

## Fonte Usual de Cuidados: conceitos, métodos e fatores determinantes na avaliação da atenção primária

*Usual Source of Care: concepts, methods and determining factors in the assessment of primary care*

Maísa Mônica Flores Martins<sup>1</sup>, Nília Maria de Brito Lima Prado<sup>2</sup>, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas<sup>2</sup>, Rosana Aquino<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28812P

**RESUMO** Este estudo teve por objetivo sistematizar, na literatura científica nacional e internacional, os conceitos de Fonte Usual de Cuidados (FUC), as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes relacionados com o seu reconhecimento pelos usuários dos serviços de saúde. Trata-se de uma revisão de escopo. A busca foi realizada nas bases de dados Web of Science, Scopus, Science Direct e PubMed, sem restrição de período de publicação e idiomas. Critérios de elegibilidade: estudos originais que respondiam à pergunta de investigação definida previamente e disponíveis nas bases de dados. Foram identificados 632 artigos, dos quais 41 constituíram a amostra final deste estudo. Esta revisão constatou que, ser do sexo feminino, raça/cor branca, maior renda, escolaridade e ter seguro saúde estiveram associados ao reconhecimento de uma FUC. Evidências semelhantes foram observadas para FUC Atenção Primária à Saúde (APS), além de estudos destacarem outros determinantes que demonstram maior vulnerabilidade dos indivíduos. A partir dos fatores determinantes, observaram-se desigualdades no reconhecimento de uma FUC na maioria dos países, variando em relação aos contextos organizacionais dos sistemas de saúde, o qual evidencia que os sistemas universais são favoráveis para o reconhecimento de uma FUC.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde. Sistemas de saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to systematize, in the national and international scientific literature, the concepts of Usual Source of Care (FUC), the methodological approaches used and the determining factors related to its recognition by users of health services. This is a scoping review. The search was carried out in the Web of Science, Scopus, Science Direct and PubMed databases, without restriction of publication period and languages. Eligibility criteria: original studies that answered the previously defined research question and available in the databases. A total of 632 articles were identified, of which 41 constituted the final sample of this study. This review found that being female, white race/color, higher income, education and having health insurance were associated with the recognition of a FUC. Similar evidence was observed for FUC Primary Health Care (PHC), in addition to studies highlighting other determinants that demonstrate greater vulnerability of individuals. Based on the determining factors, there were inequalities in the recognition of a FUC in most countries, varying in relation to the organizational contexts of the health systems, which shows that the universal systems are favorable for the recognition of a FUC.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health services. Health systems.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.  
maisamonica@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.



## Introdução

Uma Fonte Usual de Cuidados (FUC) é definida como um provedor ou um estabelecimento de saúde, como um consultório médico ou um serviço de saúde, a qual normalmente o indivíduo procura quando está doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde<sup>1-6</sup>. O reconhecimento de uma FUC pelos usuários tem sido objeto de análise na literatura internacional<sup>1,3,7-10</sup>, em que estudos têm apontado a sua associação com o aumento das taxas de acesso e da satisfação dos usuários com os serviços de saúde<sup>9</sup>, sendo também utilizada como uma medida de acesso<sup>8</sup>.

Os sistemas universais de saúde, principalmente aqueles baseados em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) que buscam assegurar o acesso e o primeiro contato, apresentam resultados promissores para a saúde dos indivíduos e demandam menos dos demais níveis de atenção<sup>11</sup>. Na APS, a manutenção de uma relação contínua do usuário com um serviço ou um provedor individual é considerada um forte indicador de acesso, sendo associada com aumento de serviços preventivos, redução no uso dos serviços de emergências e diminuição do tempo de internação hospitalar<sup>9,12-17</sup>. Além disso, os indivíduos que têm uma fonte usual de APS durante sua vida apresentam maior satisfação com a atenção à saúde recebida<sup>11</sup>.

O reconhecimento, pelos usuários, de uma FUC na APS está associado com a melhoria da qualidade do cuidado e, por conseguinte, com as condições de saúde dos indivíduos, uma vez que ela contribui para o fortalecimento dos vínculos da relação de responsabilização e de confiança entre usuários e equipe de saúde; aumenta a possibilidade de diagnóstico e tratamentos mais acurados, além de uma maior resolubilidade dos problemas de saúde<sup>18-20</sup>. Dos atributos da APS identificados por Starfield<sup>19</sup>, a longitudinalidade é parte crucial para os serviços desse nível de atenção à saúde, sendo definida como a presença de uma fonte usual de cuidado observada por

meio da identificação de um médico, de uma equipe, de profissionais de saúde ou um local específico de atenção<sup>21</sup>.

O termo FUC, entretanto, é pouco utilizado na literatura nacional, tampouco há um consenso quanto a sua forma de definição e abordagem metodológica nos estudos internacionais. Assim, conhecer os conceitos empregados e sua operacionalização, bem como os determinantes individuais e contextuais que influenciam nesse reconhecimento, é de grande relevância para a avaliação da atenção à saúde, posto que tem uma forte relação com a avaliação do atributo da longitudinalidade do cuidado e, conseqüentemente, com a efetividade da atenção à saúde. Sendo assim, este estudo tem por objetivo sistematizar, na literatura científica nacional e internacional, os conceitos de FUC, as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes relacionados com o seu reconhecimento pelos usuários dos serviços de saúde.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão de escopo, uma estratégia metodológica amplamente empregada em revisões que buscam mapear as evidências de um objeto, a fim de subsidiar estudos mais aprofundados sobre a temática<sup>22</sup>. Foi elaborada segundo o método proposto pelo Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual<sup>23,24</sup> e que tem como base as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews<sup>25</sup>, com as seguintes perguntas de investigação: quais os conceitos e os métodos de pesquisa utilizados pela literatura para investigar o reconhecimento de uma FUC? E quais os fatores determinantes para o reconhecimento de uma FUC?

Foram realizadas buscas eletrônicas de artigos nas bases de dados: Web of Science, Scopus, Science Direct e PubMed, sendo considerado os seguintes descritores: “*Primary Health Care*”, “*Primary Care*”, e “*Usual Source*

of Care”. Os descritores foram definidos mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH), e “Usual Source of Care” foi utilizado como termo por não existir registro nas bases consultadas. Para a pesquisa bibliográfica, foram utilizadas as seguintes estratégias de busca: a) na base PubMed: ((“Primary Health Care” [Title/Abstract] OR “Primary Care” [Title/Abstract])) AND “Usual Source of Care” [Title/Abstract]; b) na base Scopus, foi mediante a busca por: Article title, Abstract, Keywords: ((“Atenção primária à saúde” OU “Atenção primária”) AND (“Fonte habitual de cuidados”)); c) na base Web of Science, a busca foi orientada pela chave: Tópico (TS)=((“Primary Health Care” OR “Primary Care”) AND (“Usual Source of Care”)); e d) na base Science Direct, Find articles with these terms: “Primary Health Care” AND “Usual Source of Care”.

Como critérios de elegibilidade, foram considerados estudos originais que respondiam às perguntas de investigação definidas previamente e disponíveis nas bases de dados destacadas anteriormente. Com o propósito de conhecer a totalidade dos artigos existentes, não houve restrição para grupos populacionais de interesse, também não foi estabelecido limites quanto ao idioma do estudo, tipo, local de realização do estudo ou ano de publicação. Estudos realizados em grupos populacionais específicos, como portadores de doenças crônicas e em cuidados paliativos, foram excluídos da seleção. Além disso, foram excluídos os artigos de revisão bibliográfica e de relato de casos, bem como documentos no formato de teses, dissertações, monografias e editoriais. Todas as buscas foram realizadas no dia 6 de fevereiro de 2020.

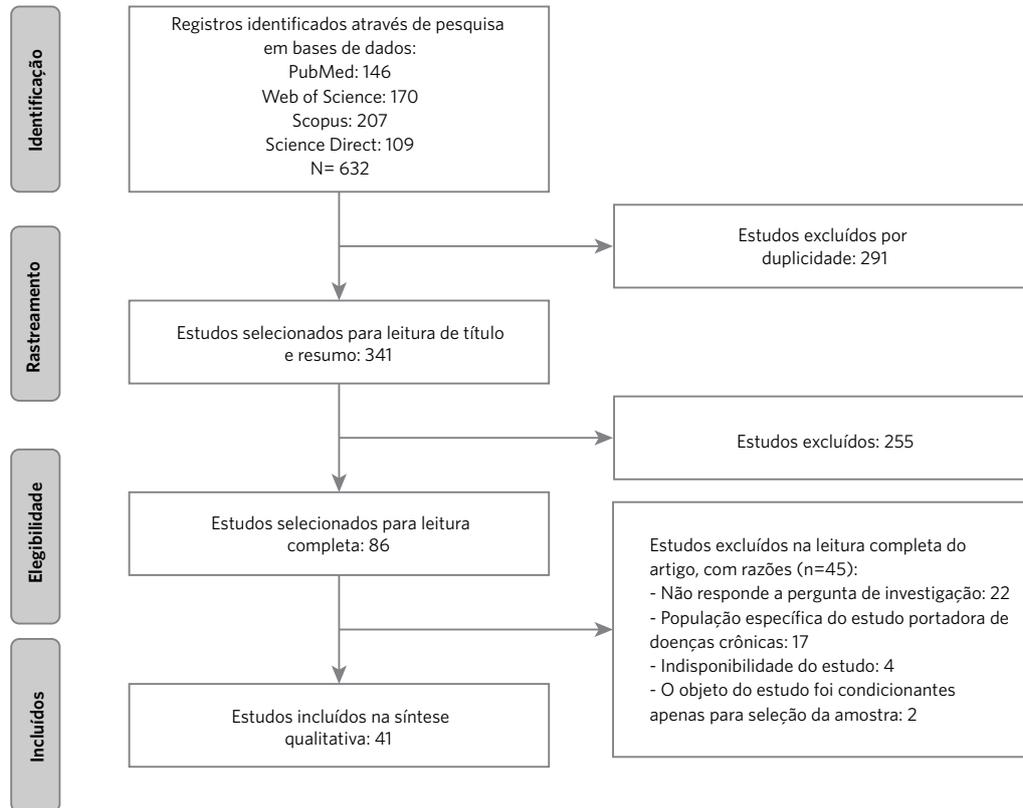
As bases de dados foram consultadas, e os artigos, transferidos para o *software* Endnote on-line. Após o armazenamento, foram removidos os registros de duplicidade, e duas pesquisadoras independentes selecionaram os artigos por meio da leitura de títulos e resumos, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão predefinidos. Os casos em desacordo foram resolvidos por consenso ou decisão de um terceiro pesquisador.

Em seguida, os textos completos foram reunidos para avaliação. Os seguintes dados foram extraídos dos estudos: autor, ano de publicação, país de realização do estudo, período de realização do estudo, fonte de dados, tipo do estudo, população-alvo, seguro saúde, conceito de FUC, forma de operacionalização do questionamento de FUC, tipo da variável FUC, fatores determinantes de FUC e base de dados.

## Resultados

Foram identificados 632 artigos, sendo que 291 foram excluídos por estarem repetidos nas bases de dados. Após análise dos títulos e resumos, 255 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade da pesquisa. Foram selecionados 86 para leitura e análise na íntegra, e, destes, 45 artigos foram excluídos: 22 estudos por não responderem às perguntas de investigação; 17 por terem como população específica do estudo indivíduos com doenças crônicas; 4 pela indisponibilidade de acesso do texto completo, e em 2 estudos, a FUC foi apenas condicionante para seleção da amostra. A amostra final foi composta por 41 artigos (*figura 1*).

Figura 1. Diagrama de fluxo da seleção de artigos para a revisão de escopo



Fonte: elaboração própria adaptado de PRISMA ScR<sup>25</sup>.

Em relação à distribuição dos estudos segundo o país de origem, 80,5% dos estudos foram conduzidos nos Estados Unidos da América (EUA), seguidos da Coreia do Sul (9,8%), da China e do Brasil (ambos com 4,9%). Os estudos foram publicados desde o ano de 1982 até 2019, sendo que cerca de 70,7% foram publicados nos últimos dez anos (*tabela 1*).

Quando analisados o tipo de estudo ou a metodologia utilizada, verificou-se que 80,5% dos estudos foram conduzidos por intermédio de um desenho epidemiológico transversal,

sendo que 5 desses estudos (12,1%) utilizaram o método transversal seriado, 14,6% foram estudos longitudinais e apenas 1 estudo se baseou em uma abordagem qualiquantitativa (2,4%). Com relação à população dos estudos, 58,5% dos estudos tiveram como população-alvo os indivíduos adultos; 19,5%, crianças; e 9,8%, adolescentes ou idosos. Quanto às características de definição e análise dos estudos, foi possível verificar uma importante concentração do emprego da variável FUC como variável dependente (desfecho) (63,4%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição dos estudos selecionados segundo país de realização do estudo, período de publicação, tipo de estudo, população do estudo, tipo da variável FUC e informações sobre seguro saúde

Características dos estudos	N	%
<b>Local do estudo (países)</b>		
Estados Unidos da América	33	80.5
Coreia do Sul	4	9.8
China	2	4.9
Brasil	2	4.9
<b>Período de Publicação dos Estudos</b>		
Década de 1980	1	2.4
Década de 1990	4	9.8
Década de 2000	7	17.1
Década de 2010	29	70.7
<b>Tipo de Estudo</b>		
Transversais	34	82.9
Longitudinais	6	14.6
Qualiquantitativo	1	2.4
<b>População de estudo</b>		
Crianças	8	19.5
Adolescentes	4	9.8
Adultos jovens	1	2.4
População adulta	24	58.5
Idosos	4	9.8
<b>Tipo da variável FUC</b>		
Dependente	26	63.4
Independente principal	12	29.3
Covariável	3	7.3

Fonte: elaboração própria.

## Qual o conceito e operacionalização do termo Fonte Usual de Cuidados?

No *quadro 1*, buscou-se sistematizar os conceitos empregados e a forma de operacionalização da pergunta utilizada para a investigação de FUC pelos estudos selecionados. Conforme a literatura investigada, cerca de 14 estudos não apresentaram um conceito estabelecido para FUC<sup>10,26-38</sup>. Entre os conceitos/definições utilizados, houve uma maior predominância,

em torno de 13 estudos, que definiram FUC como um provedor ou lugar em particular quando o indivíduo geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisando de cuidados médicos<sup>1,4-6,18,39-46</sup> (*quadro 1*).

Outros estudos deram enfoque especificamente a um lugar/serviço de saúde, sendo então definido como consultório médico específico, clínica, centro de saúde ou outro lugar para onde o indivíduo costuma ir quando está doente, precisando de conselhos de saúde ou de cuidados primários<sup>2,3,7,47-49</sup> (*quadro 1*).

Além dessas definições, cinco estudos referiram como um indicador que avalia acesso, sendo que o acesso foi definido como a capacidade de um indivíduo obter serviços de saúde quando preciso<sup>8,17,50-53</sup>, e um estudo como um facilitador para o indivíduo obter cuidados de saúde quando necessários<sup>54</sup>. Um estudo desenvolvido nos EUA destacou FUC como um componente do conceito de casa médica (Patient-centered Medical Home – PCMH), amplamente utilizado para melhorar a qualidade do atendimento<sup>55</sup> (*quadro 1*).

Com relação às formas de operacionalização da pergunta para investigar a existência ou o reconhecimento de uma FUC, observou-se variabilidade nas questões com diferenças pouco substanciais. Cerca de 20 estudos utilizaram o questionamento baseado na existência de um local, o que reflete o conceito da maioria deles. Destes, 13 estudos operacionalizaram a pergunta da seguinte forma: ‘Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde?’<sup>5,18,27,29,30,32,36,38,42,44-46,48</sup> (*quadro 1*).

Dois estudos investigaram FUC considerando apenas a existência de um profissional

médico ou um outro profissional de saúde, por exemplo: há algum médico que você considera seu médico regular, isto é, um médico que você costuma consultar quando está doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde?<sup>28,37</sup>, ou há um médico ou outro profissional de saúde que você costuma ir quando está doente?<sup>3</sup>, entre outras abordagens que consideram FUC apenas como a figura de um profissional de saúde (*quadro 1*).

Outrossim, oito estudos consideram a existência do profissional médico e do local de saúde, como: existe um médico ou lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisando de conselhos sobre sua saúde?<sup>2,4,6,8,39,41,43,53</sup> (*quadro 1*).

Três estudos questionam apenas a disponibilidade de uma FUC, como: você tem uma FUC?<sup>10,31,51</sup>. Outro estudo relaciona a presença de uma FUC com a cobertura de seguro saúde<sup>40</sup>, e apenas um estudo não apresentou um questionamento definido<sup>34</sup> (*quadro 1*).

O conceito e a forma de operacionalização da pergunta para avaliar a disponibilidade ou reconhecimento de uma FUC não apresentaram diferenças ou especificidades quando observados por população etária.

Quadro 1. Sistematização dos conceitos e a operacionalização da pergunta sobre a existência ou reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados

Referência	Conceito	Nº de artigos	Referência	Formas de operacionalização	Nº de artigos
Newacheck et al., 1998 <sup>26</sup> ; Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Klein et al., 1999 <sup>28</sup> ; Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup> ; Mckee; Fletcher, 2006 <sup>30</sup> ; Martin; Shi; Ward, 2009 <sup>31</sup> ; Devoe et al., 2011 <sup>10</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>32</sup> ; Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> ; Shi et al., 2013 <sup>34</sup> ; Hall et al., 2015 <sup>35</sup> ; Arnett et al., 2016 <sup>36</sup> ; Nothelle et al., 2018 <sup>37</sup> ; Chaiyachati et al., 2019 <sup>38</sup> .	Não apresenta conceito de FUC.	14	Newacheck et al., 1998 <sup>26</sup> .	A criança teve contato com médico, e qual o número de contatos no último ano?	1
			Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup> ; Mckee; Fletcher, 2006 <sup>30</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>32</sup> ; Arnett et al., 2016 <sup>36</sup> ; Chaiyachati et al., 2019 <sup>38</sup> .	Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde?	6
			Martin; Shi; Ward, 2009 <sup>31</sup> .	Você tem FUC?	1
			Devoe et al., 2011 <sup>10</sup> .	A criança e/ou ambos os pais têm uma FUC? A criança tem uma FUC e/ou ambos os pais não têm FUC? A criança não tem FUC e/ou ambos os pais têm FUC, e nem o filho nem os pais têm uma FUC?	1

Quadro 1. Sistematização dos conceitos e a operacionalização da pergunta sobre a existência ou reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados

Referência	Conceito	Nº de artigos	Referência	Formas de operacionalização	Nº de artigos
			Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> .	Você tende a procurar os serviços de saúde no mesmo local?	1
			Hall et al., 2015 <sup>35</sup> .	Com que frequência, em média, vocês (mulheres) haviam consultado um profissional de saúde nos últimos cinco anos e que tipo de estabelecimento de saúde haviam visitado com mais frequência?	1
			Klein et al., 1999 <sup>28</sup> ; Nothelle et al., 2018 <sup>37</sup> .	Há algum médico que você considera seu médico regular, isto é, um médico que você costuma consultar quando está doente e precisa de aconselhamento sobre sua saúde?	2
			Shi et al., 2013 <sup>34</sup> .	O questionamento não foi definido.	1
Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 <sup>39</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>40</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Khan; Thapa; Zhang, 2017 <sup>43</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Liaw et al., 2018 <sup>44</sup> ; Chaiyachati et al., 2017 <sup>45</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Stransky, 2017 <sup>5</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup> ; Stewart et al., 2019 <sup>1</sup> .	Um provedor ou lugar em particular quando o indivíduo geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisa de cuidados médicos.	13	Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 <sup>39</sup> .	A criança tem uma pessoa ou lugar em particular que geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisando de cuidados médicos de prevenção e de rotina?	1
			Devoe et al., 2012 <sup>40</sup> .	A criança tinha cobertura de seguro saúde e/ou FUC no mesmo período durante o ano?	1
			Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Khan; Thapa; Zhang, 2017 <sup>43</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup> .	Você costuma ir ao mesmo lugar, ao mesmo médico ou serviço de saúde quando precisa de cuidados de saúde?	4
			Stewart et al., 2019.	Você sabe onde seu tio vai ao médico?	1
Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; Devoe; Ptering; Krois, 2008 <sup>17</sup> ; Devoe et al., 2009 <sup>50</sup> ; Choi, 2011 <sup>51</sup> ; Cunningham, 2015 <sup>52</sup> ; Cross; Kelly, 2015 <sup>53</sup> .	Refere-se a um indicador que avalia acesso, sendo que o acesso foi definido como a capacidade de um indivíduo obter serviços de saúde quando necessário.	6	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> .	Você tem um local de atendimento usual, e um médico pessoal ou enfermeira?	1
			Devoe; Ptering; Krois, 2008 <sup>17</sup> ; Devoe et al., 2009 <sup>50</sup> .	Onde costumam ir ou leva seus filhos quando estão doentes ou precisam de cuidados de saúde?	2
			Choi, 2011 <sup>51</sup> .	Você tem FUC?	1
			Cross; Kelly, 2015 <sup>53</sup> .	Há algum médico ou clínica particular que você costuma ir quando está doente ou para obter conselhos sobre sua saúde?	1
			Cunningham, 2015 <sup>52</sup> .	Há um determinado provedor de cuidados de saúde (diferente de um hospital de emergência) a quem geralmente procura quando está doente ou precisando de aconselhamentos sobre saúde?	1
Stockwell et al., 2010 <sup>47</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup> ; Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Rew; Resnick; Beuhring, 1999 <sup>49</sup> ; Tsai et al., 2010 <sup>2</sup> ; Du et al., 2015 <sup>3</sup> .	Consultório médico específico, clínica, centro de saúde ou outro lugar para onde o indivíduo costuma ir quando está doente, precisando de conselhos de saúde ou de cuidados primários.	6	Stockwell et al., 2010 <sup>47</sup> .	Por que hoje você não levou seu filho para o seu médico regular? O que fez você hoje vir para a sala de emergência em vez de ir para o médico de cuidados primários da criança?	1

Quadro 1. Sistematização dos conceitos e a operacionalização da pergunta sobre a existência ou reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados

Referência	Conceito	Nº de artigos	Referência	Formas de operacionalização	Nº de artigos
			Davis et al., 2017 <sup>48</sup> .	Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisar de aconselhamento sobre sua saúde ou precisando fazer um check-up?	1
			Tsai et al., 2010 <sup>2</sup> .	Existe um médico ou lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisar conselhos sobre sua saúde? Existe um médico ou lugar que conhece você melhor como pessoa? Há um médico ou lugar que é o mais responsável pelos seus cuidados de saúde?	1
			Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Rew; Resnick; Beuhring, 1999 <sup>49</sup> .	Onde costumam ir ou leva seus filhos quando estão doentes ou precisando de cuidados de saúde?	2
			Du et al., 2015 <sup>3</sup> .	Tem um médico ou outro profissional de saúde que você costuma ir quando está doente?	1
Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup> .	Constitui um facilitador significativo de agendamento e recebimento de exames de saúde de rotina.	1	Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup> .	No ano passado, você marcou alguma consulta com um médico ou outro provedor de saúde para cuidados de saúde de rotina ou regulares?	1
Lau et al., 2013 <sup>55</sup> .	É um componente do conceito de casa médica (Patient-centered Medical Home (PCMH), amplamente utilizado para melhorar a qualidade do atendimento para adolescentes em idade de transição.	1	Lau et al., 2013 <sup>55</sup> .	Há algum lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisar de aconselhamento sobre sua saúde?	1

Fonte: elaboração própria.

## Os determinantes do reconhecimento de uma FUC

Dos estudos analisados, 12 deles investigaram, como população-alvo, crianças e adolescentes, sendo observados fatores determinantes para o reconhecimento da existência de uma FUC. Dentre as características demográficas, destacaram-se: idade mais jovens<sup>9,10,28</sup>, e ser do sexo feminino<sup>28,49</sup>. Entre os fatores

socioeconômicos, observaram-se raça/cor branca<sup>28</sup> e não hispânicos<sup>9</sup>, maior nível de escolaridade dos pais<sup>10,32</sup>, pai empregado<sup>39</sup>, e boas condições de renda<sup>10,32,40</sup>.

O seguro saúde foi utilizado pela grande maioria dos estudos para avaliar o reconhecimento de uma FUC, comparando a condição de segurado (sim ou não) ou o tipo de seguro (público ou privado). Observa-se alta concentração de estudos comparando as condições de indivíduos segurados e não segurados (58,5%). Entre os estudos que avaliaram crianças e

adolescentes, seis deles analisaram a variável seguro saúde como um determinante para o reconhecimento de uma FUC, sendo que dois dos estudos indicam seguro privado ou público<sup>32,40</sup>; dois estudos, seguro privado<sup>26,39</sup>; e dois estudos, seguro público<sup>17,9</sup> (quadro 2).

O reconhecimento de uma FUC entre as crianças e adolescentes esteve associado com fatores relacionados com estado de saúde, hábitos e comportamentos de vida, como a atividade sexual ativa<sup>30</sup> e estado de saúde bom ou excelente<sup>28</sup>; e com relação aos serviços de saúde, com a confiança no profissional de

saúde<sup>30</sup>, acesso as ações preventivas e necessidades atendidas<sup>10</sup> (quadro 2).

Apenas três estudos avaliaram o tipo de FUC, entre as crianças e adolescentes, sendo que o sexo feminino esteve associado à FUC de APS<sup>28</sup>. Para a FUC de emergência, observou-se associação com indivíduos do sexo masculino<sup>28</sup>, raça/cor afro-americanos, menor escolaridade dos pais, residentes na zona rural e não disponibilidade de um seguro saúde<sup>29</sup>, e confiança dos pais no pediatra da emergência<sup>47</sup> (quadro 2).

Quadro 2. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de crianças e adolescentes

Fatores determinantes	Reconhecimento de uma FUC			Tipo de FUC			
	Categoria com maior chance de referir uma FUC	Nº de artigos	Referências	Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo		Nº de artigos	Referências
				APS	Emergência		
<b>Demográficos</b>							
Idade	Mais jovens	3	Klein et al., 1999 <sup>28</sup> ; Devoe et al., 2009 <sup>50</sup> ; Devoe et al., 2011 <sup>10</sup>				
Sexo	Feminino	2	Rew; Resnick; Beuhring, 1999 <sup>49</sup> ; Klein et al., 1999 <sup>28</sup>	Feminino	Masculino	1	Klein et al., 1999 <sup>28</sup>
<b>Socioeconômicos</b>							
Raça/cor	Branco	1	Klein et al., 1999 <sup>28</sup>		Afro-americanos	1	Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup>
	Não-hispânico	1	Devoe et al., 2009 <sup>50</sup>				
Escolaridade	Maior escolaridade	2	Devoe et al., 2011 <sup>10</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>32</sup>		Menor escolaridade dos pais	1	Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup>
Ocupação	Pai empregado	1	Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 <sup>39</sup>				
Condições financeiras	Boas condições de renda	3	Devoe et al., 2011 <sup>10</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>32</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>40</sup>				
Local de residência					Residir na zona rural	1	Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup>
Seguro saúde	Seguro (privado ou público)	2	Devoe et al., 2012 <sup>32</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>40</sup>				
	Seguro privado	2	Newacheck et al., 1998 <sup>26</sup> ; Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 <sup>39</sup>				
	Seguro público	2	Devoe; Petering; Krois, 2008 <sup>17</sup> ; Devoe et al., 2009 <sup>50</sup>		Falta de seguro Saúde	1	Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup>

Quadro 2. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de crianças e adolescentes

Fatores determinantes	Reconhecimento de uma FUC			Tipo de FUC			
	Categoria com maior chance de referir uma FUC	Nº de artigos	Referências	Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo		Nº de artigos	Referências
				APS	Emergência		
<i>Estado de saúde, hábitos e comportamentos</i>							
Comportamentos de vida	Atividade sexual ativa	1	Mckee; Fletcher, 2006 <sup>30</sup>				
Estado de saúde	Bom ou excelente	1	Klein et al., 1999 <sup>28</sup>				
<i>Serviço de saúde</i>							
Vínculo profissional e paciente	Confiança no profissional de saúde	1	Mckee; Fletcher, 2006 <sup>30</sup>	Confiança no pediatra da emergência	1	Stockwell et al., 2010 <sup>47</sup>	
Ações ofertadas	Acesso a ações preventivas	1	Devoe et al., 2011 <sup>10</sup>				
Satisfação do usuário	Necessidades atendidas	1	Devoe et al., 2011 <sup>10</sup>				

Fonte: elaboração própria.

Nos estudos que tiveram como população-alvo adultos, idosos e população geral (29 estudos), foram observados como fatores determinantes mais frequentes no reconhecimento e disponibilidade de uma FUC: sete estudos identificaram a idade mais avançada (acima de 60 anos)<sup>4,6-8,18,42,46</sup>; oito estudos, ser do sexo feminino<sup>2,4,6,8,18,41,42,48</sup>, estado civil casado<sup>8</sup>, e divorciados/separados ou viúvos<sup>6,18,42</sup> (*quadro 3*).

Quanto às características socioeconômicas, houve associação com as características de raça/cor branca<sup>4,7,8,48</sup>, e não hispânicos<sup>27,41,44</sup>, com maior nível de escolaridade<sup>4,27,33,41</sup>, bem como para o baixo nível de escolaridade<sup>4,6,18,42</sup>, boas condições de renda<sup>27,33,41,52</sup> e de moradia, sendo que quatro dos estudos que ressaltaram o local de residência indicaram a área urbana como fator favorável para o reconhecimento de uma FUC<sup>4,27,33,41</sup>. Ainda com relação às características socioeconômicas, observa-se que cerca de sete estudos ressaltaram essa associação com a disponibilidade do seguro saúde<sup>5,8,18,33,34,44,51</sup> (*quadro 3*).

Outras características encontradas nos estudos com população de adultos e idosos foi a condição do estado de saúde, hábitos de vida e problemas de saúde, sendo considerados

como determinantes um bom estado de saúde<sup>27,38,46,52</sup>, não ser fumante<sup>41</sup>, apresentar doença física ou mental<sup>2</sup>. Além disso, cerca de cinco estudos destacaram a presença de doenças crônicas<sup>5,8,18,42,46</sup> (*quadro 3*).

Com relação às características dos serviços de saúde que favorecem o reconhecimento de uma FUC pelos adultos e idosos, destacam-se a facilidade de agendamento, a realização de exames de rotina<sup>54</sup> e a confiança<sup>1</sup> (*quadro 3*).

Para a população de adultos e idosos, cerca de oito estudos analisaram o reconhecimento de uma FUC segundo o tipo, sendo identificados, como fatores associados com maior frequência: a FUC de APS, a idade com 45 anos ou mais<sup>4</sup>, ser do sexo feminino<sup>4</sup>, solteiro<sup>35</sup>, raça/cor branca<sup>35,36</sup>, e pardos ou indígenas<sup>4,36</sup>, menor nível de escolaridade<sup>4</sup>, desempregada<sup>35</sup>, crescimento econômico dos pobres<sup>33</sup>, residir na zona rural<sup>4,35</sup>, e ter seguro privado de saúde<sup>48</sup>. Entre os fatores determinantes associados ao reconhecimento de uma FUC de emergência, identificam-se: ser afro-americanos/não brancos<sup>7</sup>, crescimento econômico de grupos populacionais considerados ricos<sup>33</sup>, e relação de desconfiança entre usuário/profissional<sup>36</sup>. Para a FUC consultório com especialista, destacam-se como determinantes mais

frequentes: ser da faixa etária mais jovens<sup>35</sup>, do sexo feminino<sup>35</sup>, da raça/cor branca<sup>35,36</sup>, com boas condições de renda<sup>35</sup> e disponibilidade de seguro privado de saúde<sup>35</sup> (quadro 3).

Quadro 3. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de adultos

Reconhecimento de uma FUC				Tipo de FUC				
Fatores determinantes	Categoria com maior chance de referir uma FUC		Referências	Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo				
	FUC	Nº artigos		APS	Emergência/hospital	Especialista		
<b>Demográficos</b>								
Idade	Mais Jovens	3	Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Cunningham, 2015 <sup>52</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup>			Mais jovens	1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
	Mais velhas (acima de 60 anos)	7	Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>	45 anos ou mais			1	Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>
Sexo	Feminino	8	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; Tsai et al., 2010 <sup>2</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>	Feminino		Feminino	2	Hall et al., 2015 <sup>35</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>
	Masculino	3	Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup>					
Estado civil	Casado	1	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup>	Solteiro			1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
	Divorciado/separado/viúvo	3	An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>					
<b>Socioeconômicos</b>								
Raça/cor	Não - hispânico	3	Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Liaw et al., 2018 <sup>44</sup>	Mesma raça do usuário e profissional			1	Martin; Shi; Ward, 2009 <sup>31</sup>
	Branco	4	Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup>	Branca		Branca	2	Arnett et al., 2016 <sup>36</sup> ; Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
	Negros	1	Jerant et al., 2013 <sup>41</sup>	pardos ou indígenas	Afro-americanos/ não brancos		3	Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Arnett et al., 2016 <sup>36</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ;
	Grupos não minorias raciais	1	Cunningham, 2015 <sup>52</sup>				1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>

Quadro 3. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de adultos

Reconhecimento de uma FUC				Tipo de FUC				
Fatores determinantes	Categoria com maior chance de referir uma FUC			Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo			Nº artigos	Referências
	FUC	artigos	Referências	APS	Emergência/hospital	Especialista		
Escolaridade	Maior escolaridade	4	Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>					
	Baixo nível de escolaridade	4	An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>	Menor escolaridade			1	Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>
Ocupação				Desempregada			1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
Condições financeiras	Boas condições de renda	5	An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>	Pró-pobre	Pró-rico	Boas condições de Renda	2	Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> ; Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
	Baixo nível de renda	2	An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup>				1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
Local de Residência	área urbana	4	Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>	Zona Rural			2	Hall et al., 2015 <sup>35</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>
	área rural	1	Davis et al., 2017 <sup>48</sup>					
Seguro saúde	Seguro (privado ou público)	5	Choi, 2011 <sup>51</sup> ; Shi et al., 2013 <sup>34</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Stransky, 2017 <sup>5</sup> ; Liaw et al., 2018 <sup>44</sup>					
	Seguro privado	2	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup>	Plano privado		Seguro privado	2	Hall et al., 2015 <sup>35</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup>
<b>Estado de saúde, hábitos e comportamentos</b>								
Hábitos de saúde	Não fumante	1	Jerant et al., 2013 <sup>41</sup>					
Estado de saúde	Melhor estado de saúde	4	Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Cunningham, 2015 <sup>52</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup> ; Chaiyachati et al., 2019 <sup>45</sup>					
	Estado de saúde ruim	1	Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>					
Problema de saúde	Portador de doença física ou mental	1	Tsai et al., 2010 <sup>2</sup>					
	Portador de doenças crônicas	5	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Stransky, 2017 <sup>5</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup>					

Quadro 3. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de adultos

Reconhecimento de uma FUC				Tipo de FUC				
Fatores determinantes	Categoria com maior chance de referir uma FUC		Nº artigos	Referências	Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo		Nº artigos	Referências
	FUC				APS	Emergência/hospital		
<i>Serviço de saúde</i>								
Organização dos serviços de saúde	Facilidade de agendamento	1	Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup>	Baixa oferta de serviços			1	Chaiyachati et al., 2019 <sup>45</sup>
	Exames de rotina	1	Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup>					
	Alcance dos atributos da APS	1	Du et al., 2015 <sup>3</sup>					
Relação Usuário/profissional	Confiança	1	Stewart et al., 2019 <sup>1</sup>					
				Desconfiança			1	Arnett et al., 2016 <sup>36</sup>

Fonte: elaboração própria

## Discussão

Os resultados desta revisão oferecem um panorama sobre a aplicabilidade do termo FUC na literatura internacional desde a década de 1980, destacando-se as questões conceituais, a forma de operacionalização da pergunta de investigação, bem como os fatores determinantes do reconhecimento de uma FUC. A revisão proporcionou uma diversidade de cenários de investigação, análises e realidades demográficas, socioeconômicas e organizacionais de diferentes sistemas de saúde.

A análise das categorias e dos contextos envolvidos com a temática FUC revelou uma visão ampla de questões e desafios pouco explorados no Brasil, especialmente, com o uso da terminologia FUC, mas também evidenciou a importância de alguns fatores determinantes para a disponibilidade de uma FUC<sup>3,34,52,53</sup>.

Ressalta-se que a bibliografia revisada apresentou algumas variações na forma de definição e operacionalização do termo FUC, sendo utilizadas referências a um local ou a um profissional de saúde, especialmente, o

médico; bem como estudos que consideram ambas as informações. É importante ressaltar que, apesar de o período de publicação dos estudos ser consideravelmente dilatado, em torno de quase 40 anos, não foi possível verificar nenhuma tendência temporal no tipo de questões utilizadas, havendo uma variabilidade na literatura que pode estar relacionada com o tipo de dado utilizado, uma vez que muitos estudos utilizaram dados em painéis ou inquéritos a partir de dados secundários.

Na literatura, não existe um consenso entre as características que influenciam no reconhecimento de uma FUC. Os determinantes associados entre os grupos populacionais apresentam semelhanças para os fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde, havendo uma preponderância de características que ressaltam maior atenção à saúde ou melhores condições sociais e econômicas, como: ser do sexo feminino, raça/cor branca, maior nível de escolaridade, boas condições de renda e de moradia, ter seguro saúde, e um bom estado de saúde.

Dentre as divergências dos determinantes entre os grupos etários, destacam-se

as crianças e os adolescentes, a idade mais jovem<sup>9,10,28</sup>, a atividade sexual ativa<sup>30</sup>, a confiança no profissional de saúde<sup>30,47</sup> e o acesso às ações preventivas<sup>10</sup>. Enquanto para os adultos e idosos, foi observada a idade mais avançada<sup>4,6-8,18,42,46</sup>; para alguns estudos, o baixo nível de escolaridade<sup>4,6,18,42</sup>, o estado civil solteiro/divorciado/viúvo<sup>6,18,42</sup>, a presença de doença crônica<sup>5,8,18,42,46</sup>, física e mental<sup>2</sup>, e não ter o hábito de fumar<sup>41</sup>.

As desigualdades demográficas e socioeconômicas que influenciam no reconhecimento de uma FUC estão relacionadas com as características individuais, que afetam a busca por serviços de saúde por cada sujeito, e estão associadas também às características e às formas de organização do sistema de saúde. Além disso, esses determinantes podem aumentar ou mitigar as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde<sup>56-58</sup>.

Na análise dos determinantes conforme tipo de FUC, os estudos demonstram algumas divergências entre os grupos etários. Quando observados os fatores que favorecem o reconhecimento da APS como FUC, a única semelhança é ser do sexo feminino<sup>4,28</sup>. Entretanto, a população de adultos e idosos demonstrou outros fatores que facilitam o reconhecimento da FUC de APS, como idade mais avançada<sup>4</sup>, estado civil solteiro<sup>35</sup>, raça branca<sup>36,35</sup>; enquanto outros estudos destacam raça/cor parda e indígenas<sup>4,35</sup>, menor nível de escolaridade<sup>4</sup>, residir na zona rural<sup>4,35</sup> e ter seguro saúde<sup>48</sup>. Já na FUC de emergência, as semelhanças foram observadas para a raça afro-americana<sup>7</sup> e a relação de desconfiança entre usuário e profissional<sup>36</sup>. Na FUC de emergência, para as crianças e adolescentes, observaram-se ainda ser do sexo masculino<sup>28</sup>, menor nível de escolaridade dos pais, não ter seguro e residir na área rural<sup>29</sup>. Por fim, a FUC consultório com especialista foi identificada apenas nos estudos conduzidos com populações de adultos e idosos, tendo os seguintes determinantes associados: ser da faixa etária jovem<sup>35</sup>, do sexo feminino<sup>35</sup>, raça/cor branca<sup>35,36</sup>, boas condições de renda e disponibilidade de seguro privado de saúde<sup>35</sup>.

Esta revisão apontou o quanto os contrastes sociais e econômicos<sup>1,27</sup> são barreiras determinantes para o reconhecimento de uma FUC e, conseqüentemente, para o acesso a cuidados adequados de saúde. Um estudo conduzido nos EUA destaca as dificuldades de os americanos acessarem um serviço de cuidados primários de qualidade, especialmente as pessoas em condições de vulnerabilidade, como as minorias étnicas/raciais e os não segurados<sup>34</sup>. Os estudos selecionados demonstraram diferentes formas de financiamento dos sistemas de saúde (sistema universal público, seguro – saúde: público ou privado) – essa conformação do sistema de saúde pode favorecer um maior acesso para o indivíduo capaz de custear o uso dos serviços ou dispor de plano de saúde, o que pode aumentar as iniquidades na utilização dos serviços de saúde<sup>58</sup>.

Conforme os determinantes observados, a literatura destaca que os indivíduos com melhores condições de renda e residentes na área urbana estavam associados ao aumento da utilização de serviços de saúde<sup>59,60</sup>. Em termos operacionais, a FUC tem sido utilizada muitas vezes para a mensuração de acesso aos serviços de saúde<sup>8,31,34,52,53</sup>. Além disso, um estudo ressaltou que a associação entre a FUC e o acesso já era bem estabelecida em diferentes populações etárias<sup>51</sup>.

A disponibilidade de uma FUC favorece aos indivíduos o acesso aos cuidados de saúde<sup>43</sup>, a avaliação da qualidade do atendimento<sup>2,3,43</sup>, o agendamento de consultas e o recebimento de exames de rotina<sup>54</sup>, o aumento do uso dos serviços preventivos, a diminuição dos serviços de emergência e menor tempo de internação hospitalar<sup>17,50</sup>.

As disparidades no acesso e uso de serviços de APS atingem, especialmente, os indivíduos das minorias raciais/étnicas, bem como dos desfavorecidos economicamente<sup>10,27,29,41</sup>. Desse modo, uma das estratégias para promover cuidados de saúde apropriado e oportuno seria por meio do estabelecimento de uma FUC que promova cuidados de saúde coordenados e centrados no paciente para atender às suas necessidades<sup>1</sup>.

No Brasil, os indivíduos desfavorecidos economicamente referem ter um serviço de APS como sua FUC<sup>4</sup>. Diante dos diferentes contextos analisados, faz-se necessário o fortalecimento dos serviços de APS, por intermédio da expansão e da consolidação da Estratégia Saúde da família (ESF)<sup>4,33</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) buscou avaliar a disponibilidade de uma FUC e identificou que a procura regular é maior entre os indivíduos cadastrados na ESF, com redução significativa para os não cadastrados<sup>61</sup>.

Ter uma FUC de APS está associado a um maior acesso às ações de educação em saúde, maior uso de serviços preventivos, redução no uso de cuidados de emergência, melhora do estado de saúde e maior satisfação com os cuidados recebidos<sup>6</sup>. A existência de uma FUC pode não apenas melhorar a qualidade do cuidado ofertado pela APS, mas também possibilitar aos gestores o monitoramento em saúde, o planejamento e a implementação de intervenções de políticas de saúde, especialmente, para alguns grupos populacionais, como os pacientes com doenças crônicas<sup>3,11</sup>.

A fim de mitigar os problemas de acesso a cuidados de saúde, e de que os usuários recebam um cuidado oportuno, contínuo e resolutivo, faz-se necessário políticas públicas que disponibilizem e fortaleçam os serviços de APS<sup>4,6,33,42</sup>. Nesse sentido, um estudo conduzido no Brasil destacou que a ESF consolidada foi associada ao reconhecimento da APS como FUC e ao menor uso de serviços de emergência<sup>4</sup>. Esses são achados que indicam não apenas a importância da APS em relação à ESF no Brasil, mas também a necessidade de consolidação desse tipo de serviços saúde em todo o País<sup>4</sup>.

A redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde está relacionada com o aumento da oferta de serviços de APS. No Brasil, a expansão da ESF, a partir dos anos 2000, resultou no aumento de utilização/ acesso desses serviços pelos indivíduos mais pobres<sup>33</sup>. Estudo que analisou a PNS no País identificou que as famílias cobertas pela ESF

apresentaram maior probabilidade de ter uma FUC quando comparadas a outros grupos, exceto os moradores urbanos mais ricos com planos de saúde privados. O desempenho da ESF como FUC pode aumentar tanto a equidade como tornar-se cada vez mais universal<sup>62</sup>.

Desse modo, vale ressaltar a importância de sistemas de acesso universal de saúde. Estudo conduzido na Coreia ressalta que um sistema universal de saúde é capaz de favorecer ao usuário a escolha de uma FUC de atenção à saúde<sup>6</sup>. Esse mesmo estudo destaca a fragilidade do sistema de saúde local da Coreia diante dos serviços de APS, o que demonstra a necessidade do fortalecimento deste sistema devido à alta prevalência do setor privado, que acaba negligenciando políticas desse nível de atenção<sup>6</sup>. Além dos problemas de cobertura dos serviços de saúde do referido país, outros países apresentam especificidades, a exemplo dos EUA, em que parcela significativa de indivíduos indicam os serviços hospitalares com sua FUC<sup>49</sup>.

Diante da organização do sistema de saúde dos EUA, baseado em seguros de saúde, muitos americanos sem condições econômicas para o custeio de cuidados ficam à margem de um atendimento adequado de saúde, sendo restrito à avaliação de forma adequada à disponibilidade de uma FUC<sup>6,34</sup>. Desse modo, o país disponibiliza serviços por meio dos centros de saúde que apresentam as seguintes características: localização ou prestação de serviços de saúde para comunidades de elevada necessidade de cuidados de saúde e que têm sérios problemas de acesso a cuidados médicos; sendo ofertados serviços de APS e que facilitam o acesso a atendimento mediante serviços de apoio; e que provêm serviços com taxas baseadas na capacidade de pagamento<sup>34</sup>.

No estabelecimento de uma FUC, a confiança pode ser um meio de superação de barreiras de acesso a cuidados de saúde<sup>1</sup> para a melhor adesão dos pacientes ao plano de cuidados e, obviamente, sucesso do tratamento<sup>4</sup>. No entanto, essa relação de confiança

estabelecida entre paciente e prestador de cuidados/profissional necessita de um tempo para se desenvolver<sup>4</sup>.

Estudo destaca que, independentemente de a FUC ser uma instalação/serviço ou um profissional de saúde, se ela consegue cumprir atributos essenciais da APS, como atenção de primeiro contato, continuidade do cuidado, abrangência e coordenação da atenção, além de reduzir custos, melhora a saúde da população, a experiência do atendimento, bem como permite uma continuidade de cuidados com provedores individuais<sup>44</sup>. No Brasil, a maioria dos cuidados primários do serviço público é fornecida por uma equipe multiprofissional de saúde, o que favorece a resolubilidade da APS, o aumento do escopo das práticas profissionais, além de possíveis estratégias para alcance de melhor coordenação do cuidado<sup>63</sup>.

Ainda com relação aos atributos da APS, estudo conduzido na Coreia destaca a necessidade de as pessoas receberem atendimento abrangente e coordenado pelo médico de primeiro contato em sua própria comunidade, destacando a evidência de que, no referido país, melhorar a APS é fundamental para garantir a qualidade da atenção<sup>42</sup>. Devido à desarticulação do sistema de saúde para os serviços de APS na Coreia, os pacientes com doenças crônicas apresentam uma baixa coordenação do cuidado, ameaçando, assim, a qualidade e a eficiência do sistema, levando a custos desnecessários<sup>42</sup>.

Desse modo, para que a APS cumpra seu propósito, fazem-se necessários a disponibilidade ou o reconhecimento de uma FUC, a fim de fornecer continuidade, coordenar os serviços e ser responsável pelos resultados do cuidado<sup>27</sup>. Ainda assim, é importante que faça parte de um sistema de referência integrado com uma equipe multiprofissional da APS que atua como FUC, o que pode ajudar na redução de despesas, bem como melhorar a qualidade das experiências dos cuidados médicos<sup>2</sup>.

Quando analisadas pela ótica dos modelos de atenção à saúde, a expansão e a consolidação de cuidados primários podem aumentar o acesso a uma FUC com prestadores de APS,

assegurando aos usuários um melhor acompanhamento, monitoramento das condições crônicas e atendimento às necessidades gerais de saúde do paciente<sup>4</sup>.

Os resultados desta revisão reiteram a importância da APS na equidade do acesso, reduzindo as diferenças socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde, especialmente, para os indicadores entendidos como *proxy* de vulnerabilidade social, além de favorecer a longitudinalidade e continuidade do cuidado<sup>4,61</sup>.

Os estudos analisados podem ter sofrido algum viés de informação, uma vez que a grande maioria se baseou em autorrelato, podendo superestimar os valores reais de uma FUC. Outra questão que pode ser uma limitação é o desenho de estudo, visto que a maioria dos artigos teve desenhos metodológicos transversais, o que os impede de determinar as relações causais nas associações observadas entre a variável exposição e o desfecho.

Com base nesta revisão, é possível indicar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que encorajem os indivíduos a terem uma FUC, especialmente, em nível de prevenção primária, a fim de reduzir despesas médicas e promover a utilização desejável de uma atenção à saúde<sup>46</sup>, além de melhoraria na qualidade da APS e aplicação de recursos de saúde<sup>3</sup>. Vale ressaltar, ainda, a importância de análise do indicador de FUC no contexto brasileiro, uma vez que estão sendo investigados por grandes pesquisas nacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense)<sup>64</sup> e a PNS<sup>65</sup>.

## Considerações finais

Ao ter em conta as especificidades contextuais e os sistemas de saúde de cada país, convém considerar limites para a generalização dos resultados. Novos estudos com desenhos de revisão sistemática podem ser mais adequados para extrapolar as especificidades das informações acerca do problema de pesquisa, tratados aqui de forma abrangente pelos propósitos da revisão de escopo.

Este trabalho colabora para o entendimento dos determinantes que mais influenciam no reconhecimento de uma FUC, bem como dos desafios para efetivação do atributo da longitudinalidade do cuidado, sendo de extrema relevância a consolidação e a expansão da APS de forma homogênea nos territórios. Os resultados sugerem que o reconhecimento de uma FUC pode ser explicado com base na diversidade dos cenários de condução dos estudos, assim como pelas diferenças organizacionais dos sistemas de saúde. Esses fatores explicam, além da determinação social individual, os determinantes estruturais que influenciam no reconhecimento ou na disponibilidade de uma FUC, por exemplo, condições de renda, disponibilidade de seguro saúde, nível de escolaridade, local de moradia etc. Vale ressaltar que, entre estes determinantes, os países com sistemas universais favorecem o reconhecimento da FUC para indivíduos oriundos de contextos sociais e econômicos desfavoráveis, implicando a possibilidade de maior equidade nos cuidados em saúde.

Ainda assim, a revisão permitiu traçar um panorama bastante amplo de desafios para a

avaliação da disponibilidade ou reconhecimento de uma FUC, especialmente da APS. Essa compreensão abrangente sobre a temática FUC expressa a diversidade de contextos organizacionais dos sistemas de saúde, a qual evidencia que os sistemas universais de saúde são favoráveis para o reconhecimento de uma FUC, em contraponto a países como os EUA, em que a disponibilidade de uma FUC depende da condição financeira do indivíduo capaz de assegurar o custeio de um seguro saúde. Além disso, os resultados deste estudo têm implicações importantes para o modelo de atenção à saúde no Brasil e em outros países, especialmente para aqueles que baseiam fortemente seus sistemas de saúde em serviços na APS.

## Colaboradoras

Martins MMF (0000-0001-8329-614X)\*, Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)\*, Vilasbôas ALQ (0000-0002-5566-8337)\* e Aquino R (0000-0003-3906-5170)\* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Stewart KA, Ristvedt S, Brown KM, et al. Giving voice to black men: guidance for increasing the likelihood of having a usual source of care. *Am J Mens Health*. 2019;13(3):1557988319856738. DOI: <https://doi.org/10.1177/1557988319856738>
2. Tsai J, Shi L, Yu WL, et al. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese Community. *Med Care*. 2010;48(7):628-34. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181dbdf76>
3. Du Z, Liao Y, Chen CC, et al. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. *Int J Equity Health*. 2015;14:60. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0189-4>
4. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health*. 2016;15(1):151. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0440-7>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Stransky ML. Two-year stability and change in access to and reasons for lacking a usual source of care among working-age US adults. *Public Health Rep.* 2017;132(6):660-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/0033354917735322>
6. Sung NJ, Lee JH. Association between types of usual source of care and user perception of overall health care service quality in Korea. *Korean. J Fam Med.* 2019;40(3):143-50. DOI: <https://doi.org/10.4082/kjfm.170093>
7. Berk ML, Bernstein AB. Regular source of care and the minority aged. *J Am Geriatr Soc.* 1982;30(4):251-4. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1982.tb07096.x>
8. Rohrer JE, Kruse G, Zhang Y. Hispanic ethnicity, rural residence, and regular source of care. *J Community Health.* 2004;29(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1023/b:johe.0000007441.84668.ac>
9. Devoe JE, Saultz JW, Krois L. A medical home versus temporary housing: the importance of a stable usual source of care among low-income children. *Pediatrics.* 2009;124(5):1363-71. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3141>
10. Devoe JE, Tillotson CJ, Wallace LS, et al. Parent and child usual source of care and children's receipt of health care services. *Ann Fam Med.* 2011;9(6):504-13. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1300>
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
12. Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, et al. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med.* 2005;45(4):4-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2004.06.023>
13. Xu KT. Usual source of care in preventive service use: a regular doctor versus a regular site. *Health Serv Res.* 2002;37(6):1509-29. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.10524>
14. Piehl MD, Clemens CJ, Joines JD. "Narrowing the gap": decreasing Emergency Department use by children enrolled in the Medicaid program by improving access to primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:791-5. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.8.791>
15. Ryan S, Riley A, Kang M, et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155(2):184-90. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.2.184>
16. Kiran T, Moineddin R, Kopp A, et al. Emergency Department Use and Enrollment in a Medical Home Providing After-Hours Care. *Ann Fam Med.* 2018;16(5). DOI: <https://doi.org/10.1370%2Fafm.2291>
17. Devoe JE, Petering R, Krois L. A usual source of care: Supplement or substitute for health insurance among low-income children? *Med Care.* 2008;46(10):1041-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181866443>
18. Kim KM, Jeon H, Lee JH. Having a physician rather than a place as a usual source of care would be better - from 2012 Korea health panel data. *J Korean Med Sci.* 2017;32(1):4-12. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.1.4>
19. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
20. Frank BRB, Viera CS, Ross C, et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate.* 2015;39(105):400-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>.
21. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018;42(esp1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
22. Peters MDJ, Godfrey C, Mcinerney P, et al. Capítulo 11: revisões do escopo. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis.* [Adelaide]: JBI; 2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

23. Joanna Briggs Institute. Reviewer's manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: University of Adelaide; 2015.
24. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, et al. Updated Methodological Guidance for the Conduct of Scoping Reviews. *JBIE Evidence Implementation*. 2020;18(10):2119-2126. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. DOI: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
26. Newacheck PW, Stoddard JJ, Hughes DC, et al. Health insurance and access to primary care for children. *N Engl J Med*. 1998;338(8):513-9. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm199802193380806>
27. Moy E, Bartman BA, Clancy CM, et al. Changes in usual sources of medical care between 1987 and 1992. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9(2):126-39. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0305>
28. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, et al. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 commonwealth fund survey of the health of adolescent girls. *J Adolesc Health*. 1999;25(2):120-30. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(98\)00146-3](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(98)00146-3)
29. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(4):361-5. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.4.361>
30. Mckee MD, Fletcher J. Primary care for urban adolescent girls from ethnically diverse populations: foregone care and access to confidential care. *J Health Care Poor Underserved*. 2006;17(4):759-74. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0131>
31. Martin BC, Shi L, Ward RD. Race, gender, and language concordance in the primary care setting. *Int J Health Care Qual Assur*. 2009;22(4):340-52. DOI: <https://doi.org/10.1108/09526860910964816>
32. Devoe JE, Tillotson CJ, Wallace LS, et al. Is health insurance enough? A usual source of care may be more important to ensure a child receives preventive health counseling. *Matern Child Health J*. 2012;16(2):306-15. DOI: <https://doi.org/10.1007%2Fs10995-011-0762-4>
33. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012;11:33. DOI: <https://doi.org/10.1186%2F1475-9276-11-33>
34. Shi LY, Lebrun-Harris LA, Daly CA, et al. ngo-metzger, q. Reducing Disparities in Access to Primary Care and Patient Satisfaction with Care: The Role of Health Centers. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(1):56-66. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0022>
35. Hall KS, Patton EW, Crissman HP, et al. A population-based study of US women's preferred versus usual sources of reproductive health care. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(3):e351-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.04.025>
36. Arnett MJ, Thorpe Jr RJ, Gaskin DJ, et al. Race, medical mistrust, and segregation in primary care as usual source of care: findings from the exploring health disparities in integrated communities study. *J Urban Health*. 2016;93(3):456-67. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11524-016-0054-9>
37. Nothelle SK, Boyd C, Sheehan O, et al. Factors associated with loss of usual source of care among older adults. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):538-45. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2283>
38. Chaiyachati KH, Hom JK, Wong C, et al. Access to Primary and Dental Care Among Adults Newly Enrolled in Medicaid. *Am J Manag Care*. 2019;25(3):135-9.
39. Guendelman S, Wyn R, Tsai YW. Children of working low-income families in California: does parental work benefit children's insurance status, access, and utilization of primary health care? *Health Serv Res*. 2000;35(2):417-41.

40. Devoe JE, Tillotson CJ, Wallace LS, et al. The Effects of health insurance and a usual source of care on a child's receipt of health care. *J Pediatr Health Care.* 2012;26(5):e25-e35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.01.003>
41. Jerant A, Bertakis KD, Fenton JJ, et al. Gender of physician as the usual source of care and patient health care utilization and mortality. *J Am Board Fam Med.* 2013;26(2):138-48. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.02.120198>
42. An AR, Kim K, Lee JH, et al. Having a usual source of care and its associated factors in Korean adults: a cross-sectional study of the 2012 Korea Health Panel Survey. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):167. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0555-3>
43. Khan A, Thapa JR, Zhang D. Preventive dental checkups and their association with access to usual source of care among rural and urban adult residents. *J Rural Health.* 2017;33(4):419-26. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12271>.
44. Liaw W, Jetty A, Petterson S, et al. Trends in the types of usual sources of care: a shift from people to places or nothing at all. *Health Serv Res.* 2018;53(4):2346-67. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12753>.
45. Chaiyachati KH, Hom JK, Hubbard RA, et al. Evaluating the association between the built environment and primary care access for new medicaid enrollees in an urban environment using walk and transit scores. *Prev Med Rep.* 2017;9:24-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.12.001>.
46. Kim D, Kim S, Park HK, et al. Effect of having a usual source of care on medical expenses - using the korea health panel data. *J Korean Med Sci.* 2019;34(35):e229. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2019.34.e229>
47. Stockwell MS, Findley SE, Irigoyen M, et al. Change in parental reasons for use of an urban pediatric emergency department in the past decade. *Pediatr Emerg Care.* 2010;26(3):181-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/pec.0b013e3181d1dfc7>
48. Davis MA, Guo C, Titler MG, et al. Advanced practice clinicians as a usual source of care for adults in the United States. *Nursing Outlook.* 2017;65(1):41-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.07.006>
49. Rew L, Resnick M, Beuhring T. Usual sources, patterns of utilization, and foregone health care among Hispanic adolescents. *J Adolesc Health.* 1999;25(6):407-13. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(98\)00159-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(98)00159-1)
50. Devoe JE, Saultz JW, Krois L, et al. A medical home versus temporary housing: The importance of a stable usual source of care. *Pediatrics.* 2009;124(5):1363-71. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3141>
51. Choi S. Longitudinal changes in access to health care by immigrant status among older adults: The importance of health insurance as a mediator. *Gerontologist.* 2011;51(2):156-69. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3141>
52. Cunningham PJ. Many medicaid beneficiaries receive care consistent with attributes of patient-centered medical homes. *Health Aff (Millwood).* 2015;34(7):1105-12. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0141>
53. Cross S, Kelly P. Access to care based on state nurse practitioner practice regulation: secondary data analysis results in the medicare population. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2015;27(1):21-30. DOI: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12191>
54. Hammond WP, Matthews D, Smith GC. Psychosocial factors associated with routine health examination scheduling and receipt among African American men. *J Natl Med Assoc.* 2010;102(4):276-89. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30600-3](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30600-3)
55. Lau JS, Adams SH, Irwin Jr CE, et al. Receipt of preventive health services in young adults. *J Adolesc Health.* 2013;52(1):42-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.017>
56. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de

- serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(1):133-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100012>
57. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., editores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008. p. 215-46.
58. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2017;51(50):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>
59. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5/6):365-73.
60. Szwarcwald CL, Souza-júnior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequities in the use of outpatient services in Brazil according to healthcare need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:217. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-217>.
61. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(supl1):2543-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.143952020>
62. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambul Care Manage*. 2017;40(2supl):S4-11. DOI: <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000189>.
63. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
64. Brasil. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 132 p.
65. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

---

Recebido em 21/07/2023

Aprovado em 09/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Magda Duarte dos Anjos Scherer