



ORIGINALES

Evaluación del grado de implantación de los atributos de la atención primaria a la salud como indicador de la calidad de la asistencia prestada a las comunidades quilombolas en el estado de Rio Grande del Norte

Valiação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestadas às comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Norte

Assessment of the level of implementation of primary health care attributes as an indicator of the quality of care provided to quilombola communities in the state of Rio Grande do Norte

Vínicus Costa Maia Monteiro¹
Kezauyn Miranda Aiquoc¹
Suênia Silva de Mesquita Xavier¹
Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula²
Nilba Lima de Souza¹
Erika Simone Galvão Pinto¹

¹ Enfermero/a. Universidad Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. kezauyn@hotmail.com

² Enfermera. Universidad Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.507371>

Recibido: 12/01/2022

Aceptado: 19/02/2022

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar el grado de implantación de los atributos de la atención primaria de salud como indicador de la calidad de la atención prestada a las comunidades quilombolas del Estado de Rio Grande do Norte.

Metodología: Estudio evaluativo realizado en las 33 comunidades quilombolas certificadas en el estado por la Fundación Cultural Palmares. Participaron 51 profesionales, médicos, enfermeros y técnicos de enfermería, que actúan en la atención primaria de salud a través del Evaluación de la Atención Primaria-versión Brasil. Se consideraron atributos esenciales, capacidad, desempeño y atributos derivados: accesibilidad, logitudinalidad, coordinación – sistemas de información, coordinación – integración asistencial, integralidad, orientación familiar y orientación comunitaria. El porcentaje de respuestas identificadas se distribuyó en cuatro clasificaciones: no implementado (de 0 a 25%); incipiente implantado (del 26% al 50%); parcialmente implantado (del 51% al 75%); completamente implementado (del 76% al 100%).

Resultados: A partir de los análisis realizados, se constató que las acciones de APS en comunidades quilombolas de Rio Grande do Norte fueron clasificadas como totalmente implementadas (82,2%), considerando las dimensiones capacidad (77,92%) y desempeño (85,56%). Al observar los atributos

derivados: longitudinalidad (92,94%), coordinación - sistemas de información (80,88%), integralidad - servicios disponibles (85,91%), orientación familiar (87,45%) y orientación comunitaria (92,16%), se observa que esas dimensiones también se implementaron completamente. Solo las dimensiones accesibilidad (74,51%) y coordinación – integración del cuidado (56,86%) fueron consideradas parcialmente implementadas.

Conclusión: Fue posible realizar un diagnóstico situacional de las acciones de APS en comunidades quilombolas, identificando debilidades y fortalezas en la prestación de servicios de salud a estas comunidades.

Palabras clave: Evaluación de la Salud; Salud de la Población Negra; Primeros auxilios.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar o grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestadas às comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte.

Metodologia: Estudo avaliativo realizado nas 33 comunidades quilombolas certificadas no estado pela Fundação Cultural Palmares. Participaram 51 profissionais, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atuam na atenção primária à saúde por meio do instrumento de avaliação *Primary Care Assessment*-versão Brasil. Foram considerados os atributos essenciais, capacidade, desempenho, e os atributos derivados: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação – sistemas de informações, coordenação – integração de cuidados, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. O percentual de respostas identificadas foi distribuído em quatro classificações: não implantado (de 0 a 25%); implantado incipiente (de 26% a 50%); parcialmente implantado (de 51% a 75%); totalmente implantado (de 76% a 100%).

Resultados: A partir das análises realizadas, verificou-se que as ações da APS em comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte, foram classificadas como totalmente implantadas (82,2%), considerado-se as dimensões capacidade (77,92%) e desempenho (85,56%). Ao observar os atributos derivados: longitudinalidade (92,94%), coordenação – sistemas de informações (80,88%), integralidade – serviços disponíveis (85,91%), orientação familiar (87,45%), e orientação comunitária (92,16%), nota-se que essas dimensões também foram totalmente implantadas. Apenas as dimensões acessibilidade (74,51%) e coordenação – integração dos cuidados (56,86%) foram consideradas como parcialmente implantadas.

Conclusão: Foi possível realizar um diagnóstico situacional das ações da APS nas comunidades quilombola, sendo identificado as fragilidades e potencialidades na prestação do cuidado em saúde a essas comunidades.

Palavras-chaves: Avaliação em Saúde; Saúde da População Negra; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the degree of implementation of the attributes of primary health care as an indicator of the quality of care provided to quilombola communities in the state of Rio Grande do Norte.

Methodology: This is an evaluative study carried out in 33 quilombola communities certified in the state by Palmares Cultural Foundation. Fifty-one professionals, physicians, nurses and nursing technicians, who work in primary health care, participated in the study using the *Primary Care Assessment-Brazil* version. The essential attributes, capacity, performance, and the derived attributes were considered: accessibility, longitudinality, coordination - information systems, coordination - care integration, integrality, family orientation and community orientation. The percentage of identified answers was distributed in four classifications: not implemented (from 0 to 25%); incipiently implemented (from 26% to 50%); partially implemented (from 51% to 75%); totally implemented (from 76% to 100%).

Results: From the analysis, it was found that the PHC actions in quilombola communities in Rio Grande do Norte were classified as fully implemented (82.2%), considering the dimensions capacity (77.92%) and performance (85.56%). When observing the derived attributes: longitudinality (92.94%), coordination - information systems (80.88%), integrality - available services (85.91%), family orientation (87.45%), and community orientation (92.16%), it is noted that these dimensions were also fully implemented. Only the dimensions accessibility (74.51%) and coordination - integration of care (56.86%) were considered as partially implemented.

Conclusion: It was possible to carry out a situational diagnosis of PHC actions in quilombola communities, identifying the weaknesses and potentialities in the provision of health care to these communities.

Keywords: Health Evaluation; Black Population Health; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La esclavitud de los pueblos afrodescendientes que duró cerca de 380 años, en Brasil, se caracterizó por un período de extrema violencia y genocidio de esos pueblos ⁽¹⁾. Incluso después de 133 años de la Ley nº 3.353, del 13 de mayo de 1888, que abolió la esclavitud, no hubo una reparación social efectiva ni una mitigación de la jerarquía racial ⁽¹⁾, lo que contribuyó para el proceso de estigmatización, fruto del racismo socio-histórico que perfila la construcción del país, permaneciendo aún en los días de hoy.

Como resistencia a la explotación sufrida en los años de esclavitud, surgieron los territorios quilombolas. Tales estructuras territoriales, agrupaban, en su mayoría, a los pueblos africanos y sus descendientes esclavizados que se rebelaron contra el sistema vigente, pueblos indígenas y algunos blancos europeos excluidos del sistema⁽²⁾.

Actualmente, registros de la Fundación Cultural Palmares ⁽³⁾ indican que el 61% de las comunidades quilombolas están localizados en la Región Nordeste de Brasil, siendo 33 de ellas en Rio Grande do Norte. Estas comunidades quilombolas son vulnerables a los diversos impactos sociales, con altos niveles de pobreza, analfabetismo, desempleo, falta de saneamiento, energía eléctrica y acceso a los servicios de salud, contribuyendo a la permanencia de altos índices de vulnerabilidad social y colectiva⁽³⁾.

De esa forma, las políticas de promoción de equidad en salud se configuran como un conjunto de acciones y servicios de salud que buscan la garantía del acceso resolutivo, en tiempo oportuno y de calidad ⁽⁴⁾. Entre esas políticas, la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN), así como la Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Selva (PNSIPCF) evidencian la necesidad de atender las especificidades en salud de la población remanente de quilombo ya que expresa condiciones de vida marcadas por el proceso de exclusión de la población negra brasileña y, especialmente, la está presente en el área rural ^(4,5).

Sin embargo, investigaciones han evidenciado fragilidades en la ejecución de intervenciones que permitan el acceso de políticas públicas por esa población ⁽⁶⁾. Entre ellas, el acceso a la Atención Primaria en Salud no se da solo como consecuencia de las barreras geográficas en las zonas rurales, sino también por la escasez de profesionales dispuestos a vivenciar el contexto rural, falta conocimiento en cuanto a realidad y especificidades, así como la estigmatización racial que rodea a las poblaciones vulnerables ⁽⁷⁾.

Se observa que las inversiones aplicadas en la APS fácilmente evidenciadas por la expansión de las Estrategias de Salud de la Familia (ESF) y Unidades Básicas de Salud (UBS), se encuentran distantes de esa población, lo que va contra lo que es establecido en la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) y en la PNSIPCF, que preconizan la atención universal sin distinción de género, raza/color, etnia y orientación sexual ^(5,8,9).

Para Bárbara Staffield ⁽¹⁰⁾, la asistencia en el contexto de la APS debe orientarse observando los atributos de acceso al primer contacto al servicio, longitudinalidad,

integralidad y coordinación de la atención, siguiendo tres atributos. Teniendo en cuenta los atributos preestablecidos por la APS, en el contexto de las comunidades quilombolas, la evaluación normativa en salud se caracteriza como una importante herramienta de análisis sobre la complejidad social de ese grupo poblacional, pudiendo evidenciar lo que preconiza la PNAB y la PNSIPCF sobre las acciones realizadas por las comunidades quilombolas ⁽¹¹⁾.

Ante lo expuesto, se considera relevantes estudios que amplíen la discusión acerca de la asistencia prestada por la APS en comunidades quilombolas a partir de los preceptos establecidos por el Sistema Único de Salud (SUS). La utilización de evaluaciones normativas aplicadas a los profesionales que experimentan esa realidad se configura como un potente aliado en la construcción de acciones, que fortalecen a partir de un juicio de valor, las medidas que garanticen el rendimiento y la capacidad de la asistencia sanitaria ofrecida a dicha comunidad.

En ese sentido, el objetivo del presente estudio es evaluar el grado de implantación de los atributos de la atención primaria a la salud (APS) como indicador de la calidad de la asistencia prestada a las comunidades quilombolas en el Estado de Rio Grande do Norte.

MÉTODO

Se trata de un estudio de evaluación de la calidad de los atributos de la atención primaria de salud con foco en la asistencia prestada a las comunidades quilombolas, el cual se caracteriza como una herramienta inicial para el reconocimiento de determinada realidad que resulta en intervenciones futuras.

El escenario de este estudio fueron 33 comunidades quilombolas distribuidas en 24 municipios del Estado de Rio Grande do Norte que son registradas y reconocidas por la Fundación Cultural Palmares ⁽³⁾.

La muestra objetivo del presente estudio fue compuesta por médicos, enfermeros y técnicos o auxiliares en enfermería que actúan en las Estrategias de Salud de la Familia (ESF) y Equipos de la Atención Primaria (AP) que presentaban actuación en las comunidades quilombolas. En ese sentido, fueron invitados a participar de la investigación todos los 99 profesionales responsables (médicos y equipo de enfermería) de la asistencia en las comunidades quilombolas que son registradas y reconocidas por la Fundación Cultural Palmares, distribuidas en 24 municipios del Estado de Rio Grande do Norte (RN), sin embargo, con la ausencia de respuestas de algunos profesionales, el estudio contó con la participación de 51 profesionales, siendo 10 médicos, 25 enfermeros, y 16 técnicos de enfermería.

La muestra de la investigación fue representativa en el cerca de 52%. Además, fue posible observar que en los municipios de Bom Jesus, Ielmo Marinho, Ipanguaçu, Parelhas, Patu y Touros (Baixa do Quinquim) se obtuvo el 100% de las respuestas de los profesionales registrados, por otro lado, los municipios de Bom Jesus (Sítio Pavilhão), Portalegre (Sitio Arrojado/Engenho Novo y Sitio Pega) y São Tomé no obtuvieron ninguna respuesta de los profesionales registrados.

Para la recolección de los datos, fue utilizado un instrumento Primary Care

Assessment (PCATool/2020) versión Brasil ⁽¹⁰⁾, adaptado para la realidad de la Atención Primaria de la Salud de las comunidades quilombolas. PCATool tiene como objetivo medir el grado de implantación de los atributos de la APS en servicios de atención a la salud ^(10,11).

La recopilación de datos tuvo lugar entre los meses de septiembre y octubre de 2021. Para la realización de la misma, los profesionales fueron contactados, previamente, por e-mail o teléfono que fueron solicitados a la coordinación de la APS de cada municipio con el objetivo de presentarse informaciones sobre la investigación. Después de eso, se envió el cuestionario de evaluación a través de Google Forms.

El puntaje general fue calculado por la suma de los puntajes de todos los componentes que forman los atributos esenciales y los atributos derivados (acceso de primer contacto - accesibilidad, longitudinalidad, coordinación - integración de cuidados, coordinación - sistema de información, integralidad - servicios disponibles, integralidad - servicios prestados, orientación familiar y orientación comunitaria) dividido por el número total de componentes (PCATool/2020) versión Brasil ⁽¹⁰⁾.

De acuerdo con la puntuación alcanzada, fue realizado el juicio de las acciones en cuanto a su implantación por medio de los criterios preconizados por Ferreira e Silva (2014)⁽¹²⁾, que fue adaptado para este estudio, a saber: no implantado (de 0 a 25%); implantado incipiente (de 26% a 50%); parcialmente implantado (del 51% al 75%); totalmente implantados (del 76% al 100%).

Por tratarse de una investigación involucrando seres humanos, fueron atendidas las exigencias propuestas por el Consejo Nacional de Salud, a través de las Resoluciones 510/2016 ⁽¹³⁾. Es importante reiterar que la investigación solo se realizó después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP/CENTRAL) de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, según el dictamen 4.895.214.

RESULTADOS

La Tabla 1 presenta la caracterización de los profesionales encuestados. En relación al sexo se observó 74,51% (n=38) son mujeres y 25,49% (n=13) son hombres. En cuanto al tiempo de actuación fue posible observar que 49,02% (n=25) trabajan desde hace un año en la comunidad quilombola, seguidos 35,29% (n=18) que trabajan de 2 a 5 años y 3,92% trabajan más de 11 años en la comunidad. Se verificó también que a los profesionales que trabajaban 49,02% (n=25) son enfermeros, 31,37% (n=16) son técnicos de enfermería y 19,61% (n=10) son médicos.

Tabla 1 Características de los profesionales de la atención primaria a la salud de responsables por la asistencia en las comunidades quilombola, Rio Grande do Norte, Brasil, 2021. (n=51)

| Variable | N | % |
|--|----|-------|
| Sexo | | |
| Femenino | 38 | 74,51 |
| Masculino | 13 | 25,49 |
| Tiempo de actuación en la comunidad | | |
| Hasta 1 año | 25 | 49,02 |
| 2 a los 5 años | 18 | 35,29 |
| 6 a los 10 años | 06 | 11,76 |

| | | |
|-----------------------|----|-------|
| Más de 11 años | 02 | 3,92 |
| Categoría | | |
| Enfermero | 25 | 49,02 |
| Técnico de enfermería | 16 | 31,37 |
| Médico | 10 | 19,61 |

Fuente: Datos de la investigación.

A partir del análisis de datos realizado, se identificó que las acciones de la APS en comunidades quilombolas de Rio Grande do Norte fueron clasificadas como totalmente implantadas (82,2%), considerando las dimensiones Capacidad (77,92%) y Desempeño (85,56%). Al observar los atributos derivados: longitudinalidad (92,94%), coordinación - sistemas de información (80,88%), integralidad - servicios disponibles (85,91%), orientación familiar (87,45%), y orientación comunitaria (92,16%), se observa que estas dimensiones también se han implantado totalmente. Solo las dimensiones accesibilidad (74,51%) y coordinación - integración de los cuidados (56,86%), fueron consideradas como parcialmente implantadas, conforme puede ser observado en la Tabla 2.

Sin embargo, es válido resaltar que, aunque la mayoría de los atributos hayan sido totalmente implantados cuando se considera la evaluación general, algunos ítems aún se encuentran solo parcialmente implantados o implantados de forma incipiente.

Tabla 2 - Grado de los atributos de la APS en comunidades quilombolas de Rio Grande do Norte, Brasil, 2021

| Variables | Puntaje | | Clasificación del grado |
|---|----------|----------|-------------------------------|
| | Esperado | Obtenido | |
| Total | 93,18 | 76,43 | 82,02 Totalmente implantado |
| 1. CAPACIDAD | 43,18 | 33,65 | 77,92 Totalmente implantado |
| Accesibilidad | 15,91 | 11,85 | 74,51 Parcialmente Implantado |
| A1 - Cuando su servicio de salud está cerrado y alguien de la comunidad quilombola se enferma, existe un número de teléfono o contacto de herramienta de comunicación virtual (el cual pueden contactar | 2,27 | 1,87 | 82,35 Totalmente implantado |
| A2 - Es fácil para un (a) usuario de la comunidad quilombola marcar una consulta de revisión (consulta de rutina, checkup) en su servicio de salud | 2,27 | 2,18 | 96,08 Totalmente implantado |
| A3 - Su servicio posee estructura física propia para la atención comunidad quilombola | 2,27 | 1,52 | 66,67 Parcialmente Implantado |
| A4 - La estructura física de su servicio permite que médico, enfermero y técnico en enfermería logren realizar sus funciones simultáneamente sin dificultades en la comunidad quilombola | 2,27 | 1,65 | 72,55 Parcialmente Implantado |
| A5 -Su equipo dispone de transporte adecuado para el traslado de los profesionales hasta la comunidad quilombola | 2,27 | 2,18 | 96,08 Totalmente implantado |
| A6 - ¿Su servicio dispone de internet en la comunidad quilombola? | 2,27 | 1,47 | 64,71 Parcialmente Implantado |
| A7 - En el camino a la comunidad quilombola se encuentra alguna barrera de acceso | 2,27 | 0,98 | 43,14 Incipiente |
| Longitudinalidad | 11,36 | 10,56 | 92,94 Totalmente implantado |
| B1 - ¿En su servicio de salud, los quilombolas son siempre atendidos por el(a) mismo(a) médico(a) o enfermero(a)? | 2,27 | 2,18 | 96,08 Totalmente implantado |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| B2 - Usted da a los usuarios quilombolas tiempo suficiente para hablar (discutir) sobre sus preocupaciones o problemas | 2,27 | 2,18 | 96,08 | Totalmente implantado |
| B3 - Usted cree que sus usuarios quilombolas se sienten cómodos contándole sus preocupaciones o problemas | 2,27 | 2,18 | 96,08 | Totalmente implantado |
| B4 - Usted sabe qué problemas son más importantes para sus usuarios quilombolas | 2,27 | 2,01 | 88,24 | Totalmente implantado |
| B5 - Usted sabría si sus usuarios quilombolas tienen problemas para obtener o pagar por los medicamentos recetados | 2,27 | 2,01 | 88,24 | Totalmente implantado |
| Coordinación - Integración de Cuidados | 6,82 | 3,88 | 56,86 | Parcialmente Implantado |
| C1 - Cuando sus usuarios quilombolas necesitan reenvío, usted discute sobre los diferentes servicios donde pueden ser atendidos | 2,27 | 2,14 | 94,12 | Totalmente implantado |
| C2 - Después de la consulta con el(a) especialista o en el servicio especializado, usted conversa con el(a) su(su) usuario quilombola sobre los resultados de esa consulta | 2,27 | 1,52 | 66,67 | Parcialmente Implantado |
| C3 - Los usuarios quilombolas cuando van al servicio especializado disponen de transporte accesible para el traslado | 2,27 | 0,22 | 9,80 | Não implantado |
| Coordinación - Sistemas de Información | 9,09 | 7,35 | 80,88 | Totalmente implantado |
| D1 - Usted solicita a los usuarios quilombolas que traigan sus registros médicos recibidos en atenciones anteriores (ej: fichas de atención de emergencia, cartera de vacunación, resultados de exámenes de laboratorio) | 2,27 | 2,14 | 94,12 | Totalmente implantado |
| D2 - Los historiales de los usuarios quilombolas están siempre disponibles cuando usted los atiende | 2,27 | 2,27 | 100,00 | Totalmente implantado |
| D3 - Su servicio ya dispone de prontuario electrónico en la comunidad quilombola | 2,27 | 0,89 | 39,22 | Incipiente |
| D4 - Usted realiza las notificaciones obligatorias y no obligatorias estrictamente en la comunidad quilombola | 2,27 | 2,05 | 90,20 | Totalmente implantado |
| 2, RENDIMIENTO | 50,00 | 42,78 | 85,56 | Totalmente implantado |
| Integralidad - Servicios disponibles | 38,64 | 32,84 | 85,01 | Totalmente implantado |
| E1 - Asesoramiento sobre nutrición o dieta en la comunidad quilombola | 2,27 | 2,14 | 94,12 | Totalmente implantado |
| E2 - Vacunas en la comunidad quilombola (inmunizaciones) | 2,27 | 2,27 | 100,00 | Totalmente implantado |
| E3 - Verificar si la familia quilombola puede participar de algún programa de asistencia social o beneficios sociales (ej: Programa Bolsa Familia, Tarifa Social) | 2,27 | 0,89 | 39,22 | Incipiente |
| E4 - Evaluación de la salud bucal en la comunidad quilombola (examen dental) | 2,27 | 2,05 | 90,20 | Totalmente implantado |
| E5 - Planificación familiar o métodos anticonceptivos en la comunidad quilombola | 2,27 | 2,23 | 98,04 | Totalmente implantado |
| E6 - Asesoramiento o tratamiento para el uso perjudicial de drogas lícitas o ilícitas en la comunidad quilombola (ej: alcohol, cocaína, remedios para dormir) | 2,27 | 1,87 | 82,35 | Totalmente implantado |
| E7 - Asesoramiento para problemas de salud mental en la comunidad quilombola (ej.: ansiedad, depresión) | 2,27 | 2,05 | 90,20 | Totalmente implantado |
| E8 - Identificación (algún tipo de evaluación) de problemas auditivos (para escuchar) en la comunidad quilombola | 2,27 | 1,29 | 56,86 | Parcialmente Implantado |
| E9 - Identificación (algún tipo de evaluación) de problemas visuales (para ver) en la comunidad quilombola | 2,27 | 1,38 | 60,78 | Parcialmente Implantado |
| E10 - Examen preventivo para el cáncer de cuello uterino (CP) en la comunidad quilombola | 2,27 | 2,23 | 98,04 | Totalmente implantado |

| | | | | |
|--|--------------|-------------|--------------|------------------------------|
| E11 - Consejos para dejar de fumar (por ejemplo, dejar de fumar) en la comunidad quilombola | 2,27 | 1,92 | 84,31 | Totalmente implantado |
| E12 - Cuidado de la salud de la mujer en la comunidad quilombola | 2,27 | 2,23 | 98,04 | Totalmente implantado |
| E13 - Rastreo de enfermedades comunes en esa población (ej: Anemia falciforme, enfermedad de chagas y Cardiopatías) en la comunidad quilombola | 2,27 | 2,05 | 90,20 | Totalmente implantado |
| E14 - En la comunidad quilombolas usted desarrolla acciones dirigidas a la salud del adulto | 2,27 | 2,05 | 90,20 | Totalmente implantado |
| E15 - En la comunidad quilombolas usted desarrolla acciones dirigidas a la salud del niño | 2,27 | 2,05 | 90,20 | Totalmente implantado |
| E16 - En la comunidad quilombolas usted desarrolla acciones dirigidas a la salud del anciano | 2,27 | 2,09 | 92,16 | Totalmente implantado |
| E17 - En la comunidad quilombolas usted desarrolla acciones dirigidas a la salud del adolescente | 2,27 | 2,05 | 90,20 | Totalmente implantado |
| Orientación Familiar | 11,36 | 9,94 | 87,45 | Totalmente implantado |
| F1 - Usted pregunta a los usuarios quilombolas cuáles son sus ideas y opiniones al planear el tratamiento y el cuidado del usuario o alguien de la familia | 2,27 | 1,96 | 86,27 | Totalmente implantado |
| F2 - Usted pregunta acerca de enfermedades o problemas de salud que pueden ocurrir en la familia de los usuarios quilombolas | 2,27 | 2,09 | 92,16 | Totalmente implantado |
| F3 - Discusión sobre factores de riesgo familiares (por ejemplo, genéticos) | 2,27 | 2,05 | 90,20 | Totalmente implantado |
| F4 - Discusión sobre recursos económicos de la familia de los usuarios quilombolas | 2,27 | 1,74 | 76,47 | Totalmente implantado |
| F5 - Discusión sobre factores de riesgo sociales (por ejemplo, pérdida de empleo) | 2,27 | 2,09 | 92,16 | Totalmente implantado |
| Orientación Comunitaria | 6,82 | 6,28 | 92,16 | Totalmente implantado |
| G1 - Usted o alguien de su servicio de salud hace visitas a domicilio en la comunidad quilombola | 2,27 | 2,27 | 100,00 | Totalmente implantado |
| G2 - Usted cree que su servicio de salud tiene el conocimiento adecuado de los problemas de salud de la comunidad quilombola atendida | 2,27 | 2,01 | 88,24 | Totalmente implantado |
| G3 - En su servicio de salud se obtienen opiniones e ideas de la comunidad quilombola sobre cómo mejorar los servicios de salud | 2,27 | 2,01 | 88,24 | Totalmente implantado |

Fuente: Datos del estudio.

Por último, la Tabla 3 presentó la cantidad de ítems por nivel de implantación (No implantado, Incipiente, Parcialmente implantado y Totalmente implantado) de acuerdo a las dimensiones Capacidad (Accesibilidad, Longitudinalidad, Coordinación – Integración de Cuidados y Coordinación – Sistemas de Información) y Desempeño (Integralidad – Servicios Disponibles, Orientación Familiar y Comunitaria). Fue posible observar que de los 19 ítems evaluados en la dimensión Capacidad 5,26% (n=01) fue no implantado, 10,53% (n=02) fueron implantados de forma incipiente, 21,05% (n=04) fueron parcialmente implantados y 63,16% (n=12) totalmente implantados, Sin embargo, de los 22 ítems evaluados de la dimensión Desempeño se observó que 4,55% (n=01) fue implantado incipiente y 95,45% (n=24) totalmente implantados. De modo general, 2,44% (n=01) de los ítems fue no implantado, 6,81% (n=03) implantado incipiente, 9,09% (n=04) parcialmente implantados e 81,82% (n=36) totalmente implantados.

Tabla 3 – Distribución de los ítems y grados de implantación de los atributos de la APS en comunidades quilombolas de Rio Grande do Norte, Brasil, 2021

| Dimensión y Criterios | Ítems evaluados N | Grau de implantação | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | | No implantado | Implantación Incipiente | Parcialmente implantado | Totalmente Implantado |
| | | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1. CAPACIDAD | 19 | 01 (5,26) | 02 (10,53) | 04 (21,05) | 12 (63,16) |
| Accesibilidad | 07 | - | 01 (14,29) | 03 (42,86) | 03 (42,86) |
| Longitudinalidad | 05 | - | - | - | 05 (100,0) |
| Coordenación - Integración de Cuidados | 03 | 01 (33,33) | - | 01 (33,33) | 01 (33,33) |
| Coordenación - Sistemas de Información | 04 | | 01 (25,00) | | 03 (75,00) |
| 2. DESEMPEÑO | 22 | - | 01 (4,55) | - | 24 (95,45) |
| Integralidad - Servicios Disponibles | 17 | - | 01 (5,88) | - | 16 (94,12) |
| Orientación Familiar | 05 | - | - | - | 05 (100,0) |
| Orientación Comunitaria | 03 | - | - | - | 03 (100,0) |
| Total | 44 | 01 (2,44) | 03 (6,81) | 04 (9,09) | 36 (81,82) |

Fuente: Datos de la investigación.

DISCUSIÓN

A partir del presente estudio de evaluación, fue posible realizar un diagnóstico situacional de las acciones de la APS en las comunidades quilombolas de Rio Grande do Norte, identificando las fragilidades y potencialidades en la prestación del cuidado en salud a esas comunidades.

Por lo que se refiere a la dimensión accesibilidad, se observa que ésta ha sido clasificada como parcialmente implantada (74,51%). Del mismo modo, los ítems A3, A4 y A6 de esta dimensión, también fueron clasificados como parcialmente desplegados, mientras que el ítem A7 fue clasificado como desplegado de forma incipiente. Estos ítems versan, respectivamente, sobre la estructura del servicio, la presencia de internet y las barreras que son encontradas por los profesionales en el recorrido hasta las comunidades quilombolas, lo que demuestra que tales aspectos aún necesitan de mayor atención para la realización de los cuidados prestados a esas comunidades.

Aunque los términos acceso y accesibilidad se utilizan a menudo como sinónimos, estos conceptos tienen significados diferentes. La accesibilidad se refiere a las características de la oferta que permiten a las personas acceder a los servicios, mientras que el acceso es la forma en que las personas perciben la accesibilidad ⁽⁹⁾. De este modo, se comprende que la accesibilidad se caracteriza por la oferta de servicios y por la capacidad de responder a las necesidades de salud de una determinada población, siempre que ésta lo necesite de manera fácil y conveniente.

Estos aspectos demuestran la variedad de condiciones que aún necesitan mayor atención para que la APS funcione efectivamente como el servicio de primer contacto para las comunidades quilombolas.

Tratándose del atributo longitudinalidad, se observó que éste fue clasificado como totalmente implantado (92,94%), así como todos los ítems que lo componen. La

longitud se caracteriza por la continuidad del cuidado y de la relación profesional-paciente a lo largo de la vida del usuario, independientemente de la ausencia o de la presencia de enfermedad. Por lo tanto, se observa que este atributo está estrechamente relacionado con el vínculo.

El modo con que se establece vínculo con la comunidad es factor determinante de la calidad del servicio prestado por la APS. Las relaciones establecidas entre profesionales y usuarios se configuran como un fuerte mecanismo capaz de hacer de los servicios de salud una fuente satisfactoria y habitual de atención a las necesidades de la población. Esta relación genera un sentimiento de confianza por parte de los usuarios y responsabilidad por parte de los profesionales que se insertan en ese proceso ⁽¹⁴⁾.

Cuando se considera la dimensión coordinación - integración de los cuidados, se observa que, así como la dimensión accesibilidad, este atributo solo se ha implantado parcialmente (56,86%). Cabe recordar que la dimensión en cuestión se caracteriza por la garantía de la continuidad de los cuidados en el interior de una red de servicios, es decir, por medio de ella se organizan las respuestas al conjunto de necesidades de salud presentadas por la población ⁽¹⁵⁾. Según lo discutido por Madureira ⁽¹⁵⁾, este atributo es esencial para que la APS desempeñe un papel fundamental en el sistema de salud. Sin embargo, el Sistema Único de Salud (SUS) todavía enfrenta el gran desafío de calificar a la APS para ejercer esa función de coordinación del cuidado y, así, proporcionar a los usuarios del SUS respuestas adecuadas a sus necesidades ⁽⁹⁾.

Para cada uno de los elementos que componen esta dimensión, se observa que solo uno fue clasificado como totalmente desplegado (Artículo CI - 94,12%). Este ítem se refiere, específicamente, a la realización de discusiones sobre el encaminamiento del usuario para otros servicios de la red de salud, lo que indica que los equipos parecen informar a los usuarios acerca de los servicios especializados que componen la red y su finalidad. Sin embargo, los resultados también demuestran que, a pesar de haber una comunicación inicial entre profesionales y usuarios, ese diálogo parece no tener continuidad, teniendo en cuenta que el ítem C2, que se refiere a las discusiones que se llevan a cabo con el usuario después de la consulta con el especialista, se clasificó como parcialmente desplegado (66,67%).

La dificultad para acceder a otros servicios de la red de salud no es un problema que se limite a las comunidades quilombolas del Estado de Rio Grande do Norte. Estudios anteriores ya han demostrado que hay una infrautilización de los servicios de salud por parte de esa población, y esto ocurre, en gran medida, debido al distanciamiento de las comunidades quilombolas de los centros urbanos ⁽¹⁶⁾.

De forma complementaria, para que exista la coordinación de cuidados, se hace necesaria también la transferencia de informaciones sobre los problemas de salud de los usuarios, lo que demanda la existencia de un prontuario de seguimiento longitudinal y de un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia. Esa colocación hecha por Madureira⁽¹⁵⁾ remite a otro atributo investigado en la presente investigación, coordinación - sistemas de información, por medio del cual se buscó investigar la utilización del historial del paciente, el acceso al mismo, y si existe registro de informaciones útiles para la continuidad del cuidado en salud. Este atributo ha sido clasificado como totalmente desplegado (80,88%), lo que indica que los profesionales

que participaron en el estudio parecen hacer uso de este instrumento de trabajo de manera adecuada.

Se destaca la importancia del uso del historial por los equipos de salud, teniendo en cuenta que una parte esencial de la coordinación es la disponibilidad de información que abarca problemas de salud y accesos a los servicios de salud. De acuerdo con Starfield⁽¹¹⁾, desafíos de la coordinación pueden surgir cuando, dentro de establecimiento de atención primaria, los usuarios son vistos por diferentes miembros del equipo y la información al respecto se generan en diferentes lugares. De este modo, el historial se configura como el principal documento de registro de las informaciones pertinentes al usuario y a la atención a él prestada ⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, a pesar de la total implantación de esa dimensión, no se puede dejar de destacar el hecho de que el ítem D3 (su servicio ya dispone de prontuario electrónico en la comunidad quilombola) tuvo una implantación incipiente (39,22%). Esto indica que gran parte de los equipos aún no hacen uso del historial digital, retomando nuevamente una de las limitaciones que se viven en las comunidades quilombolas: la falta de acceso a internet.

Lejos de ser algo trivial, el uso del historial electrónico puede presentar impactos significativos en la atención a la comunidad quilombola. Una investigación conducida en los municipios de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis y Vitória sobre la implantación de la ESF con foco en la integración a la red asistencial, identificó que entre las condiciones facilitadoras para la integración de los servicios estaban la implantación del sistema informatizado de marcado y de regulación de consultas y exámenes especializados (SISREG), y la existencia de prontuarios electrónicos con acceso online ⁽⁹⁾.

Se observa, a través de lo expuesto, que la inversión en Tecnología de la Información y Comunicación - TIC, como la informatización de los historiales, es una iniciativa importante que puede ser considerada pro-coordinación. Sin embargo, si ya es un desafío implantar esos sistemas en centros urbanos, las dificultades se hacen aún más evidentes cuando se trata de las comunidades quilombolas, debido a la falta de acceso a Internet en esos lugares. En una encuesta reciente realizada con comunidades quilombolas del Nordeste Brasileño demostró que el 29% de los domicilios no tienen acceso a internet. Entre las familias que poseen internet en casa, se nota que gran parte de ellas tienen dificultades para pagar los gastos mensuales del servicio. Además, solo el 11% de las familias que viven en las comunidades quilombolas tienen computadora, las demás utilizan celulares con planes de datos limitados para tener acceso a información, estudiar, trabajar, acceder a contenidos religiosos y culturales y conectarse con la comunidad ⁽¹⁸⁾.

Por lo que se refiere al atributo integralidad - servicios disponibles, se observó que este fue clasificado como totalmente desplegado (85,01%). Este resultado se asemeja al encontrado en la investigación realizada por Sala et al., que evaluó el nivel de implantación de la integralidad en la perspectiva de usuarios de unidades de salud del municipio de São Paulo ⁽¹⁸⁾.

Conforme puesto por Silva, Miranda y Andrade ⁽¹⁹⁾, diferentes sentidos pueden ser atribuidos al término integralidad que no son necesariamente excluyentes entre sí. Entre ellos, la integralidad puede ser entendida como una práctica de considerar el

todo en el conocimiento sobre las enfermedades, de modo a posibilitar que los tratamientos dados a los sujetos sean guiados por una visión comprensiva de las necesidades de los mismos. Además, las autoras mencionadas destacan que otra interpretación para el término considera la integralidad como una forma de organizar las prácticas y los servicios profesionales, teniendo en cuenta que éstos deben estar aptos para realizar una comprensión ampliada de las necesidades de la población que atienden.

Estas definiciones están alineadas con la noción de integralidad adoptada en la presente investigación, que considera este atributo como el reconocimiento del amplio espectro de necesidades de un individuo, lo que implica ofrecer servicios preventivos y curativos y garantizar el acceso a todos los tipos de servicios para todos los grupos de edad por medio de encaminamiento, cuando sea necesario. En la integralidad la promoción, la prevención y el tratamiento son integrados en la práctica del profesional, que asume un abordaje volcado para el individuo, su familia y su contexto, siendo esencial la actuación interdisciplinaria de los equipos de salud. De ese modo, se puede comprender que, en el día a día de los servicios de salud, la integralidad se expresa por medio de la capacidad de los profesionales en responder al sufrimiento de los usuarios y, de modo articulado, identificar y ofertar, para cada situación singular, acciones preventivas ⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, a pesar de la total implantación de ese atributo, se nota que algunos ítems aún se presentan como implantados de forma incipiente (E3), y parcialmente implantados (E8 y E9). Tratándose del ítem E3 (Verificar si la familia quilombola puede participar de algún programa de asistencia social o beneficios sociales - ej: Programa Bolsa Familia, Tarifa Social) es posible que su implantación haya sido incipiente debido a que la muestra del presente estudio fue formada mayoritariamente por médicos, enfermeros y técnicos de enfermería, en general, las cuestiones relativas a la garantía de los derechos de los usuarios terminan quedando en la competencia del profesional de servicio social. Ya los ítems 8 (Identificación de problemas auditivos en la comunidad quilombola) y 9 (Identificación de problemas visuales en la comunidad quilombola) pueden haberse implantado parcialmente debido a la ausencia de medios y/o profesionales que puedan evaluar esas dimensiones de la salud en las comunidades quilombolas, lo que demuestra la necesidad de ampliar los servicios ofrecidos en la APS.

A su vez, el atributo orientación familiar se clasificó como totalmente implantado (87, 45%). Este atributo consiste en tener en consideración a la familia como sujeto de la atención en salud, presumiendo la importancia del diagnóstico, de las necesidades y características familiares en función de la situación física, económica, cultural y social en que viven y están insertados. En suma, la orientación familiar es la consideración de la familia y del ambiente familiar en las atenciones realizadas.

La orientación familiar es un atributo que se concreta a partir del alcance del principio de integralidad que ofrece soporte para la consideración de la persona dentro de sus ambientes ⁽¹¹⁾. El vínculo con la familia en el espacio domiciliario propicia a los trabajadores de la APS identificar oportunidades de un nuevo cuidado, conduciendo sus acciones por los indicadores sociales de salud de la población. A través de la escucha calificada los profesionales consiguen planear estrategias para responder a las características y necesidades particulares de las familias, no limitándose al conocimiento únicamente técnico ⁽²⁰⁾.

Ante los resultados encontrados, se infiere que los profesionales participantes en el presente estudio parecen tener en cuenta las características particulares de las familias atendidas en la prestación del cuidado en salud. Estos datos van en contra de lo que se observó en un estudio anterior realizado con usuarios de un servicio de salud, el cual verificó que el atributo orientación familiar recibió porcentajes muy bajos de respuestas positivas en la mayoría de los ítems que componen la dimensión ⁽²⁰⁾.

Se considera que uno de los puntos primordiales para la realización de la orientación familiar son las visitas a domicilio, que se presentan como importantes e indispensables para la consolidación de las relaciones de horizontalidad entre profesionales de la APS y familia en la dinámica del cuidado. En el contexto domiciliario los profesionales toman conocimiento de la realidad familiar, de las condiciones de empleo, vivienda y saneamiento, facilitando la planificación del trabajo que será desarrollado para prevención y promoción a la salud ⁽²¹⁾.

En este sentido, se considera que una de las posibilidades de actuación de la APS con respecto a la orientación familiar es favorecer espacios de asesoramiento familiar en la perspectiva de promover informaciones importantes sobre aspectos genéticos que están directamente asociados a las condiciones de salud de la población negra⁽¹⁶⁾.

Por último, el atributo de orientación comunitaria, similar a lo que se ha observado para la orientación familiar, se ha clasificado como totalmente desplegado (92,16%), así como todos los elementos que componen esta dimensión. La orientación comunitaria o para la comunidad, se refiere a la comprensión de que las necesidades en salud de la población están directamente relacionadas con su contexto social y que el reconocimiento de esas necesidades presupone el conocimiento del área de actuación por los equipos de salud.

Se considera como un hallazgo positivo del presente estudio el hecho de que las dimensiones orientación familiar y comunitaria hayan sido clasificadas como totalmente implantadas, teniendo en cuenta que en estudios anteriores estas dimensiones fueron evaluadas de forma negativa por usuarios de diferentes servicios de salud ⁽²¹⁾.

En ese contexto se hace crucial la formación de profesionales de salud, que deben estar conscientes de las especificidades de salud y sociales que viven la población negra, específicamente de las comunidades quilombolas, que viven en contextos rurales. La formación profesional, cuando desvinculada de la realidad de las condiciones de vida y de salud de la población, resulta en falta de preparación para lidiar con pacientes con distintas características socio-culturales, lo que constituye un obstáculo al alcance de la plena implantación de los atributos de la APS en comunidades quilombolas.

Ante lo expuesto, el presente estudio reafirma su relevancia, pues al (re)conocer las condiciones de salud que son impuestas a las comunidades quilombolas de Rio Grande do Norte, es posible mejorar el cuidado en salud prestado a esa población, considerando los aspectos positivos de modo de fortalecerlos, e identificando lo que aún necesita ser transformado. Se comprende que la búsqueda por el cambio de la realidad de las comunidades quilombolas se hace necesaria, y eso puede ocurrir por medio del empeño en luchas que miran por el cumplimiento de las leyes y de las

políticas sociales que garantizan el cuidado integral a la salud de esa población.

Sin embargo, a pesar de las contribuciones de este estudio, este no está exento de limitaciones.

Se considera como una limitación de la presente investigación, el bajo número de respuestas de los profesionales lo que puede, de algún modo, haber impactado los resultados. Se estimaba inicialmente contar con una muestra formada por 99 profesionales, siendo 33 de cada área (médicos, enfermeros y técnicos de enfermería), pero al final, solo 51 participantes respondieron al estudio, de entre ellos la mayoría eran profesionales de enfermería. Ese es un dato importante a ser destacado, pues hace predominar en los resultados la perspectiva de una única categoría, siendo relevante que estudios futuros busquen equilibrar el número de participantes por categoría profesional, para poder tener una visión más amplia de la problemática investigada.

CONCLUSIÓN

A partir de los resultados de los datos de ese estudio fue posible inferir que la mayoría de los atributos de la APS se encuentran clasificados como totalmente implantados en las comunidades quilombolas de Rio Grande do Norte, sin embargo, se pudo observar también que algunos puntos todavía necesitan ser mejorados, específicamente los que se refieren a la estructura física de los servicios, el acceso a Internet y las condiciones de locomoción y transporte tanto de usuarios como de profesionales.

Cabe destacar que la casi totalidad de los atributos e ítems que fueron clasificados como parcialmente implantados o implantados de forma incipiente, apuntan para problemas que no dependen solo del equipo multiprofesional para ser resueltos. Para que los atributos de la APS sean totalmente implantados en las comunidades quilombolas investigadas se hace necesario, ante todo, contar con inversión gubernamental a fin de remediar las dificultades que fueron identificadas.

Tratar de cuestiones volcadas a las comunidades quilombolas en Brasil es traer al centro del debate problemas que van desde las vulnerabilidades a la resistencia étnica, cultural e histórica de un pueblo marcado por conflictos y dilemas. No fueron raras las veces que la historia relegó a la población negra a una trayectoria de prejuicio, discriminación, injusticia, desigualdad e inequidad, lo que reforzó procesos de exclusión social, privando a la población negra de mejores oportunidades y condiciones de vida. En ese sentido, estudios orientados a la salud de esa población deben estar cada vez más presentes en el ámbito académico y científico, de modo a garantizar la promoción de la igualdad atendiendo al desarrollo y el fortalecimiento de políticas públicas específicas, así como pone de relieve el proceso de desigualdad de esa población, históricamente, descuidada.

REFERENCIAS

1. Maria S, Siqueira M. 130 anos da abolição da escravidão e a luta antirracista das mulheres negras organizadas em coletivos. Rev Univ e Soc. 2018;62:60–73.
2. Barbosa AAL, Eugênio BG, Oliveira IVS de, Dutra NO. Dossiê. QUILOMBOS: resistências e ressignificados na contemporaneidade [Internet]. Vol. 5, ODEERE.

- Jequié; 2020 [cited 2022 Jan 12]. 497 p. Available from: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6991>
3. Ribeiro I, Kezauyn B, Aiquoc M, Araujo De Souza T. RAÇA E SAÚDE: Múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil [Internet]. 1st ed. Natal: EDUFN; 2021 [cited 2022 Jan 12]. 274 p. Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/44949/3/RaçaSaude_Barbosa_Aiquoc_Souza_2021.pdf
4. Saúde M DA. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <http://www.saude.gov.br/editora>
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília; 2013 p. 48. Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/44949/3/RaçaSaude_Barbosa_Aiquoc_Souza_2021.pdf
6. Batista EC, Rocha KB. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Interações (Campo Gd [Internet]. 2020 Feb 27 [cited 2022 Jan 12];21:35–50. Available from: <http://www.scielo.br/j/inter/a/mKwyPqBVc4QBgMsxkqnyH9d/?lang=pt>
7. Mussi RF de F, Mussi LMPT, Rodrigues DN, Almeida CB de, Teixeira EP, Figueiredo ACMG. Inquérito de saúde em população quilombola baiana: relato de uma experiência em pesquisa epidemiológica. Saúde e Pesqui. 2020;13(3):675–85.
8. Oliveira MA de C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 12];66:158–64. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>
9. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. 1st ed. Brasil, Ministério da Saúde., editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília. 2010. 80 p.
11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO; 2002. 726 p.
12. Caraciolo M de F, Melo D da S, Quinino LRM de. Avaliação normativa das ações dos enfermeiros da saúde da família no controle da esquistossomose em Pernambuco. Saúde em Debate [Internet]. 2016 Dec [cited 2022 Jan 12];40(111):153–68. Available from: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/QbtrG3grz8GLvFYQPQ6QMkv/?lang=pt>
13. Brasil., Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 [Internet]. 2016. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
14. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 12];16(SUPPL. 1):1029–42. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/?lang=pt>
15. MADUREIRA MDO, ATENÇÃO. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SEUS ATRIBUTOS: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA BRASÍLIA 2015. 2015.
16. Bispo de Almeida C, Souza dos Santos A, Benemérta Alves Vilela A, Casotti CA, Bispo de Almeida C, Souza dos Santos A, et al. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. Av en Enfermería [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Jan 12];37(1):92–103. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100092&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

17. Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 12];22(3):1121–37. Available from:

<http://www.scielo.br/j/physis/a/Y8VDLZNF4crr5Mq8ynmFpSB/?lang=pt>

18. INTERVOZES. Pesquisa evidencia dificuldades no acesso à internet por comunidades rurais e quilombolas do Nordeste brasileiro | Intervozes [Internet]. INTERVOZES: Coletivo de comunicação. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://intervozes.org.br/pesquisa-evidencia-dificuldades-no-acesso-a-internet-por-comunidades-rurais-e-quilombolas-do-nordeste-brasileiro/>

19. da Silva MVS, Miranda GBN, de Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2017 Feb 13 [cited 2022 Jan 12];21(62):589–99. Available from: <http://www.scielo.br/j/icse/a/dzsrgkw9NhtmJ6MTC3TyL9q/abstract/?lang=pt>

20. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Soc* [Internet]. 2011 Oct [cited 2022 Jan 12];20(4):948–60. Available from:

<http://www.scielo.br/j/sausoc/a/5894kPhzcX6tG5z6SZXxPMg/abstract/?lang=pt>

21. Sousa FGM de, Erdmann AL. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 12];65(5):795–802. Available from:

<http://www.scielo.br/j/reben/a/DHRK78HLFghm9xzDGFDQpbS/?lang=pt>

22. Karla W, Silva De Paula A, Samico IC, De Fátima M, Caminha C, Filho MB, et al. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Jul 10 [cited 2022 Jan 12];25(2):242–8. Available from:

<http://www.scielo.br/j/cadsc/a/WJmKxBs9m3FRtDDx93VxRbF/abstract/?lang=pt>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia