



## ORIGINALES

### **Avaliação 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**

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

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 Monteiro<sup>1</sup>  
Kezauyn Miranda Aiquoc<sup>1</sup>  
Suênia Silva de Mesquita Xavier<sup>1</sup>  
Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula<sup>2</sup>  
Nilba Lima de Souza<sup>1</sup>  
Erika Simone Galvão Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiro/a. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. [kezauyn@hotmail.com](mailto:kezauyn@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Universidade Federal do Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

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

Submissão: 12/01/2022

Aprovação: 19/02/2022

#### **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.

## 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.

## 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, logitudinality, 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.

# INTRODUÇÃO

A escravização dos povos afro-descendentes que durou cerca de 380 anos, no Brasil, caracterizou-se por um período de extrema violência e genocídio desses povos <sup>(1)</sup>. Mesmo após 133 anos da Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888, que aboliu a escravidão, não houve uma reparação social efetiva tampouco uma mitigação da hierarquia racial <sup>(1)</sup>, o que contribuiu para o processo de estigmatização, fruto do racismo sócio-histórico que perfila a construção do país, permanece ainda nos dias de hoje.

Como resistência à exploração sofrida nos anos de escravatura, surgiram os territórios quilombolas. Tais estruturas territoriais, agrupavam, em sua maioria, os povos africanos e seus descendentes escravizados que se rebelaram contra o sistema vigente, povos indígenas e alguns brancos europeus excluídos do sistema <sup>(2)</sup>.

Atualmente, registros da Fundação Cultural Palmares <sup>(3)</sup>, indicam que 61% das comunidades quilombolas estão localizados na Região Nordeste do Brasil, sendo 33 delas no Rio Grande do Norte. Essas comunidades quilombolas estão vulneráveis aos diversos impactos sociais, com altos níveis de pobreza, analfabetismo, desemprego, falta de saneamento, energia elétrica e acesso aos serviços de saúde, contribuindo com a permanência de altos índices de vulnerabilização social e coletiva <sup>(3)</sup>

Dessa forma, a políticas de promoção de equidade em saúde se configuram como um conjunto de ações e serviços de saúde que visam a garantia do acesso resolutivo, em tempo oportuno e de qualidade <sup>(4)</sup>. Dentre essas políticas, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), bem como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) evidenciam a necessidade de atender as especificidades em saúde da população remanescente de quilombo uma vez que expressa condições de vida marcadas pelo processo de exclusão da população negra brasileira e, especialmente, a está presente na área rural <sup>(4,5)</sup>.

No entanto, pesquisas evidenciaram fragilidades na execução de intervenções que permitam o acesso de políticas públicas por essa população <sup>(6)</sup>. Dentre elas, o acesso a Atenção Primária em Saúde não se dá apenas em decorrência das barreiras geográficas nas zonas rurais, mas também pela a escassez de profissionais dispostos a vivenciar o contexto rural, falta conhecimento quanto a realidade e especificidades, bem como a estigmatização discriminação racial que cerca as populações vulnerabilizadas <sup>(7)</sup>.

Observa-se que os investimentos aplicados na APS facilmente evidenciados pela expansão das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), encontram-se distantes dessa população, o que vai contra o que é estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na PNSIPCF, que preconizam o atendimento universal sem distinção de gênero, raça/cor, etnia e orientação sexual <sup>(5,8,9)</sup>

Para Bárbara Stafield<sup>(10)</sup>, a assistência no contexto da APS deve ser norteada observando-se os atributos de acesso ao primeiro contato ao serviço, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção, seguindo três atributos.

Tendo em vista os atributos pré-estabelecidos pela APS, no contexto das comunidades quilombolas, a avaliação normativa em saúde caracteriza-se como uma importante ferramenta de análise sobre a complexidade social desse grupo populacional, podendo evidenciar o que preconiza a PNAB e a PNSIPCF sobre as ações realizadas as comunidades quilombolas <sup>(11)</sup>.

Diante do exposto, considera-se relevante estudos que ampliem a discussão acerca da assistência prestada pela APS em comunidades quilombolas a partir dos preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A utilização de avaliações normativas aplicadas aos profissionais que vivenciam essa realidade se configura como um potente aliado na construção de ações, que fortalecem a partir de um julgamento de valor, as medidas que asseguram o desempenho e a capacidade do cuidado em saúde oferecido a essa comunidade.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é avaliar o grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde (APS) como indicador da qualidade da assistência prestadas às comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de avaliação da qualidade dos atributos da atenção primária de saúde com foco na assistência prestadas às comunidades quilombolas, o qual caracteriza-se como uma ferramenta inicial para o reconhecimento de determinada realidade que resulta em intervenções futuras.

O cenário deste estudo foram 33 comunidades quilombolas distribuídas em 24 municípios do Estado do Rio Grande do Norte que são registradas e reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares<sup>(3)</sup>.

A amostra alvo do presente estudo foi composta por médicos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares em enfermagem que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Equipes da Atenção Primária (AP) que apresentavam atuação nas comunidades quilombolas. Nesse sentido, foram convidados para participar da pesquisa todos 99 profissionais responsáveis (médicos e equipe de enfermagem) pela assistência nas comunidades quilombolas que são registradas e reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares, distribuídas em 24 municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN), Entretanto, com a ausência de respostas de alguns profissionais, o estudo contou com a participação de 51 profissionais, sendo 10 médicos, 25 enfermeiros, e 16 técnicos de enfermagem.

A amostra da pesquisa foi representativa em aproximadamente 52%. Além disso, foi possível observar que nos municípios de Bom Jesus, Ilmo Marinho, Ipanguaçu, Parelhas, Patu e Touros (Baixa do Quinquim) obteve-se 100% das respostas dos profissionais cadastrados, por outro lado, os municípios de Bom Jesus (Sítio Pavilhão), Portalegre (Sítio Arrojado/Engenho Novo e Sítio Pega) e São Tomé não obtiveram nenhuma resposta dos profissionais cadastrados.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento *Primary Care Assessment* (PCATool/2020) versão Brasil <sup>(10)</sup>, adaptado para a realidade da Atenção Primária à

Saúde das comunidades quilombolas. O PCATool tem como objetivo medir o grau de implantação dos atributos da APS em serviços de atenção à saúde<sup>(10,11)</sup>.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2021. Para a realização da mesma, os profissionais foram contatados, previamente, por *e-mail* ou telefone que foram solicitados à coordenação da APS de cada município com o objetivo de se apresentar informações sobre a pesquisa. Após isso, foi enviado o questionário avaliativo por meio do *Google Forms*.

O escore geral foi calculado pela soma dos escores de todos os componentes que formam os atributos essenciais e os atributos derivados (acesso de primeiro contato – acessibilidade, longitudinalidade, coordenação – integração de cuidados, coordenação – sistema de informações, integralidade – serviços disponíveis, integralidade – serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária), dividido pelo número total de componentes (PCATool/2020) versão Brasil<sup>(10)</sup>.

De acordo com a pontuação alcançada, foi realizado o julgamento das ações quanto a sua implantação por meio dos critérios preconizados por Ferreira e Silva (2014)<sup>(12)</sup>, que foi adaptado para este estudo, a saber: não implantado (de 0 a 25%); implantado incipiente (de 26% a 50%); parcialmente implantado (de 51% a 75%); totalmente implantados (de 76% a 100%).

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram atendidas as exigências propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, através das Resolução nº 510/2016<sup>(13)</sup>. É importante reiterar que a pesquisa só foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CENTRAL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, segundo o parecer 4.895.214.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais respondentes. Em relação ao sexo observou-se 74,51% (n=38) são mulheres e 25,49% (n=13) são homens. Quanto ao tempo de atuação foi possível observar que 49,02% (n=25) trabalham há um ano na comunidade quilombola, seguidos 35,29% (n=18) que trabalham de 2 a 5 anos e 3,92% trabalham mais de 11 anos na comunidade. Verificou-se também que a os profissionais que trabalhavam com essa 49,02% (n=25) são enfermeiros, 31,37% (n=16) são técnicos de enfermagem e 19,61% (n=10) são médicos.

**Tabela 1 Características dos profissionais da atenção primária à saúde de responsáveis pela assistência nas comunidades quilombola, Rio Grande do Norte, Brasil, 2021. (n=51)**

Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	38	74,51
Masculino	13	25,49
<b>Tempo de atuação na comunidade</b>		
Até 1 ano	25	49,02
2 a 5 anos	18	35,29
6 a 10 anos	06	11,76
Mais de 11 anos	02	3,92

<b>Categoria</b>		
Enfermeiro	25	49,02
Técnico de enfermagem	16	31,37
Médico	10	19,61

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise de dados realizada, identificou-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, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Contudo, é válido ressaltar que, apesar de a maioria dos atributos terem sido totalmente implantados quando se considera a avaliação geral, alguns itens ainda encontram-se apenas parcialmente implantados ou implantados de forma incipiente.

**Tabela 2 – Grau dos atributos da APS em comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte, Brasil, 2021**

Variáveis	Escore			Classificação do grau
	Esperado	Obtido	final (%)	
<b>Total</b>	93,18	76,43	82,02	Totalmente implantado
<b>1. CAPACIDADE</b>	43,18	33,65	77,92	Totalmente implantado
<b>Acessibilidade</b>	15,91	11,85	74,51	Parcialmente Implantado
A1 - Quando o seu serviço de saúde está fechado e alguém da comunidade quilombola adoece, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (o qual possam contatar	2,27	1,87	82,35	Totalmente implantado
A2 - É fácil para um (a) usuário da comunidade quilombola marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde	2,27	2,18	96,08	Totalmente implantado
A3 - O seu serviço possui estrutura física própria para o atendimento comunidade quilombola	2,27	1,52	66,67	Parcialmente Implantado
A4 - A estrutura física do seu serviço permite que médico, enfermeiro e técnico em enfermagem consigam executar suas funções simultaneamente sem dificuldades na comunidade quilombola	2,27	1,65	72,55	Parcialmente Implantado
A5 - Sua equipe dispõe de transporte adequado para o traslado dos profissionais até a comunidade quilombola	2,27	2,18	96,08	Totalmente implantado
A6 - Seu serviço dispõe de internet na comunidade quilombola?	2,27	1,47	64,71	Parcialmente Implantado
A7 - No percurso para a comunidade quilombola você encontra alguma barreira de acesso	2,27	0,98	43,14	Incipiente
<b>Longitudinalidade</b>	11,36	10,56	92,94	Totalmente implantado
B1 - No seu serviço de saúde, os quilombolas são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?	2,27	2,18	96,08	Totalmente implantado
B2 - Você dá aos usuários quilombolas tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas	2,27	2,18	96,08	Totalmente implantado

B3 - Você acredita que os seus usuários quilombolas se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas	2,27	2,18	96,08	Totalmente implantado
B4 - Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus usuários quilombolas	2,27	2,01	88,24	Totalmente implantado
B5 - Você saberia se os seus usuários quilombolas tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados	2,27	2,01	88,24	Totalmente implantado
<b>Coordenação - Integração de Cuidados</b>	<b>6,82</b>	<b>3,88</b>	<b>56,86</b>	<b>Parcialmente Implantado</b>
C1 - Quando os seus usuários quilombolas necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos	2,27	2,14	94,12	Totalmente implantado
C2 - Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) usuário quilombola sobre os resultados dessa consulta	2,27	1,52	66,67	Parcialmente Implantado
C3 - Os usuários quilombolas quando vão ao serviço especializado dispõem de transporte acessível para o traslado	2,27	0,22	9,80	Não implantado
<b>Coordenação - Sistemas de Informações</b>	<b>9,09</b>	<b>7,35</b>	<b>80,88</b>	<b>Totalmente implantado</b>
D1 - Você solicita aos usuários quilombolas que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)	2,27	2,14	94,12	Totalmente implantado
D2 - Os prontuários dos usuários quilombolas estão sempre disponíveis quando você os atende	2,27	2,27	100,00	Totalmente implantado
D3 - Seu serviço já dispõe de prontuário eletrônico na comunidade quilombola	2,27	0,89	39,22	Incipiente
D4 - Você realiza as notificações compulsórias e não compulsórias rigorosamente na comunidade quilombola	2,27	2,05	90,20	Totalmente implantado
<b>2, DESEMPENHO</b>	<b>50,00</b>	<b>42,78</b>	<b>85,56</b>	<b>Totalmente implantado</b>
<b>Integralidade - Serviços Disponíveis</b>	<b>38,64</b>	<b>32,84</b>	<b>85,01</b>	<b>Totalmente implantado</b>
E1 - Aconselhamento sobre nutrição ou dieta na comunidade quilombola	2,27	2,14	94,12	Totalmente implantado
E2 - Vacinas na comunidade quilombola (imunizações)	2,27	2,27	100,00	Totalmente implantado
E3 - Verificar se a família quilombola pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)	2,27	0,89	39,22	Incipiente
E4 - Avaliação da saúde bucal na comunidade quilombola (exame dentário)	2,27	2,05	90,20	Totalmente implantado
E5 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais na comunidade quilombola	2,27	2,23	98,04	Totalmente implantado
E6 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas na comunidade quilombola (ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	2,27	1,87	82,35	Totalmente implantado
E7 - Aconselhamento para problemas de saúde mental na comunidade quilombola (ex: ansiedade, depressão)	2,27	2,05	90,20	Totalmente implantado
E8 - Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar) na comunidade quilombola	2,27	1,29	56,86	Parcialmente Implantado
E9 - Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar) na comunidade quilombola	2,27	1,38	60,78	Parcialmente Implantado
E10 - Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolau) na comunidade quilombola	2,27	2,23	98,04	Totalmente implantado
E11 - Aconselhamento sobre tabagismo (ex: como parar de fumar) na comunidade quilombola	2,27	1,92	84,31	Totalmente implantado

E12 - Cuidados a saúde da mulher na comunidade quilombola	2,27	2,23	98,04	Totalmente implantado
E13 - Rastreamento de doenças comuns nessa população (ex: Anemia falciforme, doença de chagas e cardiopatias) na comunidade quilombola	2,27	2,05	90,20	Totalmente implantado
E14 - Na comunidade quilombolas voce desenvolve ações direcionadas a saúde do adulto	2,27	2,05	90,20	Totalmente implantado
E15 - Na comunidade quilombolas você desenvolve ações direcionadas a saúde da criança	2,27	2,05	90,20	Totalmente implantado
E16 - Na comunidade quilombolas você desenvolve ações direcionadas a saúde do idoso	2,27	2,09	92,16	Totalmente implantado
E17 - Na comunidade quilombolas você desenvolve ações direcionadas a saúde do adolescente	2,27	2,05	90,20	Totalmente implantado
<b>Orientação Familiar</b>	<b>11,36</b>	<b>9,94</b>	<b>87,45</b>	<b>Totalmente implantado</b>
F1 - Você pergunta aos usuários quilombolas quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do usuário ou alguém da família	2,27	1,96	86,27	Totalmente implantado
F2 - Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos usuários quilombolas	2,27	2,09	92,16	Totalmente implantado
F3 - Discussão sobre fatores de risco familiares (ex: genéticos)	2,27	2,05	90,20	Totalmente implantado
F4 - Discussão sobre recursos econômicos da família dos usuários quilombolas	2,27	1,74	76,47	Totalmente implantado
F5 - Discussão sobre fatores de risco sociais (ex: perda de emprego)	2,27	2,09	92,16	Totalmente implantado
<b>Orientação Comunitária</b>	<b>6,82</b>	<b>6,28</b>	<b>92,16</b>	<b>Totalmente implantado</b>
G1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares na comunidade quilombola	2,27	2,27	100,00	Totalmente implantado
G2 - Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade quilombola atendida	2,27	2,01	88,24	Totalmente implantado
G3 - No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade quilombola sobre como melhorar os serviços de saúde	2,27	2,01	88,24	Totalmente implantado

Fonte: Dados da pesquisa.

Por fim, a Tabela 3 apresentou a quantidade de itens por nível de implantação (Não implantado, Incipiente, Parcialmente implantado e Totalmente implantado) de acordo as dimensões Capacidade (Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação – Integração de Cuidados e Coordenação – Sistemas de Informações) e Desempenho (Integralidade – Serviços Disponíveis, Orientação Familiar e Comunitária). Foi possível observar que dos 19 itens avaliados na dimensão Capacidade 5,26% (n=01) foi não implantado, 10,53% (n=02) foram implantados de forma incipiente, 21,05% (n=04) foram parcialmente implantados e 63,16% (n=12) totalmente implantados, Em quanto dos 22 itens avaliados da dimensão Desempenho notou-se que 4,55% (n=01) foi implantado incipiente e 95,45% (n=24) totalmente implantados. De modo geral, 2,44% (n=01) dos itens foi não implantado, 6,81% (n=03) implantado incipiente, 9,09% (n=04) parcialmente implantados e 81,82% (n=36) totalmente implantados.

**Tabela 3 – Distribuição dos itens e graus de implantação dos atributos da APS em comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte, Brasil, 2021**

Dimensão e Critérios	Itens avaliados N	Grau de implantação			
		Não implantado n (%)	Implantação Incipiente n (%)	Parcialmente implantado n (%)	Totalmente Implantado n (%)
<b>1. CAPACIDADE</b>	19	01 (5,26)	02 (10,53)	04 (21,05)	12 (63,16)
Acessibilidade	07	-	01 (14,29)	03 (42,86)	03 (42,86)
Longitudinalidade	05	-	-	-	05 (100,0)
Coordenação - Integração de Cuidados	03	01 (33,33)	-	01 (33,33)	01 (33,33)
Coordenação - Sistemas de Informações	04	-	01 (25,00)	-	03 (75,00)
<b>2. DESEMPENHO</b>	22	-	01 (4,55)	-	24 (95,45)
Integralidade - Serviços Disponíveis	17	-	01 (5,88)	-	16 (94,12)
Orientação Familiar	05	-	-	-	05 (100,0)
Orientação Comunitária	03	-	-	-	03 (100,0)
<b>Total</b>	44	01 (2,44)	03 (6,81)	04 (9,09)	36 (81,82)

Fonte: Dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

A partir do presente estudo de avaliação, foi possível realizar um diagnóstico situacional das ações da APS nas comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte, identificando as fragilidades e potencialidades na prestação do cuidado em saúde à essas comunidades.

No que se refere a dimensão acessibilidade, nota-se que esta foi classificada como parcialmente implantada (74,51%). Do mesmo modo, os itens A3, A4 e A6 desta dimensão, também foram classificados como parcialmente implantados, enquanto o item A7 foi classificado como implantado de forma incipiente. Esses itens versam, respectivamente, sobre a estrutura do serviço, a presença de internet e as barreiras que são encontradas pelos profissionais no percurso até as comunidades quilombolas, o que demonstra que tais aspectos ainda necessitam de maior atenção para a efetivação dos cuidados prestados a essas comunidades.

Embora os termos acesso e acessibilidade sejam utilizados muitas vezes como sinônimos, estes conceitos têm significados diferentes. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade<sup>(9)</sup>. Desse modo, compreende-se que a acessibilidade se caracteriza pela oferta de serviços e pela capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, sempre que esta necessitar de maneira fácil e conveniente.

Esses aspectos demonstram a variedade de condições que ainda precisam de maior atenção para que a APS funcione efetivamente como o serviço de primeiro contato para as comunidades quilombolas.

Tratando-se do atributo longitudinalidade, observou-se que este foi classificado como totalmente implantado (92,94%), assim como todos os itens que o compõem. A longitudinalidade se caracteriza pela continuidade do cuidado e da relação profissional-paciente ao longo da vida do usuário, independentemente da ausência ou

da presença de doença. Nota-se, assim, que este atributo está estreitamente relacionado com o vínculo.

O modo com que se estabelece vínculo com a comunidade é fator determinante da qualidade do serviço prestado pela APS. As relações estabelecidas entre profissionais e usuários configuram-se como um forte mecanismo capaz de tornar os serviços de saúde uma fonte satisfatória e habitual de atenção às necessidades da população. Essa relação gera um sentimento de confiança por parte dos usuários e responsabilização por parte dos profissionais que se inserem nesse processo <sup>(14)</sup>.

Quando se considera a dimensão coordenação – integração dos cuidados, nota-se que, assim como a dimensão acessibilidade, este atributo foi apenas parcialmente implantado (56,86%). É válido lembrar que a dimensão em questão é caracterizada pela garantia da continuidade dos cuidados no interior de uma rede de serviços, ou seja, é por meio dela que se organizam as respostas ao conjunto de necessidades de saúde apresentadas pela população <sup>(15)</sup>. Como discutido por Madureira <sup>(15)</sup>, esse atributo é essencial para que a APS ocupe um papel basilar no sistema de saúde. Contudo, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta o grande desafio de qualificar a APS para exercer essa função de coordenação do cuidado e, assim, fornecer aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades <sup>(9)</sup>.

No tocante a cada um dos itens que compõem esta dimensão, nota-se que apenas um foi classificado como totalmente implantado (Item C1 – 94,12%). Este item se refere, especificamente, à realização de discussões sobre o encaminhamento do usuário para outros serviços da rede de saúde, o que indica que as equipes parecem informar aos usuários a respeito dos serviços especializados que compõem a rede e a sua finalidade. Entretanto, os resultados também demonstram que apesar de haver uma comunicação inicial entre profissionais e usuários, esse diálogo parece não ter continuidade, tendo em vista que o item C2, que diz respeito às discussões que são realizadas com o usuário após a consulta com o especialista, foi classificado como parcialmente implantado (66,67%).

A dificuldade para acessar outros serviços da rede de saúde não é um problema que se restringe às comunidades quilombolas do Estado do Rio Grande do Norte. Estudos anteriores já demonstraram que há uma subutilização dos serviços de saúde por parte dessa população, e isso ocorre, em grande medida, devido ao distanciamento das comunidades quilombolas dos centros urbanos <sup>(16)</sup>.

De forma complementar, para que exista a coordenação de cuidados, faz-se necessária ainda a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos usuários, o que demanda a existência de um prontuário de acompanhamento longitudinal e de um sistema eficaz de referência e contrarreferência. Essa colocação feita por Madureira <sup>(15)</sup> remete à outro atributo investigado na presente pesquisa, coordenação – sistemas de informações, por meio do qual buscou-se investigar a utilização do prontuário, o acesso ao prontuário, e se existe registro de informações úteis para a continuidade do cuidado em saúde. Este atributo foi classificado como totalmente implantado (80,88%), o que indica os profissionais que participaram do estudo parecem fazer uso deste instrumento de trabalho de forma adequada.

Destaca-se a importância do uso do prontuário pelas equipes de saúde, tendo em vista que uma parte essencial da coordenação é a disponibilidade de informações que

abrangem problemas de saúde e acessos aos serviços de saúde. De acordo com Starfield <sup>(11)</sup>, desafios da coordenação podem surgir quando, dentro estabelecimento de atenção primária, os usuários são vistos por diferentes membros da equipe e as informações a respeito destes são geradas em diferentes lugares. Deste modo, o prontuário se configura como o principal documento de registro das informações pertinentes ao usuário e à atenção a ele prestada <sup>(17)</sup>.

Entretanto, apesar da total implantação dessa dimensão, não se pode deixar de destacar o fato de que o item D3 (Seu serviço já dispõe de prontuário eletrônico na comunidade quilombola) teve uma implantação incipiente (39,22%). Isso indica que grande parte das equipes ainda não fazem uso do prontuário digital, retomando novamente uma das limitações que são vivenciadas nas comunidades quilombolas: a falta de acesso à internet.

Longe de ser algo trivial, o uso do prontuário eletrônico pode apresentar impactos significativos no atendimento à comunidade quilombola. Uma investigação conduzida nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória sobre a implantação da ESF com foco na integração à rede assistencial, identificou que entre as condições facilitadoras para a integração dos serviços estavam a implantação do sistema informatizado de marcação e de regulação de consultas e exames especializados (SISREG), e a existência de prontuários eletrônicos com acesso *online* <sup>(9)</sup>.

Nota-se, diante do exposto, que o investimento em Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC, como a informatização dos prontuários, é uma iniciativa importante que pode ser considerada pró-coordenação. Contudo, se já é um desafio implantar esses sistemas em centros urbanos, as dificuldades tornam-se ainda mais evidentes quando se tratam das comunidades quilombolas, devido à falta de acesso à internet nesses locais. Em pesquisa recente realizada com comunidades quilombolas do Nordeste Brasileiro demonstrou que 29% dos domicílios não têm acesso à internet. Dentre as famílias que possuem internet em casa, nota-se que grande parte delas têm dificuldades para pagar as despesas mensais com o serviço. Além disso, somente 11% das famílias que vivem nas comunidades quilombolas têm computador, as demais utilizam celulares com planos de dados limitados para ter acesso a informações, estudar, trabalhar, acessar conteúdos religiosos e culturais e se conectar com a comunidade <sup>(18)</sup>.

No que se refere ao atributo integralidade – serviços disponíveis, observou-se que este foi classificado como totalmente implantado (85,01%). Esse resultado se assemelha ao encontrado na pesquisa realizada por Sala et al., que avaliou o nível de implantação da integralidade na perspectiva de usuários de unidades de saúde do município de São Paulo <sup>(18)</sup>.

Conforme posto por Silva, Miranda e Andrade <sup>(19)</sup>, diferentes sentidos podem ser atribuídos ao termo integralidade que não são necessariamente excludentes entre si. Dentre eles, a integralidade pode ser compreendida como uma prática de considerar o todo no conhecimento sobre as doenças, de modo a possibilitar que os tratamentos dados aos sujeitos sejam guiados por uma visão abrangente das necessidades dos mesmos. Ademais, as autoras mencionadas destacam que outra interpretação para o termo considera a integralidade como uma forma de organizar as práticas e os serviços profissionais, tendo em vista que estes devem estar aptos a realizar uma compreensão ampliada das necessidades da população que atendem.

Estas definições estão alinhadas com a noção de integralidade adotada na presente pesquisa, que considera esse atributo como o reconhecimento do amplo espectro de necessidades de um indivíduo, o que implica em oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando este se fizer necessário. Na integralidade a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática do profissional, que assume uma abordagem voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto, sendo essencial a atuação interdisciplinar das equipes de saúde. Desse modo, pode-se compreender que no dia a dia dos serviços de saúde, a integralidade se expressa por meio da capacidade dos profissionais em responder ao sofrimento dos usuários e, de modo articulado, identificar e ofertar, para cada situação singular, ações preventivas<sup>(18)</sup>.

Contudo, apesar da total implantação desse atributo, nota-se que alguns itens ainda se apresentam como implantados de forma incipiente (E3), e parcialmente implantados (E8 e E9). Tratando-se do item E3 (Verificar se a família quilombola pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais – ex: Programa Bolsa Família, Tarifa Social), é possível sua implantação tenha sido incipiente devido a amostra do presente estudo ter sido formada majoritariamente por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e, em geral, as questões relativas a garantia dos direitos dos usuários acabam ficando na competência do profissional de serviço social. Já os itens 8 (Identificação de problemas auditivos na comunidade quilombola) e 9 (Identificação de problemas visuais na comunidade quilombola), podem ter sido parcialmente implantados devido a ausência de meios e/ou profissionais que possam avaliar essas dimensões da saúde nas comunidades quilombolas, o que demonstra a necessidade de ampliação dos serviços oferecidos na APS.

Por sua vez, o atributo orientação familiar foi classificado como totalmente implantado (87, 45%). Esse atributo consiste em levar em consideração a família enquanto sujeito da atenção em saúde, presumindo a importância do diagnóstico, das necessidades e características familiares em função da situação física, econômica, cultural e social em que vivem e estão inseridos. Em suma, a orientação familiar é a consideração da família e do ambiente familiar nos atendimentos realizados.

A orientação familiar é um atributo que se concretiza a partir da abrangência do princípio de integralidade que oferece suporte para a consideração da pessoa dentro de seus ambientes<sup>(11)</sup>. O vínculo com a família no espaço domiciliar propicia aos trabalhadores da APS identificarem oportunidades de um novo cuidado, conduzindo suas ações pelos indicadores sociais de saúde da população. Através da escuta qualificada os profissionais conseguem planejar estratégias para responder às características e necessidades particulares das famílias, não se restringindo ao conhecimento unicamente técnico<sup>(20)</sup>.

Diante dos resultados encontrados, infere-se que os profissionais participantes do presente estudo parecem levar em consideração as características particulares das famílias atendidas na prestação do cuidado em saúde. Esses dados vão na contramão do que foi observado em um estudo anterior realizado com usuários de um serviço de saúde, o qual verificou que o atributo orientação familiar recebeu

percentuais muito baixos de respostas positivas na maioria dos itens que compõem a dimensão <sup>(20)</sup>

Considera-se que um dos pontos primordiais para a efetivação da orientação familiar são as visitas domiciliares, que se apresentam como importantes e indispensáveis para a consolidação das relações de horizontalidade entre profissionais da APS e família na dinâmica do cuidado. No contexto domiciliar os profissionais tomam conhecimento da realidade familiar, das condições de emprego, habitação e saneamento, facilitando o planejamento do trabalho que será desenvolvido para prevenção e promoção à saúde <sup>(21)</sup>.

Neste sentido, considera-se que uma das possibilidades de atuação da APS no que diz respeito a orientação familiar é favorecer espaços de aconselhamento familiar na perspectiva de se promover informações importantes sobre aspectos genéticos que estão diretamente associados as condições de saúde da população negra <sup>(16)</sup>.

Por fim, o atributo orientação comunitária, semelhante ao que foi observado para a orientação familiar, foi classificado como totalmente implantado (92,16%), bem como todos os itens que compõem esta dimensão. A orientação comunitária ou para a comunidade, se refere à compreensão de que as necessidades em saúde da população estão diretamente relacionadas ao seu contexto social e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento da área de atuação pelas equipes de saúde.

Considera-se como um achado positivo do presente estudo o fato de que as dimensões orientação familiar e comunitária terem sido classificadas como totalmente implantadas, tendo em vista que em estudos anteriores essas dimensões foram avaliadas de forma negativa por usuários de diferentes serviços de saúde <sup>(21)</sup>.

Nesse contexto faz-se crucial a formação de profissionais de saúde, que devem estar cientes das especificidades de saúde e sociais que são vivenciadas pela população negra, especificamente das comunidades quilombolas, que vivem em contextos rurais. A formação profissional, quando desvinculada da realidade das condições de vida e de saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com pacientes com distintas características socioculturais, o que constitui um obstáculo ao alcance da total implantação dos atributos da APS em comunidades quilombolas.

Diante do exposto, o presente estudo reafirma sua relevância, pois ao (re)conhecer as condições de saúde que são impostas às comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte, é possível melhorar o cuidado em saúde prestado a essa população, considerando os aspectos positivos de modo fortalecê-los, e identificando o que ainda precisa ser transformado. Compreende-se que a busca pela mudança da realidade das comunidades quilombolas se faz necessária, e isso pode ocorrer por meio do engajamento em lutas que visem o cumprimento das leis e das políticas sociais que garantem o cuidado integral à saúde dessa população.

Entretanto, apesar das contribuições do presente estudo, o mesmo não é isento de limitações.

Considera-se como uma limitação da presente pesquisa, o baixo número de respostas dos profissionais o que pode, de algum modo, ter impactado os resultados.

Estimava-se inicialmente contar com uma amostra formada por 99 profissionais, sendo 33 de cada área (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), contudo ao final, apenas 51 participantes responderam ao estudo, dentre estes a maioria eram profissionais da enfermagem. Esse é um dado importante a ser destacado, pois faz predominar nos resultados a perspectiva de uma única categoria, sendo relevante que estudos futuros busquem equilibrar o número de participantes por categoria profissional, de modo a poder ter uma visão mais ampla da problemática investigada.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados dos dados desse estudo foi possível inferir que a maioria dos atributos da APS encontram-se classificados como totalmente implantados nas comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte, contudo, pôde-se observar também que alguns pontos ainda precisam ser melhorados, especificamente aqueles que dizem respeito a estrutura física dos serviços, o acesso à internet e as condições de locomoção e transporte tanto de usuários como de profissionais.

Vale salientar que a quase totalidade dos atributos e itens que foram classificados como parcialmente implantados ou implantados de forma incipiente, apontam para problemas que não dependem apenas da equipe multiprofissional para serem resolvidos. Para que os atributos da APS sejam totalmente implantados nas comunidades quilombolas investigadas faz-se necessário, antes de mais nada, contar com investimento governamental a fim de sanar as dificuldades que foram identificadas.

Tratar de questões voltadas às comunidades quilombolas no Brasil é trazer para o centro do debate problemas que vão das vulnerabilidades à resistência étnica, cultural e histórica de um povo marcado por conflitos e dilemas. Não foram raras as vezes que a história relegou a população negra uma trajetória de preconceito, discriminação, injustiça, desigualdade e iniquidade, o que reforçou processos de exclusão social, privando a população negra de melhores oportunidades e condições de vida. Nesse sentido, estudos voltados à saúde dessa população devem ser cada vez mais presentes no âmbito acadêmico e científico, de modo a garantir a promoção da igualdade visando o desenvolvimento e o fortalecimento de políticas públicas específicas, bem como coloca em evidência o processo de desigualdade dessa população, historicamente, negligenciada.

## REFERÊNCIAS

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: EDUFRN; 2021 [cited 2022 Jan 12]. 274 p. Available from: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/44949/3/RaçaSaude\\_Barbosa\\_Aiquoc\\_Souza\\_2021.pdf](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](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/QbtrG3grz8GLvFYYPQ6QMkqv/?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](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, Benemerita 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](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 | Intervenções [Internet]. INTERVOZES: Coletivo de comunicação. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://intervencao.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