022

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como muitas instituições globais de saúde, considera a Atenção Primária à Saúde (APS) o caminho para se alcançar a cobertura universal de saúde. Essa cobertura faz parte do principal alvo do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, da agenda 2030 da ONU, que é garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades. Em sistemas universais de saúde, a APS é o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde, sendo esta, a porta de entrada para o serviço de saúde<sup>(1, 2)</sup>.

Diversos países da Europa têm apontado que a APS tem apresentado melhorias nos indicadores de saúde da população, com menores taxas de hospitalizações, redução da desigualdade, maior atenção às pessoas portadores de doenças crônicas, entre outros. De acordo com a OMS, os países que possuem um sistema de saúde baseado no trabalho colaborativo da APS, tende a melhorar seus resultados de saúde, assim como a equidade e longitudinalidade dos cuidados à população<sup>(1-3)</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção a saúde dos usuários, sustentado de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS realiza diversas práticas integrais em saúde, com a finalidade de atender as necessidades individuais e coletivas da comunidade e tem alcançado resultados positivos, que a destacam em âmbito internacional<sup>(4, 5)</sup>.

Para uma APS eficiente, efetiva e de qualidade é imprescindível a presença e operacionalização de seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e derivados (orientação familiar, comunitária e competência cultural). Uma das formas de verificar os resultados e qualidade da atenção é aferir por meio de métodos a presença e extensão dos atributos da APS, nesse sentido, foi elaborado o instrumento de avaliação da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)<sup>(6, 7)</sup>.

O PCATool é uma ferramenta abrangente, validada em diversos países, com uma grande diversidade de uso para avaliar a APS em várias versões<sup>(8)</sup>. Uma nova abordagem para uso do PCATool foi lançada no Canadá, onde foi divulgada uma pesquisa para acompanhamento longitudinal dos serviços de saúde da APS, por meio de painéis

de amostras repetidas e comparadas aos mesmos serviços ao longo de 10 anos<sup>(9)</sup>.

O reconhecimento da presença e extensão dos atributos é considerado como um referencial avaliativo para a APS em diversos países<sup>(7)</sup>. Assim, o PCATool permite avaliar se ações realizadas por um serviço de saúde estão em conformidade, por meio da identificação dos aspectos estruturais e dos processos dos serviços prestados aos usuários, em busca de uma maior qualidade para o planejamento e execução das ações da APS<sup>(10, 11)</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelecida no Brasil, determina que a educação em saúde com um dos principais eixos estratégicos para a promoção da saúde, com potencial para estimular a transformação das condições de vida e saúde dos usuários. Determina a educação em saúde com uma atribuição comum para todos os profissionais da APS, no entanto, na prática cotidiana dos serviços, a mesma demonstra fragilidades, nota-se um processo de trabalho que reproduz ações verticalizadas, prescritivas e autoritárias. Essa fragilização das práticas educativas resulta no empobrecimento do papel profissional esperado para a APS<sup>(12, 13)</sup>.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode contribuir para a superação desse problema, visto que busca qualificar os profissionais através da reflexão crítica sobre a prática e a *práxis* que se incorpora à reflexão-ação. A Política de EPS propõe a transformação do trabalho por meio de práticas educativas que se apoiam nos conceitos de ensino problematizador e aprendizagem significativa, contrário ao ensino-aprendizagem bancário e mecânico. Nesse contexto, o profissional de enfermagem possui amplo conhecimento para promover a EPS à população, assim como é capaz de avaliar os contextos de adoecimento e saúde das pessoas, sendo este, o profissional com maior aproximação da comunidade e da APS, o que pode contribuir para a promoção da saúde da população em geral<sup>(14, 15)</sup>.

Frente ao exposto, emerge a hipótese de que as práticas educativas em saúde configuram-se como um fator potencializador para uma melhor avaliação da APS e orientação dos usuários em relação aos atributos da atenção primária. Deste modo, diante da limitação de estudos abordando essa temática, justifica-se a necessidade de avaliar as práticas educativas executadas pelos profissionais da saúde na Atenção Primária, com base na perspectiva

dos usuários.

Assim, objetivou-se neste estudo avaliar a qualidade da atenção primária à saúde e sua relação com as práticas educativas sob a ótica dos usuários do sistema único de saúde. Como objetivos específicos foram elencados: caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários atendidos pela atenção primária no município; verificar a presença e extensão dos atributos da atenção primária sob a visão dos usuários; analisar se as práticas educativas em saúde se associam a uma melhor avaliação da atenção primária à saúde.

### MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, analítico, realizado no período de maio a agosto de 2018, em unidades básicas de saúde (UBS) de um município do Sudoeste Goiano, Goiás, Brasil, com população estimada de 99.674 habitantes<sup>(16)</sup>.

O município constitui-se sede da região de saúde Sudoeste II, referência para dez cidades, tendo como organização da rede de atenção à saúde (RAS), as

ações e serviços da APS, por meio da ESF, com 21 equipes, destas 20 são da zona urbana, distribuídas em nove UBS na zona urbana e três UBS na zona rural, com cobertura populacional de 73,83%<sup>(17)</sup>.

A amostragem foi probabilística estratificada. O cálculo amostral baseou-se no número da população estimada coberta por cada UBS, considerou-se um desvio padrão de  $\pm 1,92$  da pontuação do escore geral dos atributos da atenção primária, erro de 0,1 e nível de significância de 0,05, obtendo um total de 785 usuários das UBS, atendidos pelas equipes de saúde da família. Esse número foi dividido proporcionalmente à população de indivíduos elegíveis das UBS participantes (Quadro 1).

A cada período, matutino e vespertino, nas salas de espera das UBS elaborou-se uma lista com os nomes dos usuários, ordenados por ordem alfanumérica crescente e posteriormente realizado sorteio aleatório do número, momento em que os usuários eram abordados. Caso houvesse recusa para a participação do estudo, era realizado novo sorteio para substituição. Ressalta-se que houveram ao todo apenas 10 recusas em participar.

**Quadro 1.** Distribuição de indivíduos elegíveis das UBS e ESF participantes (n= 785).

UBS	Nº ESF	Fr absoluta/ estimativa populacional	Fr relativa (%)	Nº participantes
Avenida Goiás James Phillipe Minelli Pe Tiago	3	10350	14,29	112
Colmeia Park Moises Maia Firmo	2	6900	9,52	75
Conj Estrela Dalva Dr Otto Carneiro Maciel	1	3450	4,76	37
Conjunto Rio Claro Dr Nestor Couri	3	10350	14,29	112
Dr Gilberto I Cardoso (Vila Olavo)	2	6900	9,52	75
Santo Antônio Prof Jose Barros Cruz	3	10350	14,29	112
Vila Brasília Dr Aristóteles De Rezende	2	6900	9,52	75
Vila Fatima	2	6900	9,52	75
Vila Sofia	2	6900	9,52	75
Zona Rural	1	3450	4,76	37
Total	21	72450	100	785

Foram incluídos os usuários com idade maior ou igual a 20 anos, que estavam presentes nas salas de espera das UBS durante o período pesquisado e que não possuíam nenhuma incapacidade física e/ou psíquica previamente conhecida e declarada que os impedisse de preencher os instrumentos, sendo

selecionados de forma aleatória. A faixa etária de corte seguiu o padrão adotado pelo Departamento de Atenção Básica para cadastro individual dos usuários, disponível no Sistema e-SUS. Como critério de exclusão foi estabelecido os participantes que, após selecionados, não concordassem com

qualquer uma das etapas propostas no estudo. Ressalta-se que não houve nenhuma exclusão.

As variáveis dependentes são as oriundas do PCATool, onde buscou-se observar se as variáveis sociodemográficas e atividade educativas, comportando-se como variáveis independentes, exerciam alguma relação com os domínios do instrumento. As variáveis sociodemográficas foram divididas em quantitativas: idade (anos), renda familiar mensal (reais) e escolaridade (anos); e qualitativas: sexo (masculino/feminino), raça/cor da pele (branca, parda, negra, outras), estado civil (solteiro, casado/união consensual, separado/divorciado ou viúvo), plano de saúde privado (sim/não), antecedente de internação (sim/não), visita de membros da ESF nos últimos 12 meses (sim/não), autoavaliação do estado de saúde (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim) e autoavaliação positiva do estado de saúde em boa ou muito boa (sim/não).

Foram consideradas variáveis relacionadas à educação em saúde: percepção que AE trazem benefícios à saúde (sim/não), se recebeu AE nos últimos seis meses (sim/não), profissional que realizou AE (médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, técnico em enfermagem, auxiliar de saúde bucal, outros profissionais), AE obrigatórias para obter acesso a ações e serviços (sim/não) e avaliação das AE (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim).

Para a coleta de dados utilizou-se dois instrumentos: primeiro, um questionário contendo variáveis sociodemográficas (quantitativas e qualitativas) dos usuários e variáveis relacionadas às ações de educação e promoção à saúde recebidas nos últimos seis meses, denominadas como, atividades educativas (AE). Considerou-se como AE qualquer prática educativa em saúde realizada no âmbito da atenção primária, seja nas unidades ou na comunidade, com vistas a promoção da saúde e prevenção de doenças, a exemplo de grupos com usuários, palestras, orientação individual ou comunitária, oficinas, entre outros.

O segundo instrumento, trata-se do questionário padronizado validado *Primary Care Assessment Tool – PCATool*, versão adulto<sup>(7)</sup>, composto por 87 itens divididos em 10 componentes que avaliam os atributos essenciais e derivados da APS: 1) Grau de Afiliação com Serviço de Saúde; 2) Acesso de Primeiro Contato: Utilização; 3) Acesso de Primeiro Contato: Acessibilidade; 4)

Longitudinalidade; 5) Coordenação: Integração de Cuidados; 6) Coordenação: Sistema de Informações; 7) Integralidade: Serviços Disponíveis; 8) Integralidade: Serviços Prestados; 9) Orientação Familiar; e 10) Orientação Comunitária.

As respostas às questões do instrumento são estruturadas em uma escala do tipo *Likert*, com escores de 1 a 4 para o cada atributo (1= com certeza não, 2= provavelmente não, 3= provavelmente sim, 4= com certeza sim, 9= não sei/não lembro). Os escores de cada atributo são produzidos por meio da média aritmética simples dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. É esperado que os usuários alcancem escores  $\geq 6,6$  o que reflete uma maior orientação é considerado alto escore de APS<sup>(7)</sup>. Em seguida, foram aplicados os cálculos dos escores referentes a cada um dos componentes relacionados com os atributos da APS presentes no PCATool-Brasil.

Ressalta-se que os instrumentos foram submetidos à avaliação de 5 especialistas da área, recebidas as contribuições e previamente testados por estudo piloto realizado com 10 participantes que não fizeram parte do presente estudo. Os participantes não apresentaram nenhuma dificuldade no preenchimento e foi obtido um alfa de *Cronbach* 0.78, o que denotou boa confiabilidade interna.

Os dados do estudo foram coletados pela equipe de pesquisadores devidamente treinada no preenchimento dos instrumentos. A equipe se dividiu em duplas em doze UBS participantes e permaneceu por todo o período em horário comercial. Os usuários presentes eram sorteados aleatoriamente e convidados a participar do estudo, sendo conduzidos a um consultório específico para manutenção da privacidade, assinatura do TCLE e respostas aos questionários.

Como a equipe esteve no local durante todo o tempo e realizava-se a conferência dos questionários após cada resposta, quando identificados dados ausentes, estes eram solicitados para que fossem completados, logo, para a análise não houveram dados ausentes na planilha.

Os dados foram analisados no programa STATA, versão 14.0. Foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lillifors* para verificação da normalidade das variáveis quantitativas do estudo<sup>(18)</sup>. A seguir, foi realizada análise descritiva das variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa e as

quantitativas como média e desvio-padrão (DP), mediana, intervalo interquartil (IIQ), mínimo e máximo. Todas as medidas foram acompanhadas dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

Para a análise da confiabilidade e consistência interna do instrumento aplicou-se dois testes. Para análise da consistência interna utilizou-se o coeficiente de alfa de *Cronbach* padronizado em cada período de avaliação. Valores  $\geq 0,7$  sugerem boa confiabilidade interna. Para análise de consistência também adotou-se o coeficiente de correlação intraclassa (CCI). Valores inferiores a 0,5, entre 0,5 e 0,75, entre 0,75 e 0,90 e  $\geq 0,90$  são indicativos de confiabilidade pobre, moderada, boa e excelente, respectivamente<sup>(19, 20)</sup>.

Para verificar os fatores associados aos atributos da atenção primária realizou-se análises bivariadas e múltiplas. Na análise bivariada, utilizou-se os testes t de *student*, para amostras independentes ou análise de variância (ANOVA) para comparar os escores médios dos atributos entre as variáveis nominais e ordinais. Para avaliar a relação entre as variáveis ordinais e quantitativas utilizou-se análise de correlação de Pearson (r). Valores de r foram classificados: perfeita (+1), muito forte (+0,80-1,00); forte (+0,60-0,79), moderada (+0,40-0,59), fraca (+0,20-0,39) e bem fraca (+0,00-0,19)<sup>(20)</sup>.

A seguir, foi realizada análise de regressão linear múltipla, método *stepwise*, tendo como variáveis dependentes os atributos da atenção primária. Foram incluídos nos modelos de regressão variáveis com p-valor  $< 0,20$  e sexo, idade e escolaridade como potenciais variáveis confundidoras. A regressão linear múltipla permite o ajuste de potenciais variáveis de confusão, obtendo associações mais confiáveis<sup>(21)</sup>. Em todas as análises, valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

O presente estudo atendeu os preceitos éticos da Resolução CNS nº 466/2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob n. 2.504.194/2018.

## RESULTADOS

A análise descritiva das variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas à educação em saúde estão descritas na Tabela 1.

Os resultados apontaram que a maioria dos participantes é do sexo feminino (80,3%), idade

média de 43,3 anos ( $\pm 15,1$ ), raça/cor parda (57,1%), solteiros (63,3%), 90,7% declararam não possuir plano de saúde privado, 83,2% negam internação hospitalar prévia nos últimos doze meses, mais da metade dos usuários não receberam visita de nenhum membro da ESF no último ano (57,3%), 55,7% referem uma autoavaliação positiva do estado de saúde e renda familiar mensal média de R\$ 1.757,80 ( $\pm 1.102,80$ ), sendo que em 2018 o salário mínimo correspondia a R\$ 954,00.

Quanto às variáveis relacionadas à educação em saúde da Tabela 1, 92,2% percebem que as atividades educativas (AE) trazem benefício à saúde, entretanto, apenas 21,9% participaram de alguma atividade educativa nos últimos seis meses.

Em Tabela 2, 50,6% referem o cirurgião-dentista como responsável pela AE, seguido do enfermeiro (36,6%). Dos participantes das AE, 64,5% referem obrigatoriedade da participação como condição para ingressar em um serviço ou obter acesso a algum tratamento ofertado pela ESF.

A Tabela 3 apresenta a estatística descritiva e a confiabilidade interna dos escores dos atributos da APS. Observa-se que nenhum dos atributos atingiu o ponto de corte, portanto, obtiveram escore médio baixo, destacando os escores dos atributos: acesso de primeiro contato-acessibilidade: média 3,2 ( $\pm 0,9$ ), integralidade dos serviços prestados: 3,2 ( $\pm 2,1$ ) e orientação comunitária: 3,1 ( $\pm 2,0$ ). Considerando um ponto de corte de 6,6, a prevalência de escore médio baixo para o escore essencial foi de 93,0% (n= 730; IC 95%: 91,0-94,6) e para o escore geral de 94,6% (n= 743; IC 95%: 92,8-96,0), abaixo do satisfatório.

A Tabela 4 mostra a análise bivariada dos potenciais fatores associados ou correlacionados aos atributos “grau de afiliação”, “acesso de primeiro contato-utilização”, “acesso de primeiro contato-acessibilidade”, “longitudinalidade” e “coordenação-integração de cuidado” na percepção dos usuários. Verificou-se correlação positiva bem fraca entre idade e escores nos atributos “acesso de primeiro contato-utilização” (r= 0,119; p= 0,001) e “longitudinalidade” (r= 0,081; p= 0,023). Por outro lado, correlação negativa bem fraca foi observada entre idade e o atributo “acesso de primeiro contato-acessibilidade” (r= -0,113; p= 0,002). Escolaridade apresentou correlação positiva bem fraca com o atributo “acesso de primeiro contato-acessibilidade” (r= 0,136; p < 0,001).

**Tabela 1.** Variáveis sociodemográficas e relacionadas à educação em saúde. Jataí, GO, Brasil, 2018 (n= 785).

Variáveis sociodemográficas Qualitativas		Fr	%	IC 95%
Sexo	Masculino	155	19,7	17,1-22,7
	Feminino	630	80,3	77,3-82,9
Raça/cor da pele	Branca	161	20,5	17,8-23,5
	Parda	458	57,1	53,6-60,5
	Negra	135	17,2	14,7-20,0
	Outras (amarela ou indígena)	41	5,2	3,9-7,0
Estado civil	Solteiro	497	63,3	59,9-66,6
	Casado/união consensual	181	23,1	20,2-26,1
	Separado/divorciado	62	7,9	6,2-10,0
	Viúvo	45	5,7	4,3-7,6
Plano de saúde privado	Sim	73	9,3	7,4-11,5
	Não	712	90,7	88,4-92,5
Antecedente de internação	Não	653	83,2	80,4-85,6
	Sim	132	16,8	14,3-19,6
Recebeu visita da ESF últimos 12 meses	Não	450	57,3	53,8-60,7
	Sim	335	42,7	39,2-46,2
Autoavaliação do estado de saúde	Muito boa	72	9,2	7,3-11,4
	Boa	365	46,5	43,0-50,0
	Regular	298	38	34,6-41,4
	Ruim	41	5,2	3,9-7,0
	Muito ruim	9	1,1	0,6-2,2
Autoavaliação positiva do estado de saúde (boa ou muito boa)	Não	348	44,3	40,9-47,8
	Sim	437	55,7	52,2-59,1
Variáveis sociodemográficas Quantitativas		Média (DP)	Mediana (IIQ)	IC 95%
Idade (anos)		43,3 (15,1)	41,0 (30,0-55,0)	42,2-44,4
Renda familiar mensal (reais)		1.757,8 (1.102,8)	1.500,0 (960,0-2000,0)	1680,6-1835,1
Escolaridade (anos)		7,7 (4,8)	7,0 (4,0-12,0)	7,3-8,0
Variáveis relacionadas à educação em saúde		Fr	%	IC 95%
Percepção que atividades educativas (AE) trazem benefícios à saúde	Não	61	7,8	6,1-9,9
	Sim	724	92,2	90,1-93,9
Recebeu AE (últimos seis meses)	Não	613	78,1	75,0-80,8
	Sim	172	21,9	19,1-24,9

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil.

**Tabela 2.** Variáveis sociodemográficas e relacionadas à educação em saúde. Jataí, GO, Brasil, 2018 (n=172).

Variáveis relacionadas à educação em saúde	Fr	%	IC 95%	
Profissional que realizou AE	Médico	22	12,8	8,5-18,7
	Cirurgião-dentista	87	50,6	43,2-58,0
	Enfermeiro	63	36,6	29,8-44,0
	Nutricionista	11	6,4	3,6-11,1
	Técnico em Enfermagem	9	5,2	2,7-9,8
	Outros	9	5,2	2,7-9,8
AE foram obrigatórias	Sim	111	64,5	57,1-71,3
	Não	61	35,5	28,7-42,9
Avaliação das AE	Muito boa	35	20,3	15,0-26,1
	Boa	107	62,2	54,8-60,1
	Regular	28	16,3	11,5-22,5
	Ruim	2	1,2	0,3-4,1

**Tabela 3.** Análise dos atributos da atenção primária à saúde na percepção dos usuários. Jataí, GO, Brasil, 2018 (n=785).

Atributos	Média (DP)	IC 95%	Mediana	IIQ	Valor Mín Máx	Alfa de Cronbach	CCI	p-valor*
Grau de afiliação	5,0 (2,9)	4,8-5,2	3,3	3,3-6,7	0-10	-	-	-
Acesso de primeiro contato: utilização	5,7 (3,0)	5,5-6,0	5,6	3,3-7,8	0-10	0,722	0,721	< 0,001
Acesso de primeiro contato: acessibilidade	3,2 (0,9)	3,2-3,3	3,3	2,5-3,9	0-5,8	0,56	0,518	< 0,001
Longitudinalidade	5,0 (1,8)	4,9-5,2	5,0	3,8-6,3	0-9,5	0,838	0,836	< 0,001
Coordenação: integração de cuidado	5,2 (2,4)	4,9-5,6	5,0	3,3-7,1	0-10	0,742	0,757	< 0,001
Coordenação: sistemas de informação	5,8 (2,1)	5,7-6,0	5,6	4,4-7,8	0-10	0,274	0,270	< 0,001
Integralidade: serviços disponíveis	5,2 (1,1)	5,1-5,2	5,1	4,5-5,7	0-9,5	0,766	0,769	< 0,001
Integralidade: serviços prestados	3,2 (2,1)	3,1-3,4	3,1	1,5-4,5	0-9,3	0,827	0,820	< 0,001
Orientação familiar	4,6 (2,8)	4,4-4,7	4,4	2,2-6,7	0-10	0,612	0,598	< 0,001
Orientação comunitária	3,1 (2,0)	3,0-3,3	2,8	1,7-4,4	0-10	0,715	0,715	< 0,001
Escore essencial	4,8 (1,2)	4,7-4,8	4,7	3,9-5,5	1,3-8,5	-	-	-
Escore geral	4,6 (1,2)	4,5-4,6	4,5	3,7-5,5	1,3-8,2	-	-	-

Abreviações: DP: Desvio-padrão; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; IIQ: Intervalo interquartil; Mín: Mínimo; Máx: Máximo; CCI: coeficiente de correlação intraclasse; \*Teste F.



**Tabela 4.** Fatores relacionados aos atributos: afiliação, acesso de primeiro contato utilização e acessibilidade, longitudinalidade e integração de cuidado. Jataí, GO, Brasil, 2018 (n= 785).

	Afiliação		Utilização		Acessibilidade		Longitudinalidade		Integração de cuidados		
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	
Sexo	Masculino	4,6 (2,9)	<b>0,039*</b>	5,9 (3,1)	0,497*	3,3 (1,0)	0,123*	5,0 (1,8)	0,648*	5,3 (2,4)	0,899*
	Feminino	5,1 (2,9)		5,7 (3,0)		3,2 (0,9)		5,0 (1,9)		5,2 (2,4)	
Estado civil	Casado	5,0 (2,9)	0,293†	5,7 (3,0)	0,608†	3,2 (0,9)	0,143†	4,9 (1,9)	<b>0,002†</b>	5,0 (2,5)	<b>0,034†</b>
	Solteiro	4,8 (3,1)		5,6 (3,2)		3,3 (0,9)		4,9 (1,9)		5,5 (2,0)	
	Separado	5,4 (3,0)		5,9 (2,7)		3,4 (0,8)		5,2 (1,3)		6,8 (2,3)	
	Viuvo	5,6 (3,2)		6,3 (2,9)		3,1 (0,9)		6,0 (1,6)		5,3 (2,2)	
Raça	Branca	4,9 (2,9)	0,529†	6,3 (2,9)	<b>0,024†</b>	3,2 (0,9)	0,587†	5,0 (1,8)	0,929†	4,8 (2,3)	0,337†
	Parda	5,1 (3,1)		5,7 (3,1)		3,2 (0,9)		5,0 (1,8)		5,5 (2,5)	
	Preta	4,8 (2,7)		5,3 (2,9)		3,3 (0,8)		4,9 (2,0)		4,9 (2,3)	
	Outras	4,7 (2,6)		6,1 (2,8)		3,1 (0,9)		5,0 (1,8)		5,5 (2,2)	
Plano de saúde	Não	3,8 (2,9)	< <b>0,001*</b>	4,8 (3,0)	<b>0,005*</b>	3,3 (1,1)	0,533*	4,7 (1,8)	0,078*	4,4 (2,1)	<b>0,049*</b>
	Sim	5,1 (2,9)		5,8 (3,0)		3,2 (0,9)		5,1 (1,8)		5,4 (2,4)	
Internação	Não	4,9 (2,9)	0,104*	5,8 (3,0)	0,569*	3,2 (0,9)	0,926*	4,9 (1,8)	<b>0,019*</b>	5,2 (2,4)	0,204*
	Sim	5,4 (2,9)		5,6 (3,0)		3,2 (0,9)		5,4 (2,0)		5,7 (2,4)	
Percepção que AE trazem benefícios à saúde	Não	4,6 (2,7)	0,261*	5,8 (2,8)	0,852	3,2 (0,7)	0,869*	4,4 (1,8)	<b>0,009*</b>	4,6 (2,3)	0,22
	Sim	5,0 (3,0)		5,7 (3,0)		3,2 (0,9)		5,1 (1,8)		5,3 (2,4)	
Recebeu AE	Não	4,9 (2,9)	<b>0,040*</b>	5,9 (3,0)	<b>0,011*</b>	3,2 (0,9)	0,192*	5,0 (1,9)	0,272*	5,3 (2,4)	0,413*
	Sim	5,4 (3,0)		5,2 (2,8)		3,3 (0,9)		5,2 (1,8)		5,0 (2,4)	
Autoavaliação da saúde boa ou muito boa	Não	5,2 (3,0)	0,087*	5,8 (2,9)	0,425**	3,1 (0,9)	0,074	5,1 (1,9)	0,477*	5,3 (2,6)	0,596*
	Sim	4,8 (2,9)		5,7 (3,1)		3,3 (0,9)		4,9 (1,8)		5,2 (2,2)	
Visita de profissional da ESF	Não	4,9 (2,9)	0,383*	5,5 (3,1)	<b>0,005*</b>	3,2 (0,9)	0,734*	4,9 (1,9)	<b>0,008*</b>	5,1 (2,4)	0,451*
	Sim	5,1 (3,0)		6,1 (2,8)		3,2 (0,9)		5,2 (1,8)		5,4 (2,5)	
Variáveis sociodemográficas Quantitativas											
Idade (anos)	0,022	0,545	0,119	<b>0,001</b>	-0,113	<b>0,002</b>	0,081	<b>0,023</b>	0,058	0,396	
Renda (reais)	-0,086	<b>0,016</b>	-0,111	<b>0,002</b>	0,046	0,2	-0,079	<b>0,026</b>	-0,247	< <b>0,001</b>	
Escolaridade	-0,012	0,733	-0,051	0,156	0,136	< <b>0,001</b>	-0,029	0,412	-0,121	0,075	

\*Teste t de student para amostras independentes; †Análise de variância (ANOVA); ‡Coeficiente de correlação de Pearson; DP: desvio.

Ainda, correlação negativa bem fraca foi observada entre renda e os atributos “grau de afiliação” ( $r = -0,086$ ;  $p = 0,016$ ), “acesso de primeiro contato-utilização” ( $r = -0,111$ ;  $p = 0,002$ ) e “longitudinalidade” ( $r = -0,076$ ;  $p = 0,026$ ). Correlação negativa fraca foi verificada entre renda e “coordenação-integração de cuidado” ( $r = -0,247$ ;  $p < 0,001$ ).

A Tabela 5 mostra a análise bivariada dos potenciais fatores associados ou correlacionados aos atributos “coordenação-sistemas de informação”, “integralidade-serviços disponíveis”, “integralidade-serviços prestados”, “orientação familiar” e “orientação comunitária” na percepção dos usuários. Verificou-se correlação negativa bem fraca entre idade e escores nos atributos “integralidade-serviços disponíveis” ( $r = -0,109$ ;  $p = 0,001$ ) e positiva bem fraca nos atributos “integralidade-serviços prestados” ( $r = 0,091$ ;  $p = 0,008$ ) e “orientação comunitária” ( $r = 0,106$ ;  $p = 0,003$ ). Escolaridade apresentou correlação positiva bem fraca com o atributo “coordenação-sistemas de informação” ( $r = 0,080$ ;  $p = 0,025$ ), “integralidade-serviços disponíveis” ( $r = 0,130$ ;  $p < 0,001$ ) e “orientação familiar” ( $r = 0,079$ ;  $p = 0,027$ ) e correlação negativa bem fraca com o atributo “orientação comunitária” ( $r = -0,073$ ;  $p = 0,040$ ).

Realizadas as tentativas de ajustes do modelo de regressão múltipla pelo método de *stepwise*, não foi possível ajustar um modelo que conseguisse prever com significância as variáveis do instrumento do PCATool.

## DISCUSSÃO

Observou-se baixo grau de orientação à APS para todos os atributos, em especial para o acesso de primeiro contato, integralidade-serviços prestados e orientação comunitária, o que pode ser observado em outras pesquisas nacionais e internacionais, que demonstraram resultados similares, indicando que a presença e extensão não são adequadamente expressas pelos usuários<sup>(6, 22, 23)</sup>.

O atributo melhor avaliado foi coordenação-sistema de informações, seguido pelo acesso de primeiro contato-utilização. O primeiro atributo indica a capacidade do serviço de APS em garantir a continuidade da atenção no interior da RAS, assim, a disponibilidade da informação sobre o usuário nos

pontos da rede, através do prontuário, é essencial para a coordenação da atenção<sup>(23)</sup>. A resposta quanto à disponibilidade do prontuário durante a consulta foi fator relevante para a melhor avaliação do atributo. Em estudo realizado em Curitiba com médicos e enfermeiros, esse atributo obteve alto escore com melhores mensurações, os autores atribuem à avaliação positiva, o uso de sistema informatizado na rede assistencial, o que aponta a necessidade de investimento na informatização das UBS<sup>(20)</sup>.

O atributo acesso de primeiro contato-utilização, é responsável por aferir a procura e o quanto o usuário prioriza o serviço de APS. A análise associada à raça demonstrou que os indivíduos de cor branca avaliam melhor esse atributo em relação aos que se declararam pretos, isso pode ser explicado pela desigualdade racial no acesso aos serviços de saúde<sup>(24)</sup>.

Quando consideradas as variáveis relacionadas à educação em saúde, nota-se que os usuários que participaram de AE nos últimos seis meses apresentaram avaliação inferior dos atributos coordenação-sistema de informações e acesso de primeiro contato-utilização, em relação àqueles que não participaram.

As estratégias educativas possuem potencial para melhorar a atenção à saúde dos usuários, fortalecendo o acesso ao orientar os usuários acerca da utilização correta do serviço e das portas de entrada do sistema, bem como promover uma melhor integração das ações ofertadas na APS; nesse sentido, espera-se a adoção de práticas reflexivas e dialogadas pela ESF a fim de superar as práticas educativas verticalizadas e descontextualizadas. Para uma práxis inovadora que se incorpora à reflexão-ação, a EPS revela-se como o melhor caminho para transformação das práticas de saúde, de forma que a promoção e a educação em saúde sejam efetivadas na reorganização do processo de trabalho das equipes de ESF de forma real e visível<sup>(15, 25)</sup>.

Usuários com percepção de que as AE podem trazer benefício à saúde avaliaram melhor os atributos longitudinalidade e integralidade-serviços disponíveis, quando comparados aos que não percebem benefício das AE, assim como os usuários que participaram de AE nos últimos seis meses, que apresentaram melhor avaliação para o atributo grau de afiliação em relação aos não participantes.

**Tabela 5.** Fatores relacionados aos atributos: sistemas de informação, serviços disponíveis, serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária. Jataí, GO, Brasil, 2018 (n= 785).

Variáveis sociodemográficas Qualitativas	Sistemas de Informação		Serviços disponíveis		Serviços prestados		Orientação familiar		Orientação comunitária	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
Sexo										
Masculino	5,6 (2,0)	0,066*	4,9 (1,1)	<b>0,001*</b>	4,3 (2,9)	0,551*	3,4 (1,2)	0,315*	3,4 (2,0)	0,109*
Feminino	5,9 (2,1)		5,2 (1,1)		4,6 (2,8)		3,1 (2,0)		3,1 (2,0)	
Estrado civil										
Casado	5,8 (2,1)	0,487†	5,2 (1,1)	0,943†	3,1 (2,0)	<b>&lt; 0,001†</b>	4,5 (2,7)	0,146†	3,0 (2,0)	0,090†
Solteiro	5,9 (2,1)		5,1 (1,1)		3,2 (2,1)		4,5 (2,1)		3,3 (2,0)	
Separado	6,1 (2,4)		5,1 (1,4)		3,5 (2,0)		4,6 (2,7)		3,4 (2,1)	
Viúvo	6,2 (1,7)		5,2 (1,0)		4,6 (2,1)		5,5 (2,5)		3,6 (1,8)	
Raça										
Branca	6,1 (2,2)	0,355†	5,2 (1,3)	0,239†	3,4 (2,0)	0,700†	4,4 (2,8)	0,794†	3,2 (2,0)	0,593†
Parda	5,7 (2,0)		5,1 (1,0)		3,2 (2,1)		4,5 (2,7)		3,2 (2,0)	
Preta	5,8 (2,1)		5,3 (1,1)		3,2 (2,2)		4,7 (2,7)		2,9 (2,0)	
Outras	6,0 (2,2)		5,1 (1,2)		3,0 (1,8)		4,7 (3,2)		3,2 (2,0)	
Plano de saúde										
Não	5,9 (2,3)	0,882*	5,3 (1,1)	0,215*	3,1 (1,1)	0,464*	4,3 (2,5)	0,417*	2,8 (1,2)	0,146*
Sim	5,8 (2,1)		5,1 (1,2)		3,3 (2,1)		4,6 (2,8)		3,2 (2,0)	
Internação										
Não	5,8 (2,1)	<b>0,041*</b>	5,1 (1,1)	0,417*	3,2 (2,1)	0,106*	4,4 (2,8)	<b>0,004*</b>	3,1 (2,0)	0,737*
Sim	6,2 (2,1)		5,2 (1,0)		3,5 (2,0)		5,2 (2,6)		3,2 (2,1)	
Percepção que AE trazem benefícios à saúde										
Não	5,6 (2,0)	0,341*	4,8 (1,0)	<b>0,010*</b>	2,8 (2,0)	0,071*	4,2 (2,5)	0,257*	2,8 (1,6)	0,187*
Sim	5,9 (2,1)		5,2 (1,1)		3,2 (2,1)		4,6 (2,8)		3,2 (2,0)	
Recebeu AE										
Não	6,0 (2,1)	<b>0,001*</b>	5,1 (1,2)	0,085*	3,2 (2,0)	0,113*	4,5 (2,8)	0,492*	3,2 (1,9)	0,571*
Sim	5,3 (1,0)		5,3 (1,0)		3,5 (2,2)		4,7 (2,8)		3,1 (2,3)	
Autoavaliação positiva do estado de saúde (boa ou muito boa)										
Não	5,7 (2,0)	0,223*	5,0 (1,1)	<b>0,003*</b>	3,3 (2,1)	0,659*	4,5 (2,8)	0,402*	3,1 (1,9)	0,583*
Sim	5,9 (2,2)		5,3 (1,1)		3,2 (2,0)		4,6 (2,7)		3,2 (2,1)	
Visita de profissional da ESF										
Não	5,7 (2,1)	<b>0,020*</b>	5,1 (1,0)	<b>0,043*</b>	3,0 (2,0)	<b>&lt; 0,001*</b>	4,3 (2,7)	<b>0,010*</b>	2,8 (1,2)	<b>&lt; 0,001*</b>
Sim	6,0 (2,1)		5,3 (2,1)		3,6 (2,1)		4,9 (2,9)		3,6 (2,2)	
Variáveis sociodemográficas Quantitativas	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p-valor</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p-valor</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p-valor</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p-valor</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p-valor</b>
Idade (anos)	-0,003	0,94	-0,109	<b>0,002</b>	0,094	<b>0,008</b>	-0,036	0,313	0,106	<b>0,003</b>
Renda (reais)	-0,009	0,804	0,065	0,068	-0,063	0,079	0,031	0,39	-0,018	0,613
Escolaridade	0,08	0,025	0,13	<b>&lt; 0,001</b>	-0,061	0,085	0,079	<b>0,027</b>	-0,073	<b>0,04</b>

\*Teste t de student para amostras independentes; †Análise de variância (ANOVA); ‡Coeficiente de correlação de Pearson; DP: desvio-padrão.

A longitudinalidade representa a capacidade de uma equipe acompanhar um indivíduo no processo existencial. A relação da comunidade e sua fonte habitual de atenção deve se refletir em uma troca interpessoal intensa que exprima a confiança mútua entre esses atores<sup>(26)</sup>. O grau de afiliação é um componente de estrutura do atributo longitudinalidade e reflete o quanto o paciente se sente pertencente ao serviço<sup>(27)</sup>.

A relação entre longitudinalidade e percepção positiva das AE é explicada pela construção de vínculo entre usuários e profissionais, desenvolvida a partir das práticas educativas em saúde. O resultado aponta a relevância de promover AE capazes de produzir relações interpessoais que expressam a confiança mútua entre os sujeitos, aumentando o grau de satisfação dos usuários e melhora no estado de saúde.

Usuários que vivenciam as AE no âmbito da APS e as percebem como importantes, possuem uma visão ampliada da disponibilidade de recursos nas UBS, se identificam com o serviço e o profissional de saúde que se torna uma referência para seus cuidados, configurando uma relação de vínculo, visto que as atividades educativas em grupos facilitam a vinculação e produção de autonomia dos pacientes<sup>(25, 28)</sup>.

O estudo demonstrou insuficiência nas práticas educativas, com baixa participação de usuários, demonstrando que essas atividades são incipientes e pouco priorizadas pelas equipes de ESF. Esses achados caminham na contramão da PNAB, que estabelece que as ações de educação em saúde à população adstrita seja atribuição comum a toda equipe de ESF, sendo imprescindíveis para continuidade do cuidado<sup>(12)</sup>.

Dentre os participantes das AE, mais da metade referem obrigatoriedade da participação como condição para ingressar em um serviço ou obter acesso a algum tratamento ofertado pela ESF, revelando uma manutenção do caráter impositivo e coercitivo das AE. A investigação constatou que as AE não se apresentam como prioridade na agenda profissional, nota-se um processo de trabalho que reproduz ações verticalizadas, marcadas pela transmissão do saber; tais atividades são: palestras de planejamento familiar, obrigatória para obter acesso à esterilização cirúrgica; reuniões e palestras para os beneficiários do Programa Bolsa Família; AE como pré-requisito para ações de saúde bucal.

Em relação aos profissionais que conduziram as AE, o cirurgião dentista foi apontado como o principal profissional, isso se deve à organização dos serviços municipal de saúde bucal da APS, cuja presença na palestra programada é condição para o acesso e tratamento. A transformação das práticas educativas constitui um desafio para o sistema de saúde, tendo em vista, que o modelo vigente possui herança historicamente hegemônica, centrado no modelo curativista, verticalizado, com enfoque reducionista e mecanicista, aonde as práticas educativas em saúde tendem a reduzir-se a atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo<sup>(24, 25)</sup>.

Outra variável significativa foi a visita domiciliar, atribuição comum aos membros da equipe de ESF<sup>(12)</sup>, impactou positivamente a avaliação dos usuários em sete dos dez atributos, destacando como mais elevados os resultados dos atributos: acesso de primeiro contato-utilização, coordenação-sistemas de informação, coordenação-integração de cuidados, integralidade-serviços disponíveis e longitudinalidade. Estudos evidenciaram a importância da visita domiciliar no estabelecimento de vínculo com os usuários, possuindo condição estratégica para garantir a integralidade das ações, pois possibilita uma maior proximidade e responsabilização da equipe com as necessidades de saúde das pessoas, possibilitando a concretização dos princípios básicos da APS: integralidade, acessibilidade, coordenação e longitudinalidade<sup>(12, 29)</sup>.

A visita domiciliar pode se configurar como espaço para a realização de práticas educativas em saúde, que promovam mudanças a partir do pensar e do fazer dos sujeitos por meio de uma práxis transformadora. Além disso, pode ser utilizada como ferramenta capaz de identificar a situação de risco e vulnerabilidade dos pacientes<sup>(30, 31)</sup>.

As limitações deste estudo referem-se à organização e estrutura da APS no município estudado, tendo em vista, a baixa cobertura de ACS e ausência de processo de territorialização e adscrição definidos, assim, o mesmo paciente percorre várias UBS para obter acesso, não havendo afiliação e vinculação com a equipe de ESF de referência.

Ressalta-se ainda como fatores limitantes a falta de profissionais capacitados e a ausência de estímulos governamentais no país para capacitações dos usuários com necessidades especiais, dentre elas

usuários com incapacidade visual, auditiva, dentre outras, o que não permite generalizar os achados desse presente estudo, comprometendo sua validade externa.

## CONCLUSÃO

As atividades educativas se mostraram insuficientes para determinar escores alto ou próximos do ponto de corte, entretanto, usuários que vivenciaram as práticas educativas em saúde avaliaram melhor alguns atributos em relação aos que não participaram, dessa forma, as AE apontam um caráter transformador capaz de associar a uma melhor avaliação da APS.

As ações de educação e promoção da saúde não são priorizadas pelas equipes de ESF em relação às práticas assistenciais tradicionais de tratamento e de reabilitação, funções administrativas e gerenciais dos profissionais de saúde. Essa limitação se evidencia pelo baixo percentual de usuários que participaram de atividades educativas nos últimos seis meses.

Dentre as implicações, abordou-se a avaliação da APS correlacionada com variáveis de educação em saúde, confirmando a hipótese de que essa associação é capaz de produzir resultados positivos nesse nível de atenção. Contudo, ainda há muito a se produzir com o propósito de estabelecer os efeitos dessa relação nos serviços de APS a nível regional e nacional, buscando proporcionar comparações entre os desempenhos da APS que adota práticas libertadoras e emancipatórias de educação em saúde.

**Financiamento:** Não houve financiamento.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram que não possuem conflitos de interesses.

**Agradecimentos:** Ao Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

## REFERÊNCIAS

1. Assefa Y, Hill PS, Gilks CF, Admassu M, Tesfaye D, Van Damme W. Primary health care contributions to universal health coverage, Ethiopia. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2020 [citado 2022 mar 20]; 98(12): 894-905A. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.19.248328>
2. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trab educ Saúde* [Internet]. 2021 [citado 2022 mar 20]; 19(1): e00321153. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>
3. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado 2022 mar 20]; 42(1): 18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União, Ministério da Saúde*, 2017; [citado 2021 ago 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
5. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 13]; 42(1): 452-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S131>
6. Henderson R, Montesanti S, Crowshoe L, Leduc C. Advancing Indigenous primary health care policy in Alberta, Canada. *Health Policy* [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 12]; 122(6): 638-644. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.healthpol.2018.04.014>
7. Husdal R, Thors AE, Leksell J, Eliasson B, Jansson S, Jerdén L, et al. Associations between quality of work features in primary health care and glycaemic control in people with Type 2 diabetes mellitus: A nationwide survey. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2019 [citado 2021 ago 12]; 13(2): 176-186. Disponível em: <https://doi:10.1016/j.pcd.2018.11.005>
8. D'Ávila, OP, Pinto LFS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado 2022 mar 20]; 22(3): 855-865. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0855.pdf>
9. Moe GC, Moe JES, Bailey AL. Evaluating the implementation of collaborative teams in community family practice using the Primary Care Assessment Tool. *Can Fam Physician* [Internet]. 2019 [citado 2022 mar 20]; 65(12): e515-e522. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/cfp/65/12/e515.full.pdf>

10. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad saúde colet* [Internet]. 2017 [citado 2021 ago 18]; 25(2): 242-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>
11. Prates ML, Machado JC, Da Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrument PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [citado 2021 ago 18]; 22(6): 1881-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
12. Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES; 2012. 96 p.
13. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 2021 ago 18]; 23(5): 979-987. Disponível em <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>
14. Passone EFK. Uma perspectiva educacional histórico-crítica na educação permanente em saúde. *Rev @mbienteeducação* [Internet]. 2019 [citado 2022 mar 21]; 12(3): 132-153. Disponível em: <https://doi.org/10.26843/ae19828632v12n32019p132a153>
15. Ministério da Saúde (Br). *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020/Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde [Internet]. 2020 [citado 2022 mar 20]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506\\_Pcatool\\_versao\\_preliminar\\_Final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_Pcatool_versao_preliminar_Final.pdf)
16. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Gabardo MCL, Moysés SJ. Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado 2021 ago 18]; 9(1): e023283. Disponível em: <http://doi:10.1136/bmjopen-2018-023283>
17. Ministério da Saúde (Br). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde [Internet]. 2017 [citado 2021 ago 18]. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-05/10\\_portaria\\_de\\_consolidacao\\_n\\_2\\_2017\\_contratualizacao\\_cosems.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf)
18. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis* [Internet]. 2015 [citado 2021 ago 18]; 25(4): 1207-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009>
19. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface* [Internet]. 2005 [citado 2021 ago 18]; 9(16): 39-52. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>
20. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trab educ saúde* [Internet]. 2014 [citado 2021 ago 18]; 12(1): 129-147. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100008>
21. Zou KH, Tuncali K, Silverman SG. Correlation and Simple Linear Regression. *Radiology*. [Internet]. 2003 [citado 2021 ago 18]; 227(3): 617-628. Disponível em: <https://doi.org/10.1148/radiol.2273011499>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. Jataí-GO. Rio de Janeiro: IBGE [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 20]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/jatai/panorama>
23. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-Gestor Atenção Básica. *Cobertura da Atenção Básica* [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
24. Hauser L, Castro R, Vigo Á, Trindade T, Gonçalves M, Stein A, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Medic Fam Comum* [Internet]. 2013 [citado 2021 ago 20]; 8(29): 244-255. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)821](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)821)
25. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* [Internet]. 1951 [citado 2021 ago 20]; 16(3): 297-334. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02310555>
26. Bravo G, Potvin L. Estimating the reliability of continuous measures with cronbach's alpha or the intraclass correlation coefficient: Toward the integration of two traditions. *JCE* [Internet]. 1991 [citado 2021 ago 20]; 44(4-5): 381-90. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(91\)90076-1](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(91)90076-1)
27. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropractic Medicine* [Internet]. 2016 [citado 2021 ago 20]; 15(2): 155-63. Disponível em: [14](http://dx.doi.org/10.1016/j.</a></li>
</ol>
</div>
<div data-bbox=)

- jcm.2016.02.012
28. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med* [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 20]; 18(3): 91-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
  29. Casa Civil (Br). Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 9.255 de 29 de dezembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília (DF) [Internet]. 2017 [citado 2021 ago 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/D9255.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9255.htm)
  30. Pinheiro JV, Ribeiro MTAM, Fiuza TM, Montenegro Junior RM. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2019 [citado 2021 ago 20]; 14(41): 1818. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1818](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1818).
  31. Carvalhotorres HC, Cortez DN, Reis IA. Avaliação da educação em grupo de diabetes na atenção primária à saúde. *Cienc Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2021 ago 20]; 22(3): 35-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000300035>