v7.n9.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

COBERTURA E ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIONAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ, MARANHÃO

COVERAGE AND ACCESS TO PRIMARY HEALTH CARE IN THE IMPERATRIZ HEALTH REGIONAL, MARANHÃO

COBERTURA Y ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA REGIONAL DE SALUD DE IMPERATRIZ, MARANHÃO

Gabriel de Sousa Macedo Araújo[1], Henrique Santos de Oliveira Alencar[2], Maurício Pereira Honorato Filho[1], Arthur André Castro da Costa[3], Aline Santana Figueiredo[4], Elen Diana Lopes Moraes Ribeiro[5], Rodson Glauber Ribeiro Chaves[4]

e798978
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i9.8978

PUBLICADO: 09/2026

RESUMO

Objetivo: Sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), analisar a cobertura, as condições de acesso – comparando urbano e rural –, e a relação entre cobertura e acesso, na Regional de Saúde de Imperatriz. Métodos: Estudo ecológico a partir de dados da plataforma e-Gestor Atenção Primária e da avaliação externa do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Incluíram-se cálculos de mediana, amplitude, percentuais e correlação de Spearman. Resultados: Encontrou-se: elevada cobertura da APS na maioria dos municípios; elevados valores para acolhimento à demanda espontânea e para satisfação dos usuários; menores valores para acessibilidade para cadeirantes e para marcação de consultas com especialistas; piores indicadores de acesso em municípios com maior predominância de equipes que atendem populações rurais; ausência de correlações entre cobertura e acesso, na análise global. Conclusão: Apesar da elevada cobertura da APS na região analisada, persistem desigualdades no acesso aos serviços, especialmente em municípios com maior predominância de população rural, e a ampliação da cobertura, isoladamente, não garante acesso equitativo.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura de Serviços de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. População rural.

ABSTRACT

Objective: About Primary Health Care (PHC), to analyze coverage, access conditions – comparing urban and rural – and the relationship between coverage and access in the Imperatriz Health Region. Methods: Ecological study based on data from the e-Gestor Primary Care platform and the external evaluation of the third cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. Calculations of median, range, percentages, and Spearman correlation were included. Results: It was found: high PHC coverage in most municipalities; high values for welcoming spontaneous demand and for user satisfaction; lower values for wheelchair accessibility and for scheduling appointments with specialists; worse access indicators in municipalities with a higher predominance of teams serving rural populations; absence of correlations between coverage and access in the global analysis.

[1] Universidade Federal do Maranhão, Graduando em Medicina.
[2] Universidade Estadual do Maranhão, Graduando em Enfermagem.
[3] Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão, Biólogo Doutor em Ciências da Saúde.
[4] Universidade Federal do Maranhão, Enfermeir(o)a Doutor(a) em Ciências da Saúde.
[5] Universidade CEUMA, Médica Mestranda em Biociências.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conclusion: Despite the high coverage of PHC in the analyzed region, inequalities in access to services persist, especially in municipalities with a higher predominance of rural population, and the expansion of coverage alone does not guarantee equitable access.

KEYWORDS: *Health Service Coverage. Access to Health Services. Rural Population.*

RESUMEN
Objetivo: Sobre la Atención Primaria de Salud (APS), analizar la cobertura, las condiciones de acceso – comparando urbano y rural –, y la relación entre cobertura y acceso, en la Regional de Salud de Imperatriz. Métodos: Estudio ecológico a partir de datos de la plataforma e-Gestor Atención Primaria y de la evaluación externa del tercer ciclo del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica. Se incluyeron cálculos de mediana, amplitud, porcentajes y correlación de Spearman. Resultados: Se encontró: alta cobertura de la APS en la mayoría de los municipios; valores elevados para atención a la demanda espontánea y para satisfacción de los usuarios; valores más bajos para accesibilidad para personas en silla de ruedas y para programación de consultas con especialistas; peores indicadores de acceso en municipios con mayor predominancia de equipos que atienden poblaciones rurales; ausencia de correlaciones entre cobertura y acceso, en el análisis global. Conclusión: A pesar de la elevada cobertura de la APS en la región analizada, persisten desigualdades en el acceso a los servicios, especialmente en municipios con mayor predominio de población rural, y la ampliación de la cobertura, aisladamente, no garantiza acceso equitativo.

PALABRAS-CLAVE: *Cobertura de los Servicios de Salud. Acceso a los Servicios de Salud. Población Rural.*

INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos os cidadãos e responsabilidade do Estado, a qual deve ser firmada por meio de políticas socioeconômicas que objetivem mitigar o risco de doença e garantir o acesso universal e sem distinção às ações e serviços no âmbito da saúde[1]. Nessa linha, surge o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Primária à Saúde (APS) (ou Atenção Básica – AB) é reconhecida como a principal porta de entrada do SUS, como elemento ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e é coroada como a principal estratégia para a organização racional, equitativa e eficiente dos serviços de saúde no Brasil[2]. Seu fortalecimento e sua organização adequada são essenciais para garantir o acesso universal, a continuidade, a integralidade e a resolutividade dos serviços e cuidado em saúde[3].

No Brasil, a APS é operacionalizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), estratégia preferencial da AB[2], que tem contribuído significativamente para a ampliação da cobertura dos serviços básicos e a melhoria dos indicadores de saúde pública[4].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Apesar dos avanços na cobertura que o Brasil tem apresentado nas últimas décadas, especialmente pela expansão significativa da cobertura da ESF, um estudo nacional[5] apontou que, no início de 2023, apenas pouco mais de 73% dos municípios do Brasil apresentavam cobertura de APS acima de 90%, ou seja, há localidades com carência na cobertura dos serviços de AB, e outra evidência aponta que a ampliação quantitativa da cobertura não garante, por si só, melhorias no acesso efetivo ou na qualidade da atenção ofertada[6].

A região Nordeste – onde está inserida a Regional de Saúde de Imperatriz – apresenta indicadores preocupantes de pobreza e analfabetismo[7]. Tais vulnerabilidades impactam diretamente na capacidade de acesso a serviços básicos de saúde, sobretudo entre populações residentes em áreas rurais e periferias urbanas[8]. Ademais, apesar dos avanços, nessa região ainda persistem desigualdades relevantes em infraestrutura, financiamento e desempenho dos serviços de saúde, o que impacta diretamente na efetividade da APS, contribuindo para o agravamento de doenças evitáveis, aumento da mortalidade por causas sensíveis à atenção básica e sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade[9,10].

Nesse sentido, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde, surgiu como ferramenta estratégica para avaliar, monitorar e induzir a qualificação da APS no país. Por meio de ciclos avaliativos, o programa coleta dados sobre a estrutura das unidades, composição e processo de trabalho das equipes e desempenho em indicadores de saúde[11]. A análise desses dados oferece evidências para o planejamento mais justo e eficiente da APS.

Não obstante isso, ainda são escassas as análises direcionadas exclusivamente à população componente da Regional de Saúde de Imperatriz, no Maranhão, especialmente com foco comparativo entre contextos rurais e urbanos, e a investigação da correlação entre cobertura e acesso à saúde na AB.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo fazer o levantamento da abrangência da cobertura da APS no período de 2019 a 2023 e das condições de acesso aos serviços básicos de saúde na Regional de Saúde de Imperatriz do Maranhão, para verificar se a expansão da cobertura da APS no Brasil se reflete nesta região, se as condições de acesso a esses serviços são favoráveis – especialmente para populações rurais –, e buscar compreender, de forma integrada, como os níveis de cobertura da APS se relacionam com diferentes dimensões do acesso aos serviços de saúde.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

1. MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, ecológico, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise de dados secundários de domínio público, que avaliou o nível da cobertura da APS de 2019 a 2023 e indicadores de acesso aos serviços de atenção básica em saúde, nos municípios integrantes da Regional de Saúde de Imperatriz, no Maranhão.

A Regional de Saúde de Imperatriz é composta por 16 municípios: Amarante, Buritirana, Campestre do Maranhão, Carolina, Davinópolis, Estreito, Governador Edson Lobão, Imperatriz (Sede), João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Roque e Sítio Novo[12]. Integraram também a pesquisa as unidades de saúde desses municípios que participaram da fase avaliativa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, bem como as equipes e usuários dessas unidades que responderam ao questionário avaliativo. Foram excluídas da pesquisa as unidades de saúde que, por algum motivo, não responderam ao questionário avaliativo. Consequentemente, suas respectivas equipes e usuários também não foram considerados, uma vez que não foram entrevistados na fase de avaliação do PMAQ-AB.

O nível de cobertura da APS foi extraído da plataforma “e-Gestor Atenção Primária”[13], do MS. Dessa plataforma, foram coletados os percentuais mensais de cobertura da APS dos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz, referentes ao período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023. Na coleta dos valores de cobertura, os dados foram organizados por município e por mês dentro de cada ano, possibilitando o cálculo de medidas descritivas ao longo da série histórica, como mediana e amplitude (valores mínimo e máximo). Cabe esclarecer que, para 2019 e 2020, visto não haver um campo específico sobre a cobertura da APS, considerou-se o percentual da “Cobertura da ESF”, como uma forma de padronizar a análise com os anos de 2021 a 2023, que teve como significativo apenas a população coberta pelas equipes de Saúde da Família (eSF) para estimar a cobertura da APS.

Já os dados referentes ao acesso à Atenção Básica são oriundos dos microdados de avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB – que ocorreu entre 2015 e 2019 –, disponibilizados também pelo Ministério da Saúde[14]. Para a investigação dos indicadores de acesso à atenção básica nesses municípios, foram selecionados itens específicos de cada um dos três primeiros módulos avaliativos da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB: Módulo I: I.4.2.1, I.4.2.3 e I.4.2.7; Módulo II: II.9.2.1, II.9.2.2, II.10.1, II.12.9.1 e II.12.9.2; Módulo III: III.4.5 e III.21.1.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A partir desses itens, foram construídos sete parâmetros referentes ao acesso à APS, identificados pelas letras A a G. Os critérios de classificação de cada parâmetro estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Parâmetros de acesso à Atenção Básica e respectivos critérios de classificação, segundo itens do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Parâmetro	Descrição	Critério adotado
A	Acessibilidade da unidade de saúde para cadeirantes	Resposta "sim" em ambos os itens I.4.2.1 e I.4.2.3
B	Sinalização interna dos setores de serviços da unidade de saúde	Resposta "sim" no item I.4.2.7
C	Marcação de consulta pela unidade de saúde para cuidado continuado	Resposta "sim" no item II.9.2.1 e/ou II.9.2.2
D	Acolhimento à demanda espontânea pela unidade de saúde	Resposta "sim" no item II.10.1
E	Marcação de consulta com especialista feita pela unidade de saúde	Resposta "sim" no item II.12.9.1 e/ou II.12.9.2
F	Satisfação do usuário com o horário de funcionamento da unidade de saúde	Resposta "sim" ou "às vezes" no item III.4.5
G	Satisfação geral do usuário com a unidade de saúde	Resposta "não" no item III.21.1

Fonte: Elaboração própria.

Para a classificação dos municípios quanto à prevalência de equipes que atendem a população rural, foi utilizada a resposta ao item II.31.2.6 (“População rural”, à pergunta “Qual(is) a(s) população(ões) que existe(m) no território?”) do módulo II do PMAQ-AB. Inicialmente, foi identificado o número de equipes que responderam "não" ou "não se aplica" ao referido item. Esse valor foi subtraído do total de equipes participantes do ciclo avaliativo em cada município. Em seguida, foi calculado o valor relativo dessa diferença em relação ao total de equipes do município, permitindo a identificação da proporção de equipes com atendimento à população rural, em percentual.

Ambas as bases de dados são de acesso público e não permitem a identificação individual de usuários ou profissionais.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Os dados coletados foram inicialmente tabulados no programa *Microsoft Office Excel® 2016*, no qual foram organizados, consolidados e submetidos a cálculos preliminares. Posteriormente, as análises estatísticas foram realizadas no software Jamovi, versão 2.7.14[15].

Foram empregadas as seguintes técnicas estatísticas: Medidas descritivas: mediana e amplitude (valores mínimo e máximo); Cálculo de valores relativos (percentuais); Correlação de Spearman (rs), para avaliar a associação entre o nível de cobertura e os parâmetros de acesso na APS, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para as análises inferenciais.

Por utilizar exclusivamente dados secundários, de acesso público e sem identificação de indivíduos, o estudo está dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde[16].

2. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta valores da cobertura da APS na Regional de Saúde de Imperatriz do ano de 2019 a 2023, por município e por ano analisado.

A análise da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz, no período de 2019 a 2023, evidenciou oscilação na mediana dos percentuais, porém, mantendo elevada mediana de cobertura ao longo da série histórica, com predomínio de valores próximos ou iguais a 100% na maioria dos municípios.

Tabela 1. Mediana e amplitude (valor máximo e valor mínimo) da cobertura da Atenção Básica nos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz de 2019 a 2023, em percentual

Cidade	Ano analisado					
	2019	2020	2021	2022	2023	Série
Imperatriz	60,20 (57,50-61,50)	74,00 (61,40-84,00)	78,30 (62,50-85,60)	92,70 (86,40-94,20)	96,00 (94,30-97,30)	82,00 (57,50-97,30)
Estreito	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	78,90 (69,20-79,30)	76,60 (73,10-77,00)	79,20 (76,30-79,90)	79,30 (69,20-100,00)
Porto Franco	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	92,50 (84,10-97,30)	97,40 (96,00-97,80)	98,40 (97,70-98,70)	98,40 (84,10-100,00)
João Lisboa	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	91,70 (76,50-96,10)	100,00 (87,10-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (76,50-100,00)
Ribamar Fiquene	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

	(100,00-100,00)	(100,00-100,00)	(96,60-100,00)	(100,00-100,00)	(100,00-100,00)	(96,60-100,00)
Senador La Roque	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)
Sítio Novo	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)
Buritirana	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	83,00 (75,10-85,20)	86,80 (84,00-87,90)	89,70 (87,90-90,00)	89,70 (75,10-100,00)
Carolina	100,00 (56,70-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	59,60 (47,00-62,80)	71,00 (63,50-75,80)	80,70 (76,10-83,20)	76,70 (47,00-100,00)
São João do Paraíso	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	83,70 (60,10-89,90)	90,30 (89,30-91,40)	91,60 (91,00-93,10)	91,60 (60,10-100,00)
Governador Edson Lobão	95,50 (95,50-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (94,50-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (94,50-100,00)
Montes Altos	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	85,80 (70,50-91,60)	91,60 (90,30-92,60)	92,80 (92,20-94,00)	92,80 (70,80-100,00)
Amarante	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	88,80 (72,30-90,90)	91,40 (89,10-91,90)	91,80 (91,70-92,10)	91,90 (72,30-100,00)
Lajeado Novo	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (91,40-100,00)	89,60 (70,60-95,90)	100,00 (95,70-100,00)	100,00 (99,80-100,00)	100,00 (70,60-100,00)
Campestre do Maranhão	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (96,00-100,00)	94,60 (0-95,30)	93,20 (92,70-93,90)	93,50 (92,60-93,70)	94,60 (0-100,00)
Davinópolis	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	90,30 (82,60-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (100,00-100,00)	100,00 (82,60-100,00)
Regional de Saúde de Imperatriz	**100,00 (56,70-100,00)**	**100,00 (61,40-100,00)**	**89,60 (0-100,00)**	**94,20 (63,50-100,00)**	**97,50 (76,10-100,00)**	**100,00 (0-100,00)**

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que, nos anos de 2019 e 2020, praticamente todos os municípios apresentaram mediana de cobertura de 100%, com exceção de Governador Edson Lobão, que

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

apresentou mediana de 95,5% em 2019, e Imperatriz, que registrou as menores medianas no período, com 60,2% em 2019 e 74,0% em 2020. Em 2021, verificou-se redução da mediana da cobertura em diversos municípios, com maior variabilidade dos valores mínimos e máximos, destacando-se Carolina (mediana de 59,6%) e Estreito (78,9%). A partir de 2022, observou-se recuperação progressiva da cobertura da APS na maioria dos municípios, com medianas novamente elevadas. Em 2023, a maior parte dos municípios apresentou medianas superiores a 90%, sendo que diversos mantiveram cobertura integral de 100% ao longo do ano.

Individualmente, os municípios de Sítio Novo e Senador La Roque destacaram-se por manterem cobertura constante de 100% durante todo o período da série histórica. Em contraste, o município de Carolina apresentou o pior desempenho, tendo uma queda acentuada em 2021, registrando 59,6% de cobertura, e mantendo valores de mediana abaixo de 81% a partir de então. Estreito, semelhante a Carolina, também teve desempenho abaixo dos demais municípios, com queda muito acentuada em 2021 (de 100% para 78,9%) e mantendo valores seguintes abaixo de 80%.

Para a Regional de Saúde de Imperatriz como um todo, a mediana da cobertura passou de 100% em 2019 e 2020 para 89,6% em 2021, aumentando para 94,2% em 2022 e 97,5% em 2023. Analisando a série histórica, a regional apresentou amplitude que variou de 0% a 100% entre os municípios.

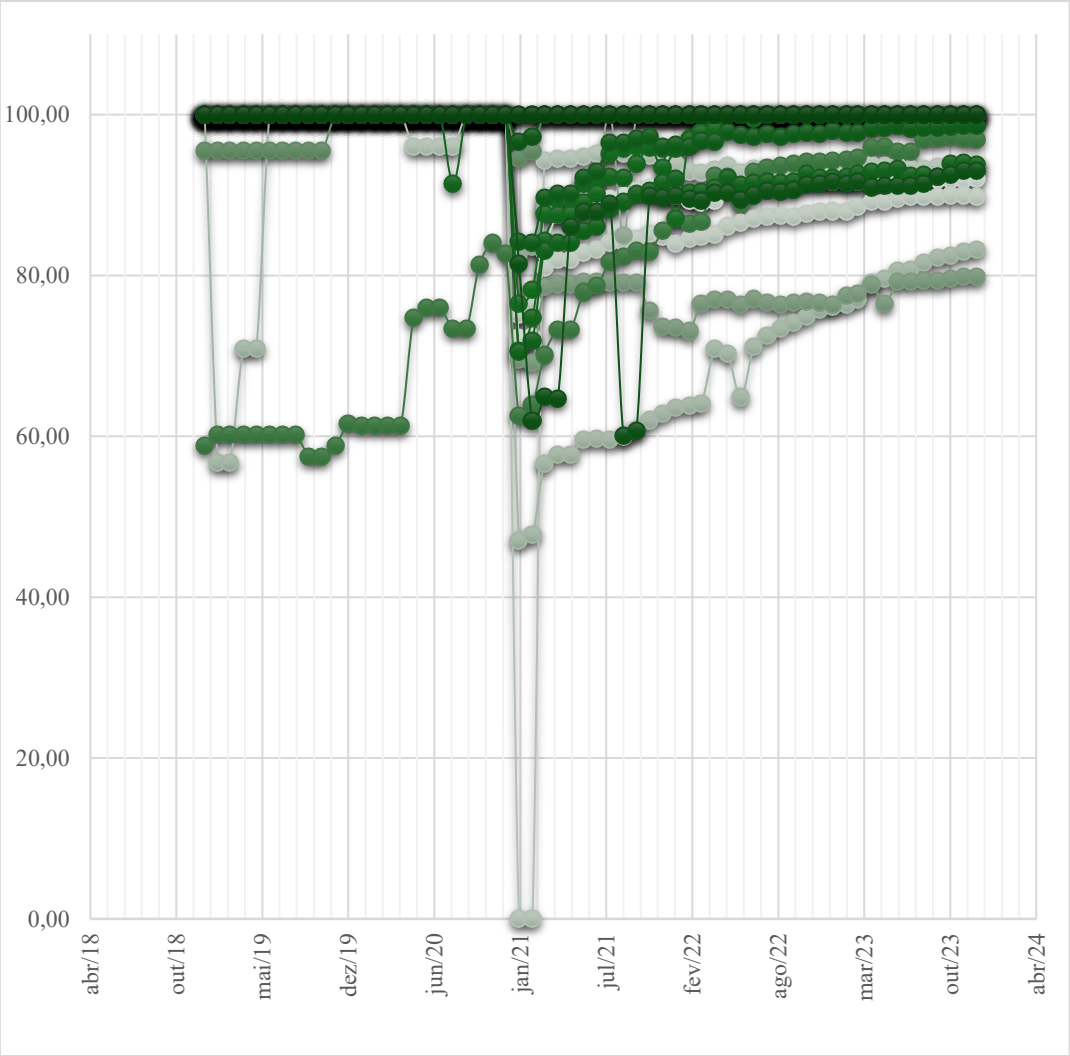
O Gráfico 1 ilustra a dispersão dos percentuais mensais da cobertura da APS dos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz durante os anos da série, e ilustra o que foi descrito anteriormente.

Observa-se que, nos anos de 2019 e 2020, os pontos concentram-se majoritariamente próximos ao valor máximo de cobertura, indicando estabilidade e baixa variabilidade mensal, e que a partir de 2021 houve uma fragmentação desses valores.

Em 2021, nota-se maior dispersão dos valores, com redução da cobertura em alguns municípios, evidenciando maior heterogeneidade intra-anual. Nos anos de 2022 e 2023, o gráfico demonstra tendência de elevação e maior concentração dos percentuais mensais em patamares elevados, sugerindo recuperação e maior regularidade da cobertura da APS ao longo dos meses analisados.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Gráfico 1. Gráfico de dispersão dos percentuais mensais da cobertura da Atenção Básica dos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz



Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB para a Regional de Saúde de Imperatriz, 113 unidades de saúde haviam se inscrito no programa, mas apenas 108 participaram da avaliação; essas 108 unidades participantes contribuíram com 141 equipes e 550 usuários que responderam aos seus respectivos questionários.

A Tabela 2 descreve os dados dos indicadores de acesso à APS nos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz, considerando diferentes dimensões relacionadas à estrutura, organização e satisfação dos usuários.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Os indicadores de acesso à APS na região demonstraram desempenhos heterogêneos entre os diferentes parâmetros avaliados.

De modo geral, observam-se elevados percentuais nos indicadores relacionados ao acolhimento à demanda espontânea pela unidade de saúde e à satisfação do usuário com o horário de funcionamento da unidade de saúde, com valores próximos ou iguais a 100% em grande parte dos municípios. João Lisboa, Campestre do Maranhão e Governador Edson Lobão apresentaram maior frequência de valores de 100% (seis, cinco e cinco, respectivamente).

Tabela 2. Percentual dos indicadores de acesso a Atenção Básica nos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz

Cidade	Percentual dos indicadores de acesso a APS						
	A	B	C	D	E	F	G
Imperatriz	50,00	90,00	90,63	100,00	62,50	100,00	94,53
Estreito	88,89	88,89	100,00	100,00	76,92	100,00	96,15
Porto Franco	100,00	85,71	100,00	100,00	62,50	100,00	96,97
João Lisboa	100,00	100,00	100,00	100,00	55,56	100,00	100,00
Ribamar Fiquene	100,00	100,00	66,67	100,00	33,33	100,00	75,00
Senador La Roque	33,33	66,67	100,00	100,00	14,29	100,00	96,43
Sítio Novo	14,29	85,71	71,43	100,00	57,14	89,29	100,00
Buritirana	20,00	100,00	100,00	100,00	0,00	100,00	91,67
Carolina	30,00	60,00	60,00	100,00	10,00	95,00	100,00
São João do Paraíso	60,00	100,00	80,00	80,00	40,00	95,00	85,00
Governador Edson Lobão	40,00	100,00	100,00	100,00	20,00	100,00	100,00
Montes Altos	25,00	75,00	100,00	100,00	75,00	93,75	100,00
Amarante	72,73	100,00	100,00	100,00	5,26	98,73	100,00
Lajeado Novo	66,67	66,67	100,00	100,00	33,33	100,00	72,73
Campestre do Maranhão	100,00	100,00	100,00	100,00	20,00	100,00	95,45
Davinópolis	75,00	75,00	100,00	100,00	20,00	85,00	75,00
Regional de Saúde de Imperatriz	**58,33**	**87,04**	**92,20**	**99,29**	**40,43**	**98,00**	**95,09**

A - Acessibilidade da unidade de saúde para cadeirantes. B - Sinalização interna dos setores de serviços da unidade de saúde. C - Marcação de consulta pela unidade de saúde para cuidado continuado. D - Acolhimento à demanda espontânea pela unidade de saúde. E - Marcação de consulta com especialista feita pela unidade de saúde. F - Satisfação do usuário com o horário de funcionamento da unidade de saúde. G - Satisfação geral do usuário com a unidade de saúde. Fonte: Elaboração própria.

Em contrapartida, os menores percentuais foram observados nos indicadores de acessibilidade da unidade de saúde para cadeirantes e marcação de consulta com especialista feita pela unidade, com ampla variação entre os municípios. O indicador de acessibilidade para cadeirantes apresentou percentuais inferiores a 50% em diversos municípios, evidenciando

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

fragilidades estruturais no acesso físico aos serviços. A marcação de consulta com especialista pela unidade de saúde também apresentou percentuais reduzidos em parte dos municípios, indicando que, possivelmente, há carência de especialista dentro daquela Rede de Saúde ou que os próprios usuários têm de se responsabilizar por marcar a consulta com o especialista, sinalizando, de qualquer forma, uma barreira de acesso à saúde a partir da APS. São João do Paraíso, Carolina, Davinópolis, Imperatriz e Sítio Novo apresentaram menor frequência de valores de 100% (uma vez para São João do Paraíso e duas vezes para os demais municípios).

Para o conjunto da Regional de Saúde de Imperatriz, os maiores percentuais foram observados nos indicadores de acolhimento à demanda espontânea pela unidade de saúde (99,29%), satisfação com o horário de funcionamento da unidade (98,00%) e satisfação geral do usuário com a unidade de saúde (95,09%). Os menores valores regionais corresponderam à acessibilidade da unidade para cadeirantes (58,33%) e à marcação de consulta com especialista realizada pela unidade de saúde (40,43%).

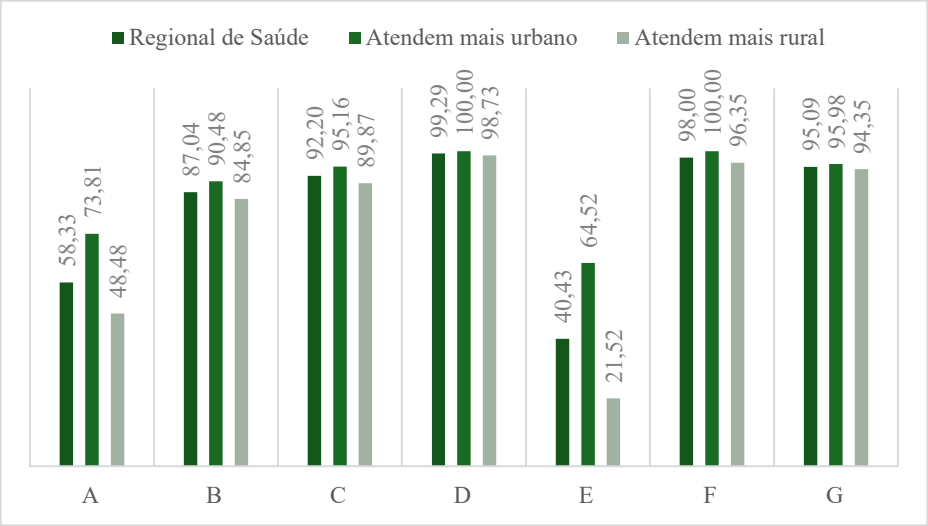
Ao estratificar os municípios pelo perfil de atendimento das equipes, analisando quais municípios contavam com maior quantidade de equipes que atendiam à população rural, a maioria dos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz contava com maior quantidade relativa de equipes que atendem a população rural, sendo os municípios: Ribamar Fiquene (100%), Senador La Roque (85,71%), Sítio Novo (85,71%), Buritirana (83,3%), Carolina (80%), São João do Paraíso (80%), Governador Edson Lobão (80%), Montes Altos (75%), Amarante (68%), Lajeado Novo (66,67%), Campestre do Maranhão (60%) e Davinópolis (60%).

O Gráfico 2 exibe a comparação dos indicadores de acesso à APS de acordo com a prevalência de equipes de saúde que atendem a população rural.

Observa-se que, de modo geral, os municípios com maior proporção de equipes que atendem à população rural apresentaram percentuais inferiores em todos os indicadores, quando comparados àqueles com menor atuação rural e à regional de saúde analisada, embora semelhantes na maioria dos indicadores. As maiores diferenças entre os grupos foram observadas nos indicadores de acessibilidade da unidade de saúde para cadeirantes e marcação de consulta com especialista pela unidade de saúde, enquanto os indicadores de acolhimento à demanda espontânea pela unidade de saúde e satisfação geral do usuário com a unidade apresentaram percentuais elevados em ambos os agrupamentos, com menor variação entre eles.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Gráfico 2. Comparativo dos percentuais dos indicadores de acesso à Atenção Básica, segundo agrupamentos municipais de acordo com a prevalência de equipes de saúde que atendem a população rural



A - Acessibilidade da unidade de saúde para cadeirantes. B - Sinalização interna dos setores de serviços da unidade de saúde. C - Marcação de consulta pela unidade de saúde para cuidado continuado. D - Acolhimento à demanda espontânea pela unidade de saúde. E - Marcação de consulta com especialista feita pela unidade de saúde. F - Satisfação do usuário com o horário de funcionamento da unidade de saúde. G - Satisfação geral do usuário com a unidade de saúde. Fonte: Elaboração própria.

Observou-se, ainda, que localidades onde a maioria das equipes atende a população rural enfrentam maiores dificuldades de acesso. Nesses municípios, a acessibilidade para cadeirantes cai para 48,48% (contra 73,81% nos de minoria rural) e a marcação de consultas com especialistas feita pela unidade de saúde é significativamente menor, atingindo apenas 21,52%.

Na verificação de correlação entre os parâmetros de acesso do PMAQ-AB e a mediana dos percentuais de cobertura da APS no ano de 2019, nos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz, mediante aplicação da correlação de Spearman, não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre os parâmetros de acesso avaliados e a cobertura da APS, uma vez que todos os valores de p foram superiores a 0,05.

Os coeficientes de correlação de Spearman (rs) indicaram associações fracas, tanto positivas quanto negativas, entre os indicadores de acesso e de cobertura da APS. O maior valor de correlação positiva foi observado para o indicador de marcação de consulta pela unidade de saúde para cuidado continuado (rs = 0,238, p = 0,374), enquanto a maior correlação negativa foi

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

registrada para a marcação de consulta com especialista feita pela unidade de saúde (rs = -0,281, p = 0,291). Ou seja, quanto maior a cobertura da APS, maior é a quantidade relativa de marcação de consultas pela unidade para cuidado continuado e, quanto maior a cobertura na APS, menor é a quantidade de marcação de consulta com especialista feita pela unidade, respectivamente, embora sem significância estatística.

A única correlação estatisticamente significativa e fortemente positiva entre cobertura da APS e condições de acesso a esse serviço foi entre cobertura e marcação de consulta para cuidado continuado, ao analisar apenas as unidades de saúde cujas equipes atendem minimamente ao público rural (rs = 1, p = 0,001). Ou seja, fora do ambiente de atendimento ao público rural, quanto maior a cobertura da assistência básica à saúde, maiores são as chances de esse público ter suas consultas para cuidado continuado marcadas pela própria unidade de saúde.

3. DISCUSSÃO

Estudos nacionais[4,17] apontam expansão significativa da cobertura da ESF nas últimas décadas – especialmente em municípios de pequeno e médio porte, como resultado do processo de descentralização e do fortalecimento da APS no SUS –, confirmando a consolidação da APS como eixo estruturante do SUS[2]. Além disso, outro estudo[5] brasileiro mostrou que, no início de 2023, mais de 73% dos municípios do Brasil tinham valores acima de 90% para a cobertura da APS e que, destes, aproximadamente 59% apresentavam cobertura de 100%. Esses achados estão em consonância com este trabalho, que evidenciou que a Regional de Saúde de Imperatriz apresentou elevada cobertura da APS, com predomínio de medianas próximas ou iguais a 100%, embora com oscilações temporais e heterogeneidades intermunicipais.

Apesar desse cenário favorável, observou-se redução da cobertura em 2021, seguida de recuperação progressiva nos anos subsequentes, tanto na mediana regional quanto em diversos municípios. Essa redução observada em 2021 pode estar relacionada aos impactos da pandemia de COVID-19, que levou à reorganização do processo de trabalho dos serviços de saúde e medo de contaminação por parte dos profissionais de saúde, levando a dificuldades operacionais na manutenção das ações rotineiras da APS, especialmente em contextos mais vulneráveis[18,19,20]. Entretanto, tal queda pode ser devida, na verdade, à mudança metodológica[21] de cálculo da cobertura da APS pelo MS, que, de 2021 a 2023, passou a considerar o quantitativo da população cadastrada nas equipes, e não a capacidade potencial[22] em relação à quantidade de equipes da APS.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

O desempenho inferior dos municípios de Imperatriz, Carolina e Estreito reforça o que foi visualizado em um estudo[23] que avaliou o acesso à AB na região norte do Brasil, que encontrou correlação negativa entre nível de cobertura das equipes da APS e o porte populacional (rs=0,55, p<0,001), uma vez que aquelas três cidades estão entre as quatro cidades com maior porte populacional entre os municípios analisados[24]. Além disso, tal heterogeneidade reforça que as desigualdades de cobertura dos serviços básicos de saúde, ainda existentes no Brasil, reverberam em escala local – como neste estudo –, em escala regional[23] e em escala nacional[25]. Isso porque a oferta de serviços básicos de saúde é fortemente influenciada por fatores como porte populacional, complexidade da rede assistencial, capacidade de gestão e desigualdades territoriais[23,26,27].

Na análise dos indicadores de acesso provenientes do terceiro ciclo do PMAQ-AB, o elevado percentual observado nos indicadores relacionados ao acolhimento à demanda espontânea, satisfação com o horário de funcionamento e satisfação geral dos usuários corrobora evidências[28,29] que ratificam essa descoberta ao apontar resultados favoráveis nos indicadores de atendimento à demanda espontânea e no horário de funcionamento dos serviços básicos de saúde, afirmando, ainda, que essas características são positivas à satisfação dos usuários com o serviço e à redução de encaminhamentos a serviços especializados, mostrando que a APS brasileira apresenta bom desempenho em aspectos relacionais e organizacionais do cuidado. Entretanto, os valores de 100% na quase totalidade dos municípios analisados quanto ao indicador de atendimento à demanda espontânea contrastam com um estudo[30] que apontou que apenas 69,3% dos usuários responderam ser atendidos sem hora marcada.

Em contrapartida, os baixos percentuais nos indicadores de acessibilidade para cadeirantes e marcação de consulta com especialista evidenciam fragilidades estruturais e organizacionais persistentes. A limitação da acessibilidade física para cadeirantes aparenta ser um problema amplo no Brasil, uma vez que outros estudos[31,32] nacionais descreveram problemas semelhantes, sobretudo em municípios com menor capacidade de investimento em infraestrutura, o que compromete o princípio doutrinário do SUS de equidade. De modo similar, os baixos valores de marcação de consultas especializadas feitas pela unidade de saúde refletem uma falta de articulação entre a APS e a atenção especializada, indo de encontro à máxima de APS como ordenadora da RAS e à sua diretriz de coordenação do cuidado[2]. Ainda nessa esteira, Sousa e Shimizu[33] destacaram que a forma de agendamento em que o próprio usuário é responsável por buscar os meios de marcar a consulta com o especialista é uma barreira de acesso aos serviços especializados da RAS, e isso desfavorece a continuidade do cuidado[34].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A estratificação dos municípios segundo a predominância de equipes que atendem populações rurais demonstrou que aqueles com maior atuação rural apresentaram piores indicadores de acesso, sobretudo em relação à acessibilidade física e à marcação de consultas com especialistas. Esse resultado está alinhado a evidências que apontam maiores barreiras geográficas, logísticas e estruturais enfrentadas por populações rurais no acesso aos serviços de saúde, incluindo distâncias, precariedade da infraestrutura e menor disponibilidade de serviços especializados[35,36]. Ainda assim, os elevados percentuais de acolhimento e satisfação geral nesses municípios sugerem que, apesar das limitações estruturais, as equipes conseguem manter relações positivas com os usuários, reforçando o papel do vínculo e da responsabilização no cuidado.

No que se refere à correlação entre cobertura da APS e parâmetros de acesso à APS, a ausência de correlações estatisticamente significativas sugere que cobertura elevada não se traduz automaticamente em melhor desempenho nos indicadores de acesso, corroborando estudos que apontam a complexidade da relação entre expansão da cobertura e efetividade do acesso à APS[6].

Entretanto, houve uma exceção: a correlação positiva e estatisticamente significativa entre cobertura da APS e marcação de consultas para cuidado continuado nas unidades que atendem minimamente à população rural. Essa correlação está de acordo com dois estudos[37,38] internacionais que encontraram valores maiores na continuidade do cuidado para pacientes de origem urbana comparados a pacientes de origem rural.

Este estudo possui limitações decorrentes do uso de dados secundários e da natureza ecológica da análise, que não permite inferências individuais. No entanto, os resultados fornecem subsídios para que os gestores da Regional de Imperatriz direcionem políticas não apenas para a manutenção da cobertura, mas para o fortalecimento da resolutividade técnica e da acessibilidade estrutural das unidades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os achados deste estudo evidenciam que a Regional de Saúde de Imperatriz apresenta elevada cobertura da APS, embora não seja de 100%, mostrando que ainda existem pessoas não alcançadas plenamente pelo direito fundamental à saúde, dever do Estado[1]. Também foi possível notar que ainda persistem desigualdades relevantes no acesso aos serviços da atenção básica, especialmente nos municípios com maior predominância de população rural. Esses resultados reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

qualificação da infraestrutura, fortalecimento da rede de atenção especializada e redução das desigualdades territoriais, de modo a garantir que a ampliação da cobertura se traduza efetivamente em acesso equitativo e cuidado integral à população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Artigos 196 a 200 – Seção II: Da Saúde [Internet]. Brasília: Governo Federal; 1988. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicaofederal.pdf.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO; 2002. 177 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

4. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate [Internet]. 2018;42(espec):18–37. DOI: 10.1590/0103-11042018S102.

5. Barros R. Analisando dados de cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil no início de 2023 [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); 2023 fev 16. Disponível em: https://cebes.org.br/atencao-primaria-a-saude-no-brasil-no-inicio-de-2023/30524/.

6. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde em Debate [Internet]. 2018;42(especial 1 set):208–23. DOI: 10.1590/0103-11042018S114.

7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama do Censo Demográfico 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/.

8. Barros LFM, Jesus FdP, Pereira ZB, Cruz AN, Batista SMO, Silva JAM, et al. Equidade no acesso à saúde no Brasil: desafios e caminhos para reduzir barreiras. Brazilian Journal of One Health [Internet]. 2025;2(1):295–303. DOI: 10.70164/bjoh.v2i1.47.

9. Souza KO, Ribeiro CJ, Santos JY, Araújo DC, Peixoto MV, Fracolli LA, et al. Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no Nordeste brasileiro. Acta Paul Enferm [Internet]. 2022;35:eAPE01076. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO010766.

10. Soares C, Ramos M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. Saúde em Debate [Internet]. 2020;44(126):708–24. DOI: 10.1590/0103-1104202012609.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq.

12. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Unidades Regionais de Saúde [Internet]. São Luís: SES-MA; 2025. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/unidades-regionais-de-saude/.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/aps.

14. Brasil. Ministério da Saúde. 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo.

15. The jamovi project. jamovi (Version 2.7.14) [computer software]. Sydney: jamovi; 2024. Disponível em: https://www.jamovi.org.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Brasília: Governo Federal; 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view.

17. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2018;23(6):1903–13. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

18. Carvalho RS, Mishima SM, Rezende KTA, Kawata LS, Peres CRFB, Sanhueza-Alvarado O, et al. Modelo de Atenção na Estratégia Saúde da Família: o cuidado antes e após a pandemia por COVID-19. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2025;30(5):e00672025. DOI: 10.1590/1413-81232025305.00672025.

19. Ribeiro AAA, Oliveira MVL, Furtado BMASM, Freitas GF. Impactos da pandemia COVID-19 na vida, saúde e trabalho de enfermeiras/os brasileiras/os. Acta Paul Enferm [Internet]. 2022;35:eAPE010466. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO010466.

20. Brasil VP, Ferigollo JP, Amadigi F, Nedel FB. Impacto da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde e suas condições sensíveis: Revisão de Escopo. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025;16(101):17732–17745. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i101p17732-17745.

21. Brasil. Nota Técnica nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS: Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211119_O_notacoberturaapspns_4413967205649403244.pdf.

22. Brasil. Nota Metodológica: Adaptação ao método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família; 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB_adaptada.pdf.

23. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. Saúde em Debate [Internet]. 2018;42(espec 1 set):81–99. DOI: 10.1590/0103-11042018S106.

24. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Prévia da população calculada com base nos resultados do Censo Demográfico 2022 – Maranhão [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/MA_POP2022.pdf.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. 165 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2024.pdf.

26. Butler DC, Jorm LR, Larkins S, Humphreys J, Desborough J, Korda KJ. Examining area-level variation in service organisation and delivery across the breadth of primary healthcare: usefulness of measures constructed from routine data. PLoS One [Internet]. 2021 Dec 1;16(12):e0260615. DOI: 10.1371/journal.pone.0260615.

27. Goodman DC, Brownlee S, Chang CH, Goodman MJ, Stukel TA, Wennberg JE. Regional and racial variation in primary care and the quality of care among Medicare beneficiaries: a report of the Dartmouth Atlas Project [Internet]. Lebanon: The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice; 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586139/.

28. Cantalino JLR, Scherer MDA, Soratto J, Schäfer AA, Oliveira DSA. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2021;55:22. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055002533.

29. Almeida ER, Pereira FWA. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. APS em Revista [Internet]. 2020;2(3):240–244. DOI: 10.14295/aps.v2i3.147.

30. Muniz MS, Pimentel NR, Ferreira JB, Santos LL, Ribeiro LC. Acolhimento à demanda espontânea nas perspectivas dos profissionais e usuários da Atenção Básica à Saúde. Rev Saúde Pública Santa Catarina [Internet]. 2017;10(2):38–54. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128726/acolhimento-a-demanda-espontanea-nas-perspectivas-dos-profissi_Sxl01Wg.pdf.

31. Clemente KAP, Silva SV, Inoue Vieira G, Bortoli MC, Toma TS, Ramos VD, et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. Rev Saúde Pública [Internet]. 2022;56:64. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003893.

32. Castro SS, Kessler AM, Silva MP. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011;45(1):99–105. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100012.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

33. Sousa ANA, Shimizu HE. Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos? Saúde em Debate [Internet]. 2024 dez 9;48:e8784. DOI: 10.1590/2358-28982024E28784P.

34. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate [Internet]. 2018;42(espec 1):244–260. DOI: 10.1590/0103-11042018S116.

35. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2018;34(6):e00213816. DOI: 10.1590/0102-311X00213816.

36. Soares DJ, Vilasbôas ALQ, Souza MKB, Bispo Júnior JP. Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil [Internet]. Saúde em Debate. 2024;48(142):e8945. DOI: 10.1590/2358-289820241428945P.

37. Johannes BL, Mainous AG, Chang AR, Kirchner L, Wood GC, Bailey-Davis L. Rural-urban differences in continuity of primary care among persons with prediabetes [Internet]. Ann Fam Med. 2024;22(Suppl 1):6165. DOI: 10.1370/afm.22.s1.6165.

38. Pahlavanyali S, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity of care for patients with chronic disease: a registry-based observational study from Norway. Family Practice [Internet]. 2022;39(4):570–578. DOI: 10.1093/fampra/cmab107.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.