

# *Atenção Primária à Saúde abrangente:* análise a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família frente às doenças crônicas

Daniela Arruda Soares<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-4801-1011) (dandani23@yahoo.com.br)

Cláudia Nicolaevna Kochergin<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-3272-3030) (clavdian@yahoo.com.br)

Sóstenes Mistro<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0001-5840-820X) (smistro@gmail.com)

Jéssica Caline Lemos Macedo<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0003-4464-6359) (jcalinelm@gmail.com)

Vivian Carla Honorato dos Santos de Carvalho<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0003-4000-0913) (vihonorato@hotmail.com)

Márcio Galvão Oliveira<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0001-5281-7889) (mgalvao@ufba.br)

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista-BA, Brasil.

**Resumo:** Este estudo tem como objetivo analisar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente a partir da atuação das equipes de Saúde da Família com foco nas doenças crônicas não transmissíveis. Pesquisa qualitativa realizada entre agosto de 2018 a julho de 2019, na APS de Vitória da Conquista, Bahia, com 40 profissionais de saúde, por meio de grupos focais e entrevistas. A partir da análise temática, os temas centrais corresponderam aos sete atributos da APS abrangente. Como resultados, as potencialidades do trabalho das equipes relacionaram-se com a priorização do acesso, ao amplo leque de serviços oferecidos e o reconhecimento da realidade comunitária/familiar. Destacaram-se obstáculos relacionados a oferta, acessibilidade e cobertura dos serviços, fragmentação na coordenação assistencial e informacional, dificuldades de desenvolvimento de práticas inclusivas com a família e etnicamente situadas, bem como na continuidade da assistência, notadamente para o contexto rural. Espera-se que os resultados apresentados possam confirmar a necessidade de investimentos e a instituição de processos sistemáticos de avaliação do trabalho das equipes de saúde da família, a fim de acompanhar a trajetória de consolidação da APS no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.

► **Palavras-chave:** Doenças Crônicas. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Pesquisa sobre Prestação de Cuidados de Saúde.

Recebido em: 09/01/2023      Revisado em: 26/04/2023      Aprovado em: 04/08/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434015pt>

Editora responsável: Jane Russo      Pareceristas: José Bispo Júnior e Mônica Martins Oliveira Viana

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como componente essencial dos sistemas de saúde, pois favorece a apresentação de melhores resultados e mais equidade no acesso aos recursos e à assistência à saúde (Langlois *et al.*, 2020; Marcinko; Mendonça, 2018; Tasca *et al.*, 2020). Seu fortalecimento é imperioso em virtude, entre outros fatores, das demandas apresentadas aos sistemas de saúde, como: o envelhecimento populacional, aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis e a consequente necessidade de cuidados continuados (Langlois *et al.*, 2020; Malta *et al.*, 2017), as disparidades de perfis populacionais/territoriais e de acesso aos serviços de saúde nos contextos urbano/rural (Floss *et al.*, 2020), bem como as epidemias emergentes, como Covid-19, que têm assolado o mundo.

O desenvolvimento de uma APS abrangente refere-se a um termo, que no Brasil tem sido utilizado para caracterizar um modelo de atenção contrário a oferta de uma cesta restrita de serviços voltados a populações pauperizadas e, por representar uma integração aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Giovanela, 2018). A instauração do SUS chancelou a prioridade dos cuidados primários comprometida com a saúde enquanto direito de cidadania, com os determinantes sociais da saúde e com o desenvolvimento do país. Em outros países, ela também tem recebido prioridade nas agendas políticas (Langlois *et al.*, 2020; Perry *et al.*, 2017), a despeito da adoção de diferentes conceitos e modelos de proteção social.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) representou o mote para o fortalecimento da APS brasileira (Macinko; Mendonça, 2018; Tasca *et al.*, 2020). Sua abrangência ancora-se em atributos essenciais, como o acesso/atenção no primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade, coordenação do cuidado e em atributos derivativos, representados pela orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural. A organização da APS a partir dos atributos acima pode contribuir para proporcionar melhoria no desenvolvimento do trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF), assim como de indicadores de saúde, de controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e maior equidade no acesso aos serviços de saúde (Lima *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2021).

Se garantir uma APS abrangente e eficaz considerando as peculiaridades territoriais, necessidades e condições de saúde constitui uma preocupação crescente em todo o mundo (Langlois *et al.*, 2020; Perry *et al.*, 2017), ganha notoriedade quando se trata das pessoas com DCNT (Carrillo *et al.*, 2020). Isto se deve não apenas pela elevada prevalência das DCNT (cerca de 70% no mundo *versus* 45% dos adultos brasileiros, com crescimento mais acentuado nos segmentos socialmente vulneráveis) (Malta *et al.*, 2017; GBD, 2018), como também pela potencial associação com multimorbidades, aumento dos gastos familiares com saúde, notadamente medicamentos, e dos gastos públicos e privados dos serviços de saúde com exames, tratamentos e hospitalizações (Garcia *et al.*, 2020).

Considerando que foram identificadas produções que abordam um atributo isoladamente ou somente os atributos essenciais (Lima *et al.*, 2018; Aleluia *et al.*, 2017; Brotto; Guimarães, 2017), que exploram a abordagem quantitativa a partir do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (Nobrega *et al.*, 2017; Paula *et al.*, 2017) ou do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Souza *et al.*, 2019; Garnelo *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2020), o presente estudo pode contribuir para a compreensão da diversidade locorregional dos serviços de saúde, notadamente no interior da Bahia, marcado por grandes disparidades socioeconômicas e de desenvolvimento do SUS. Pode, ainda, subsidiar ajustes e capilarização da APS sob a égide da universalidade e da equidade. Deste modo, este estudo objetiva analisar os atributos da APS abrangente no trabalho das EqSF, no contexto das práticas voltadas para as DCNT<sup>1</sup>.

## Métodos

Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, o qual faz parte de um projeto mais amplo que visava a implementação de tecnologias para o controle de hipertensão arterial e diabetes na ESF (Lemos *et al.*, 2021). Foi realizado no período de agosto de 2018 a julho de 2019.

O campo considerado foi a cidade de Vitória da Conquista, que detém uma taxa de urbanização acentuada e que restringe a população rural a um contingente de apenas 10,5% (PMVC, 2019). O sistema municipal de saúde é referência para uma macrorregião com cerca de 80 municípios na Bahia. A cobertura da ESF é de 48,48%, sendo que 29 unidades estão situadas na zona urbana e 19 na

zona rural (Brasil, 2021). Ainda existem quatro Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica-NASF-AB, que oferecem apoio às EqSFs por meio de profissionais especializados como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e educadores físicos.

Realizou-se uma amostra por conveniência das unidades, em razão da necessidade de incluir diferentes dimensões contextuais contidas no Quadro 1, relacionadas às configurações geográficas, indicadores epidemiológicos que expressassem variações de perfis das equipes e de grupos de interesse para a pesquisa e, por conseguinte, das possíveis manifestações dos atributos da APS nessas realidades. Deste modo, sete unidades situadas na zona urbana e quatro na zona rural foram selecionadas, perfazendo um total de 18 EqSFs (7 unidades detinham mais de uma equipe).

**Quadro 1.** Características das Unidades de Saúde da Família investigadas, Vitória da Conquista-BA, Brasil

Unidade de Saúde da Família	Localidade	Nº de equipes	Nº de pessoas cadastradas por equipe	Nº de pessoas com hipertensão por equipe	Nº de pessoas com diabetes por equipe	Nº de idosos por equipe	Nº de microáreas por equipe	Nº de ACS ativos por equipe	Distância da microárea mais longe da USF
A	Urbana	1	7582	657	213	1049	11	11	2KM
		2	6194	502	146	785	11	9	2KM
B	Rural	1	2552	264	49	399	11	7	16KM
C	Rural	1	2565	182	43	313	7	7	5KM
D	Urbana	1	8042	589	185	930	10	10	2,5KM
		2	4422	225	66	350	10	10	1,5KM
E	Urbana	1	2337	299	93	436	7	7	700M
		2	2665	353	103	504	8	7	1KM
F	Rural	1	4421	374	97	641	13	13	27KM
G	Rural	1	4361	367	105	526	7	7	5KM
H	Urbana	1	2733	464	132	756	10	8	1KM
		2	4060	512	129	787	14	12	2KM
I	Urbana	1	4467	637	228	959	10	10	1,5KM
		2	5961	652	194	954	9	9	1KM
J	Urbana	1	5587	561	183	859	9	9	1,5KM
		2	8666	632	203	1012	11	11	2,8KM
K	Urbana	1	4377	392	122	573	11	9	1,5KM
		2	4508	359	106	585	10	10	1,3KM

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

N0= número; ACS- Agente Comunitário de Saúde; USF= Unidade de Saúde da Família

Uma vez selecionadas as unidades, a inclusão dos participantes decorreu do contato direto dos pesquisadores com os mesmos, mediados pela Secretaria Municipal de Saúde, priorizando-se a inclusão de pelo menos um médico, enfermeiro, odontólogo e/ou ACS por equipe. Considerou-se a experiência mínima de um ano na ESF e no desenvolvimento de ações de cuidado a pessoas com DCNT, em específico hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, por serem mais prevalentes. A exclusão ocorreu para aqueles que estavam afastados do trabalho por férias ou motivo de saúde, o que resultou na não participação de um profissional médico da zona urbana. Todos os demais convidados consentiram em participar da pesquisa.

A saturação amostral foi eleita uma vez que se identificou uma redundância no conteúdo das falas, não sendo possível extrair novas informações, categorias ou temas que respondessem aos objetivos deste estudo. A composição final resultou em 40 profissionais de saúde, sendo que 17 participaram de dois grupos focais (1 grupo ocorreu com ACS e o outro com os demais profissionais) e 23 participaram de entrevistas semiestruturadas. Ao todo participaram: 6 médicos (MED), 20 enfermeiros (ENF), 2 odontólogos (ODO) e 12 ACS. As localidades urbana e rural foram representadas pelas letras U ou R, sendo as mesmas acrescidas às siglas de cada categoria profissional e a técnica de coleta de dados (E - entrevista) e (G - grupo focal).

Entrevistas semiestruturadas e grupos focais foram utilizados de forma combinada desde a coleta à análise concomitante dos dados. As entrevistas foram projetadas como abordagem principal para captarem conhecimentos, valores, representações e dimensionarem a consecução dos atributos da APS abrangente voltado para as DCNT. Duraram em média 50 minutos, ocorreram nas próprias unidades de saúde, durante o horário de menor fluxo (início ou final de expediente), em espaço privativo. Os grupos focais foram usados de forma complementar, para avaliar as interações dos profissionais no processo de reconstrução da realidade pesquisada e seu aprofundamento. Duraram cerca de 90 minutos e ocorreram na sala de aula de uma universidade local.

Cinco pesquisadores experientes realizaram as coletas a partir de roteiros específicos, a fim de garantir que os temas centrais fossem explorados. Estes temas versaram sobre os atributos da APS abrangente e foram desdobrados em perguntas referentes à caracterização de cada um deles.

Todas as entrevistas e grupos focais foram áudio-gravados, transcritos e checados duplamente. O conteúdo das falas foi sistematizado por meio da análise temática (Bardin, 2011). Considerando que o trabalho das EqSF frente às pessoas com DCNT deve coadunar com os princípios de uma APS abrangente, uma matriz analítica foi construída a partir do aporte teórico de autores com expertise na área (Tasca *et al.*, 2020; Garnelo *et al.*, 2018; Starfield; Shi; Macinko, 2005; Reinolds *et al.*, 2018; Giovanella, 2018), e os temas centrais foram previamente definidos, correspondendo aos sete atributos da APS abrangente (Quadro 2).

As seguintes etapas foram realizadas: leitura superficial e exaustiva das transcrições na busca de padrões reiterados e contradições intra e intergrupos para emergência das primeiras classificações; exploração do material a partir de procedimentos de codificação, classificação e categorização; tratamento e interpretação dos resultados. A codificação foi realizada por pesquisadores independentes, e as discordâncias foram consensuadas.

Para garantir o rigor, a confiabilidade dos dados e a redução de vieses, consideraram-se válidas a diversidade de sentidos expressa pelos participantes, a adoção da triangulação de dados (entrevista e grupo focal) e a triangulação de pesquisadores diferentes que estudam o mesmo tema e utilizam as mesmas técnicas para coleta e análise dos dados (Leung, 2015).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia, sob parecer no 3.357.963. As exigências ético-legais foram atendidas, conforme preconizam os órgãos regulamentadores, sendo obtido o consentimento de todos os participantes antes da coleta.

## Quadro 2. Atributos de análise da APS abrangente e do trabalho das EqSF frente às DCNT

Atributos da APS abrangente	Caracterização do atributo
<b>Acesso/Atenção no primeiro contato</b>	<p>*Início da atenção à saúde às pessoas com DCNT na APS e filtro para os serviços especializados.</p> <p>*Tipos de serviços acionados pelas pessoas com DCNT regularmente e como o primeiro recurso quando há uma necessidade ou problema de saúde.</p> <p>*Formas de acesso considerando questões organizacionais, geográficas e econômicas.</p>
<b>Longitudinalidade</b>	<p>*Implica a existência de uma fonte regular de atenção individual/coletiva às pessoas com DCNT ao longo da vida, com a presença de vínculo, relação interpessoal duradora e de confiança, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou ao tipo de problema.</p>
<b>Abrangência / integralidade</b>	<p>*Capacidade que o serviço possui para atender aos indivíduos com DCNT considerando os âmbitos biológico, psíquico e social da saúde, por meio de serviços preventivos e curativos, buscando resolver a maior parte das demandas.</p>
<b>Coordenação do cuidado</b>	<p>*Articulação das ações de saúde no âmbito da própria APS e no contexto de uma RAS, de forma sincrônica e com objetivos comuns e reconhecidos por todos os profissionais, independentemente do local onde sejam prestados.</p>
<b>Orientação para a comunidade</b>	<p>*Reconhecimento das necessidades sociais e de saúde das pessoas com DCNT e da população a partir dos problemas de saúde reais/potenciais, do contexto socioeconômico, dos recursos comunitários e participação comunitária.</p>
<b>Centralidade na família</b>	<p>*Reconhecimento dos membros da família, da dinâmica familiar, e a sua influência nos padrões de vida e adoecimento das pessoas com DCNT.</p>
<b>Competência cultural</b>	<p>*Consideração de diferentes grupos populacionais e das pessoas com DCNT quanto à aspectos culturais e étnico-raciais e a sua influência nos processos de saúde/doença/cuidado.</p>

Fonte: Tasca *et al.* (2020); Garanelo *et al.* (2018); Starfield; Shi; Macinko, 2005; Reynolds *et al.* (2018); Giovanella (2018).

\*APS= Atenção Primária à Saúde; DCNT= Doenças Crônicas Não Transmissíveis; RAS= Rede de Atenção à Saúde

## Resultados

No Quadro 3 são apresentados os principais resultados a partir das categorias centrais, estratificada por localidade, a fim de se obter maior visibilidade quanto às nuances do trabalho das EqSF. Isto porque, unidades de saúde situadas no contexto da zona urbana e rural possuem características diferenciadas relacionadas ao trabalho em saúde.

**Quadro 3.** Resultados da análise do trabalho das EqSF frente aos atributos da APSP abrangente voltados para pessoas com DCNT. Vitória da Conquista-BA, Brasil

Atributos da APS	Zona Urbana	Zona Rural
<b>Acesso/Atenção no Primeiro contato</b>	*O acesso às unidades se dá por meio do serviço acolhimento/triagem em todos os dias da semana	*O acesso às unidades é alternado em microáreas da comunidade, acontece tanto na sede quanto em pontos fixos da comunidade
	*São oferecidas vagas diárias para atendimento clínico, bem como reservadas vagas de urgência	*O oferecimento de vagas para atendimento clínico está condicionado ao cronograma de visita a cada localidade e de acordo com a urgência
	*Os grupos de educação em saúde são meios de facilitar acesso a todos os profissionais, ao tratamento e a solicitação de exames e procedimentos	*Os grupos de educação em saúde têm menor busca para acesso ao serviço quando comparados com as consultas individuais, sobretudo, aquelas realizadas pelo médico
	*Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis tem acesso priorizado	
	*O ACS tem papel importante na mediação do acesso por meio de informações e marcação de procedimentos/consultas/exames	*O ACS tem papel determinante na mediação do acesso por meio de informações e marcação de procedimentos/consultas/exames
	*O elevado número de pessoas para acompanhamento dificulta a oferta dos serviços que abarque toda a população	
	---	*O distanciamento geográfico das residências aos locais de atendimento e a dificuldade de transporte comprometem o acesso

continua...

Atributos da APS	Zona Urbana	Zona Rural
<b>Longitudinalidade</b>	*Os grupos educativos constituem importante forma de acompanhamento ao longo do tempo dos usuários com DCNT	*Os grupos educativos constituem alternativas de acompanhamento ao longo do tempo dos usuários com DCNT, contudo, são mais valorizados se contarem com a presença do médico
	*As visitas domiciliares são amplamente utilizadas pelos ACS para acompanhamento sistemático dos indivíduos no curso do ciclo vital. São utilizadas pelos demais profissionais para atenção às questões específicas e de maior gravidade	
	*O número elevado de pessoas adscritas dificulta o estabelecimento de vínculo e da continuidade do cuidado às pessoas com DCNT	*A rotatividade, sobretudo do profissional médico, dificulta o estabelecimento do vínculo e da continuidade do cuidado às pessoas com DCNT, além do número elevado de pessoas adscritas
<b>Abrangência / integralidade</b>	*Oferecimento de amplo leque de serviços de promoção, prevenção e assistência de forma regular às pessoas com DCNT	*Oferecimento de amplo leque de serviços de promoção, prevenção e assistência de forma alternada e mais espaçada para determinadas localidades da comunidade, e por conseguinte às pessoas com DCNT
	*Atividades preventivas realizadas por meio de grupos educativos são muito valorizadas e contam com o trabalho colaborativo do NASF-AB e das EqSF	*Atividades preventivas realizadas por meio de grupos educativos são pouco valorizadas, embora contem com o trabalho colaborativo do NASF-AB e das EqSF
	*Os atendimentos clínicos de todos os profissionais são muito valorizados e requisitados pelas pessoas com DCNT	*Os atendimentos clínicos de todos os profissionais são valorizados, porém, a dos profissionais médicos são os mais requisitados pelas pessoas com DCNT
	*Disponibilização de ações integradas com outros dispositivos como o serviço social, escolas, igrejas e associação de moradores existe formalmente, porém, o acionamento é condicionado às demandas terapêutica-assistenciais advindas de pessoas com DCNT	

continua...

Atributos da APS	Zona Urbana	Zona Rural
<b>Coordenação do cuidado</b>	<p>*A coordenação da informação entre a EqSF acerca das pessoas com DCNT conta com o aporte do PEC, que integra dados e informações e emite relatórios. Porém, o prontuário físico é acionado quando há instabilidades na rede de internet</p> <hr/> <p>*Os mecanismos de integração com a RAS ocorrem por meio do referenciamento aos serviços especializados. A contrarreferência é fragmentada</p> <hr/> <p>*A coordenação dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico obedecem a uma disponibilidade de cotas que são sempre insuficientes para as demandas das pessoas com doenças crônicas</p>	<p>*A coordenação da informação entre a EqSF acerca das pessoas com DCNT ocorre por meio do prontuário físico, o qual não permite acesso em tempo real por todos da equipe</p> <hr/> <p>*A EqSF trabalha em conjunto para reconhecer as necessidades da comunidade e das pessoas com DCNT, contudo, os ACS e os técnicos de enfermagem figuram importantes mediadores deste processo</p> <hr/> <p>*O diagnóstico comunitário aponta que o quadro de vulnerabilidades socioeconômicas da comunidade e das pessoas com DCNT é heterogêneo entre as microáreas de um mesmo território, e este é considerado no planejamento das práticas de cuidado em saúde</p> <hr/> <p>*Representantes da comunidade, participam do conselho local de saúde, o qual é visto como instrumento de comunicação entre equipe, pessoas com DCNT e comunidade, para a apreensão de demandas, necessidades e tomada de decisões organizacionais.</p>
<b>Orientação para a comunidade</b>	<p>*A EqSF trabalha em conjunto para reconhecer as necessidades da comunidade e das pessoas com DCNT, contudo, os ACS e os técnicos de enfermagem figuram importantes mediadores deste processo</p> <hr/> <p>*O diagnóstico comunitário aponta que o quadro de vulnerabilidades socioeconômicas da comunidade e das pessoas com DCNT é heterogêneo entre as microáreas de um mesmo território, e este é considerado no planejamento das práticas de cuidado em saúde</p> <hr/> <p>*Representantes da comunidade, participam do conselho local de saúde, o qual é visto como instrumento de comunicação entre equipe, pessoas com DCNT e comunidade, para a apreensão de demandas, necessidades e tomada de decisões organizacionais.</p>	<p>*A EqSF trabalha em conjunto para reconhecer as necessidades da comunidade e das pessoas com DCNT, contudo, os ACS configuram importantes reconhecedores das necessidades sociais e de saúde da comunidade</p> <hr/> <p>* O diagnóstico comunitário aponta um quadro de profundas vulnerabilidades socioeconômicas da comunidade e das pessoas com DCNT, sendo este mais homogêneo entre as microáreas de um mesmo território, bem como é considerado no planejamento das práticas de cuidado em saúde</p> <hr/> <p>*Representantes da comunidade, participam do conselho local de saúde, o qual é visto como instrumento de comunicação entre equipe, pessoas com DCNT e comunidade, para a apreensão de demandas, necessidades e tomada de decisões organizacionais.</p>
<b>Centralidade na família</b>	<p>*As equipes procuram estabelecer parcerias com as famílias de pessoas com DCNT para favorecer orientações e intervenções</p> <hr/> <p>*As equipes têm dificuldades de engajar as famílias nos cuidados rotineiros às pessoas com doenças crônicas</p>	

continua...

Atributos da APS	Zona Urbana	Zona Rural
<b>Competência cultural</b>	*Não houve falas no tocante a este atributo	*As equipes reconhecem a importância de valorizarem o contexto cultural específico das pessoas com DCNT e das comunidades em que estes se inserem *As equipes encontram dificuldades na realização de práticas de cuidado quando algum motivo cultural interfere na adesão ao tratamento de saúde

Fonte: resultados da pesquisa.

\*DCNT= doenças crônicas não transmissíveis; ACS= agente comunitário de saúde; EqSF=Equipes de Saúde da Família; NASF-AB=Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica; PEC= Prontuário Eletrônico do Cidadão; RAS= Rede de Atenção à Saúde

Os participantes apontaram que as modalidades de acesso foram mais abrangentes e constantes no contexto urbano, em detrimento do contexto rural. Enquanto na zona urbana o acesso ocorre na própria unidade e conta com o papel importante do ACS na sua mediação, na zona rural, o acesso ocorre de forma itinerante na sede e em localidades dispersas pelo território de abrangência. Como alternativa, a marcação das consultas funciona em dia predeterminado, sendo disponibilizadas vagas mensais ou semanais, sendo o ACS decisivo nesse processo. O contato cotidiano do mesmo com a comunidade diminui possíveis barreiras de acesso.

Agendamento para o médico é uma vez no mês para a população toda. A gente avisa que vai ter marcação naquele dia, e o pessoal vai lá marcar (GACSR 17).

[...] a porta de entrada é a triagem, caso o paciente não consiga atendimento naquele dia [...], aí é feito o agendamento. Então, esse paciente quando vem, ele tem uma resposta, ou naquele dia ou em outro dia, de acordo com a demanda dele (EENFU 01).

Dado o elevado número de famílias por área de cobertura das USF de ambos os contextos, os grupos educativos constituem alternativas de acesso para o desenvolvimento de ações coletivas de caráter promocional, preventivo e assistencial.

O acesso ele não tem dificuldade não, a gente tenta priorizar esses pacientes. Também nos grupos educativos a gente faz sempre, além da palestra, a avaliação glicêmica, a verificação de PA, a gente faz troca de receita quando necessário (EENFU17).

Então, quem tem hipertensão e diabetes tem acesso a todos os serviços, mas, a gente tem uma população muito grande e a capacidade de atendimento não acompanha essa população (EMEDU 03).

Os grupos educativos, embora oferecidos pela EqSF, são menos valorizados por parte da comunidade do contexto rural, a qual demonstrou maior interesse em acessar os atendimentos individuais mediados pelo médico.

[...] a gente disponibiliza um profissional do NASF que a gente valoriza, ou um médico que já sai do posto pra ir pra nossa área fazer um grupo. Chega lá, se depara com 3 pessoas. É uma coisa que desanima a gente (GACSR 08).

O médico vai no grupo a cada dois meses e está tentando fazer a troca de receitas lá. Atende algumas pessoas que já estão descompensados lá, pra alterar a receita (GODOR 01).

Ademais, na zona rural, soma-se às dificuldades no acesso aos serviços devido à distância geográfica das residências aos pontos de atendimento, agregando entraves relacionados ao transporte pela condição precária das estradas, e ao deslocamento devido às condições socioeconômicas dos usuários.

Quanto a longitudinalidade, embora existam formalmente ações utilizadas no município para a consecução deste atributo, a exemplo dos grupos educativos e das visitas domiciliares, variações na expressão dessas modalidades foram percebidas. Os grupos educativos são um exemplo emblemático. Na zona urbana, eles são importante ferramenta para o cuidado contínuo e estabelecimento de vínculo com os usuários. Em contrapartida, na zona rural, representam alternativas para uma fonte regular de atenção, bem como apresentam maior adesão quando o médico está presente.

O vínculo entre a comunidade e a equipe é reconhecido como facilitador para a longitudinalidade do cuidado, resultado tanto da afiliação a um profissional, quanto de tê-lo como fonte habitual de cuidado e conhecedor das condições atuais e pregressas de vida e cuidado relativas às DCNT. Entretanto, os profissionais de enfermagem referem ter o vínculo mais fragmentado com as pessoas com DCNT, pois ainda existe, na comunidade, a valorização de uma resolutividade imediata alcançada com o atendimento médico, em função da instituição da terapia medicamentosa, solicitação de exames e realização de encaminhamentos. Na zona rural, outro agravante para a fragilidade do vínculo ocorre pela alta rotatividade dos profissionais médicos e o elevado número de usuários para acompanhamento entre as equipes investigadas.

E aí, você se depara com uma localidade com quase 600 pessoas que têm na minha microárea. Você tirar 10 para consulta, é um jogo de cintura. Fora que os médicos mudam muito (GACSR 02).

É muito forte ainda a questão de ir numa consulta e não ter sua receita trocada, de não ter uma solicitação de exame específico, um encaminhamento para uma especialidade, isso fragiliza um pouco essa relação do paciente com a enfermagem (EENFU 16).

Em ambas as localidades, as visitas domiciliares são realizadas amplamente pelos ACS para a garantia da atenção às necessidades de saúde ao longo da vida. Nessas circunstâncias, é possível estabelecer o vínculo e a confiança, conhecer melhor o contexto de vida das pessoas com DCNT e suas famílias, e a realização de busca ativa dos usuários com baixo contato ao serviço. Para os demais profissionais, as visitas às pessoas com DCNT são direcionadas às situações mais complexas.

[...] eu tento dos pacientes graves né, pacientes descompensados, os outros que estão compensados, aí não faço não (EMEDU 02).

Quanto à abrangência/integralidade, os participantes elencaram um amplo cardápio de serviços para a comunidade. Na zona urbana, tais serviços são ofertados de forma regular, enquanto na zona rural, a oferta ocorre de forma flexível, com espaço de tempo variando de dias até meses para a disponibilização do serviço em localidades remotas.

Estamos fazendo um trabalho agora de adesão medicamentosa, elegemos três comunidades, aquelas mais vulneráveis. Também tem pré-natal, preventivo, atenção à criança de 0 a 5 anos, tem programa de saúde nas escolas. A gente faz um trabalho conjunto com a dentista e também com o pessoal do NASF, e o médico também tem participado de algumas atividades. Respondemos também pelo serviço de imunização (EENFU 02).

A principal modalidade de realização de atividades promocionais e preventivas é representada pelos grupos educativos, os quais contam tanto com a participação dos profissionais da equipe mínima, quanto com o apoio da equipe do NASF-AB. Eles também abrigam funções ampliadas, como aquelas de caráter assistencial.

[...] eles (profissionais do NASF-AB) tão sempre assim, um representante na reunião ou grupos, a gente acaba discutindo casos clínicos (EENFU 04).

A realização de ações integradas com a rede de apoio e suporte social formal e informal foi apontada como algo concreto, quando da existência de demandas terapêuticas-assistenciais. A interlocução com estes dispositivos foi descrita como potencialidade para o desenvolvimento de atividades que estimulam mudanças de estilos de vida e apoio a ações comunitárias.

[...] aqui no bairro a comunidade ajuda muito, estão sempre prontos para organizar [...], fazer com que as coisas (EENFR 03).

A coordenação da informação na EqSF conta com os registros e armazenamentos realizados em prontuário. Na localidade urbana, o prontuário é informatizado e as EqSF o reconhecem como uma ótima ferramenta para integrar informações. Entretanto, devido à internet de baixa qualidade no município, enfrentam desafios para alimentar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sendo necessário recorrer ao prontuário físico, o que ocasiona fragmentação das informações. Em contrapartida, na zona rural, a informatização das USF ainda não é uma realidade, fato que não permite o compartilhamento das informações em tempo real.

[...] a gente tem uma instabilidade de internet no município, e atualizações frequentes do ministério da saúde para o PEC. Também tem a folha de rosto ruim, aí você não vê comorbidades prévias, medicações prévias, história clínica prévia (EMEDU 04).

A integração das USF com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamentada em um mecanismo institucional de referência, a partir de impressos direcionados aos serviços especializados, mas também a partir de mecanismos informais de contato dos profissionais com pessoas-chave, capazes de favorecer o trânsito do usuário na rede. A contrarreferência constitui importante obstáculo na coordenação, vez que está condicionada ao voluntarismo dos profissionais dos serviços secundários e terciários em remetê-la às EqSF.

Tem setores que não existe contrarreferência. Se você manda a referência eles não mandam de volta. Então, tem alguns lugares que trabalham com a contrarreferência, tem outros que não, deixam o paciente perdido na rede. (EENFU 09).

A coordenação dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico é descentralizada, e realizada a partir de um processo de cotas mensais regulados por uma central municipal de marcação de exames e consultas. Deste modo, as USF referenciam os pacientes com DCNT para realização de exames/procedimentos e consultas com especialistas de diversas áreas. Para ambas as localidades, as vagas disponíveis nas cotas são sempre inferiores às demandas da comunidade, culminando em acúmulos de pedidos, longos períodos de espera e, por vezes, descompensação de parâmetros clínicos.

O clínico solicita os exames. Não consegue marcar aquele exame, 5-6 meses, 1 ano pra marcar. Quando ele marca, o paciente já tá complicado, ou ele já chegou no serviço de complexidade (EENFR 04).

Pra conseguir uma vaga com endocrinologista é um sacrifício enorme (EACSU 12).

A orientação para a comunidade mostrou-se um atributo valorizado pelas EqSF, na medida em que afirmaram reconhecer de forma integral e integrada as condições de vida e necessidades de saúde de pessoas com DCNT, bem como da comunidade em que estas residem.

Muitos não sabiam ler pra tomar os medicamentos, a gente fez pra todos os hipertensos os saquinhos coloridos amarelo, azul, vermelho- colocamos sol, tinha pratinho, lua (GODOU 02).

As EqSF da localidade urbana afirmaram que o diagnóstico comunitário evidencia um quadro heterogêneo de vulnerabilidades socioeconômicas entre as microáreas de um mesmo território, enquanto na localidade rural houve um predomínio de profundas vulnerabilidades socioeconômicas caracterizadas pela baixa escolaridade e renda, dificuldades de deslocamento aos serviços de saúde, maior dificuldade de adesão ao tratamento e práticas de autocuidado.

Aqui é uma área mais de idosos. Então, quem mais procura a unidade são adultos e idosos. Eles têm um padrão melhor de condição de vida, então, eles não ficam desassistidos, são pessoas que têm aposentadoria. Alguns são classe média baixa, mas, eles têm uma assistência ou do SUS ou particular (EMEDU 02).

[...] tem muita gente na unidade que não tem condição nem de pagar uma passagem pra se deslocar, da sua localidade aqui pra Conquista (GACSR 02).

O conselho local de saúde também foi citado pelas equipes de ambas as localidades como veículos de comunicação com as pessoas com DCNT e a comunidade, com vistas à apreensão de suas necessidades e à participação na tomada de decisões organizacionais e assistenciais. Entretanto, a participação sistemática nesses espaços colegiados é apontada como fragmentada e exígua na maior parte das equipes.

O estabelecimento de parcerias das EqSF com as famílias das pessoas com DCNT ocorre no sentido de favorecer orientações sobre as mudanças de estilo de vida e sobre o seguimento do regime terapêutico, considerando o contexto socioeconômico das mesmas.

Se a gente não cuidar da família toda, não tem jeito. Não tem adesão, não tem cuidado efetivo das DCNT (EENFU 02).

A importância da adesão da família, quando a gente chama um grupo, a gente sempre pede algum acompanhante, um familiar. Porque assim, a adesão da família é de extrema importância no tratamento (EENFR 04).

Contudo, em ambas as localidades, o envolvimento da família no provimento e suporte no cuidado ao ente adoecido por DCNT despontou como desafio. As principais razões apontadas residem na dificuldade de algumas famílias manterem os cuidados inerentes ao tratamento, seja pelas repercussões que os novos hábitos imprimem em todo o contexto familiar, sobretudo quando se trata de mudanças dietéticas, seja por atribuírem às EqSF exclusividade na resolução das necessidades sociais e de saúde.

*A família é importante estar mais presente. Eles querem que o agente vá lá e fale, fique lá olhando, mas, esquecem de cuidar dentro de casa também. Então, assim, a família tem que cuidar também, não é só o ACS estar cobrando pra fazer a dieta, tomar o remédio na hora certa (GACSR 16).*

O entendimento das características culturais de pessoas com DCNT e de suas diferentes necessidades e concepções do processo saúde-doença foi referido, pelos profissionais da zona rural, como ponte para construção de vínculo com os usuários, e direcionamento de ações práticas, sobretudo, entre os profissionais de enfermagem.

*Os pacientes de uma microárea têm um índice muito alto de hipertensos e diabéticos. A cultura deles é os homens delas gostarem de mulher com carne, gorda, cheinha. Já inventou não sei quantos grupos lá, e aí o pessoal não vai, é zero adesão. Quando a gente foi ver o que era, é porque a cultura deles é essa: as mulheres têm que ser bem gordinhas pra agradar o homem. Comunidade quilombola que são muito pobres, até o jeito de falar, a forma de falar é diferente (GENFR 02).*

Discrepâncias entre o reconhecimento de crenças e costumes singulares das pessoas com DCNT e a execução de práticas condizentes com as mesmas foram observadas em situações em que os profissionais não vislumbravam possibilidades de intervenção imediata, ou quando algum motivo cultural interferia na adesão ao tratamento do usuário.

*A gente conhece o perfil social, conhece a área, sabe dos fatores culturais-sociais, talvez a gente não consiga intervir, mas a gente conhece, é positivo para um tratamento mais eficaz (EMEDR 03).*

## Discussão

Todas as dimensões analisadas do trabalho das EqSF frente às pessoas com DCNT apresentaram potencialidades e importantes limitações, bem como assimetrias acentuadas nos padrões de consecução dos atributos da APS abrangente, quando comparados os contextos urbano e rural, com maior penalização deste. Considera-

se que há certa interdependência entre todos os atributos para a edificação de uma APS abrangente, e que tangenciar apenas um atributo ou vários atributos de modo parcial pode limitar o alcance das práticas de saúde frente às pessoas com DCNT em perspectiva ampliada (Garnelo *et al.*, 2018; Krzton-Królewicka *et al.*, 2016; Oliveira; Souza; Moraes Neto, 2020).

Em relação às formas de acesso, a despeito de mecanismos diversificados serem utilizados no contexto local para efetivação do ingresso do usuário com doença crônica no sistema de saúde, tendo a APS como a porta de entrada preferencial, não foi observada a existência de critérios claros para a estratificação de risco e definição de fluxos assistenciais, e nem de regulação dos tempos de espera para as consultas, tal como apontado em outro estudo (Aleluia *et al.*, 2017). Melhorias organizacionais promovidas para otimizar o acesso são capazes de reduzir quadros de descompensação das DCNT e de outras condições de saúde, bem como a ocorrência de comorbidades e de hospitalizações (Khassov *et al.*, 2016), portanto fundamentais, sobretudo para as USF rurais analisadas, onde o acesso é viabilizado de forma intermitente.

Ressalta-se ainda que o acesso à saúde, entendido no contexto brasileiro como um direito universal, não deve abranger apenas a entrada das pessoas com doenças crônicas nos serviços a partir da oferta e do alcance bruto da cobertura dos mesmos, mas, também, a acessibilidade (Oliveira; Pereira, 2013).

No tocante à acessibilidade, assim como em outro trabalho (Garnelo *et al.*, 2018) observou-se que as pessoas com DCNT na localidade rural enfrentam mais limitações de acesso, dada a sua distribuição dispersa pelos territórios, o que as faz percorrer maiores distâncias até os serviços, além de terem que arcar com o ônus para o deslocamento até a cidade quando precisam de atendimento na média e alta complexidade. Tais achados conclamam à necessidade de investimentos em transporte sanitário, por revelarem iniquidades importantes não apenas do ponto de vista geográfico, mas também relativos a outros determinantes e condicionantes como aqueles vinculados às disparidades socioeconômicas, quanto aspectos organizativos relativos aos limitados horários de funcionamento e oferta descontínua de serviços, ratificando a necessidade de reestruturação do processo de trabalho em saúde de modo a alcançar maior flexibilidade de horários e abrangência deste público (Souza *et al.*, 2019; Floss *et al.*, 2020; Rech *et al.*, 2018).

A utilização de estratégias legitimadoras da longitudinalidade, como a realização de grupos educativos e de visitas domiciliares voltados para as pessoas com DCNT,

sobressaiu no contexto local. Entretanto, o estudo demonstrou muitas dificuldades das equipes quanto à operacionalização deste atributo, o qual foi desvelado em narrativas que relativizaram a importância da enfermagem na assistência contínua a pessoas com DCNT, na realização de visitas domiciliares somente para casos de maior gravidade, assim como na cultura medicalizada de algumas comunidades, notadamente as situadas em localidades rurais, em considerar válidas as ações de saúde que envolvem a troca de receitas ou solicitação de exames.

Vale destacar que o reconhecimento da APS como uma fonte regular de cuidados revela-se imprescindível, dado que usuários de modo geral, sobretudo aqueles com DCNT, demandam significativamente serviços de saúde, seja para participação de atividades educativas, de realização de consultas de rotina ou diante de intercorrências, seja pela presença de comorbidades, para a busca de medicamentos ou para atendimento de outras necessidades (Malta *et al.*, 2017; Carrillo *et al.*, 2020; Tambo-Lizalde *et al.*, 2020), assim como pela própria senilidade, muito frequente entre pessoas com doenças crônicas atendidas pelas EqSF em questão.

Somado a isto, experiências nacionais e internacionais têm apontado um escopo mais ampliado de responsabilidades do enfermeiro frente às DCNT como avaliação das necessidades de cuidados, desenvolvimento de planos de cuidados de forma colaborativa com outros profissionais e acompanhamento sistemático sob a forma de gestão de casos, bem como a prescrição de medicamentos, solicitação de exames, procedimentos e encaminhamentos (Khanassov *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2020, Oliveira *et al.*, 2021).

A garantia da continuidade dos cuidados também precisa estar atrelada à expansão da cobertura e das ações das EqSF de forma resolutiva (Kessler *et al.*, 2019), considerando o acompanhamento equitativo de pessoas sob a responsabilidade das equipes. No Brasil, a cobertura estimada do Programa Saúde da Família, a partir de 2017, obteve pouco incremento decorrente da rígida política de austeridade adotada e, por conseguinte, escassos investimentos na APS (Gomes; Gutierrez; Soranz, 2020). Isto coaduna com o contexto local, o qual apresenta cobertura ainda insatisfatória (48,48%) e focaliza grupos populacionais de maior risco social quanto ao acesso e na oferta limitada aos cuidados contínuos.

Nesta direção, encontrou-se elevada população cadastrada em 78% das equipes investigadas, tomando como parâmetro o quantitativo de até 3.500 pessoas por equipe definidos pela Política Nacional de Atenção Básica vigente (Brasil, 2017),

o que pode comprometer este atributo, e subsequentemente, a relação de vínculo e confiança, assim como impactar nos demais atributos, sobretudo no acesso, especialmente em localidades rurais, dadas as distintas configurações espaciais dos territórios.

Não obstante, no contexto rural a figura do médico recebeu maior valoração na consecução deste atributo, a despeito da dificuldade de sua fixação nas equipes. Este fato também foi apontado em outra pesquisa, tendo como justificativas perfis profissionais distintos do que se espera para atuação na APS, e desinvestimentos governamentais para suprir áreas carentes dos mesmos (Floss *et al.*, 2020).

Este achado ratifica ainda que, ante os atendimentos itinerantes no contexto rural, o atendimento médico desponta como prioritário face aos longos intervalos de tempo que as EqSF despendem para atender todas as microáreas. Aponta, contudo, também para a necessária valorização do trabalho interprofissional, premissa básica frente a atuação das EqSF no Brasil, de modo a atender as necessidades de saúde das pessoas com doenças crônicas de forma ampla (Escalda; Parreira, 2018; Oliveira *et al.*, 2019).

A materialização do atributo abrangência/integralidade foi expressa no arsenal de serviços ofertados nos âmbitos individual/coletivo, setorial/intersetorial, de caráter promocional/preventivo/assistencial. A maior consideração dos atendimentos clínicos individuais no âmbito rural, a despeito da sua relevância, pode ser justificada pela necessidade frequente de pessoas com doenças crônicas adentrarem na APS para investigação de parâmetros clínicos como hemoglobina glicada, pressão arterial e níveis de colesterol, assim como para investigação de lesões em órgão-alvo e ajustes do regime terapêutico (Foo *et al.*, 2021). Contudo, também pode evidenciar uma polarização marcada pela influência do clássico modelo flexneriano de fragmentação, biologização e tecnificação das práticas, concorrendo para a fragilização deste atributo.

Considerando a complexa determinação das DCNT e sua estreita vinculação com as desigualdades sociais (Souza *et al.*, 2020), outro aspecto que merece destaque relaciona-se com as ações intersetoriais desenvolvidas pelas EqSF. Assim, percebe-se o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde nos discursos e a necessidade de articulação com setores suprassanitários. Porém, o acionamento desses dispositivos parece ser rarefeito e entendido sob a lógica do encaminhamento. Tal aspecto

reflete uma dualidade conflitante entre a abordagem biomédica tradicional e a da determinação social da saúde (Souza *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2021).

Ainda que seja atribuída à APS a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, isto permanece como desafio para as EqSF do município investigado frente às pessoas com doenças crônicas, devido aos sérios problemas de continuidade informacional e estabelecimento de fluxos assistenciais (Lima *et al.*, 2018). No que concerne à coordenação da informação, evidenciou-se a não utilização de tecnologias telecomunicativas no contexto rural e a não integração comunicacional, em ambos os contextos rural e urbano, com outros níveis de atenção à saúde, limitando a capacidade de coordenação. Este fato foi observado em outros trabalhos (Oliveira *et al.*, 2019; Foo *et al.*, 2021; Mendes; Almeida, 2020).

Os frágeis mecanismos de referência e contrarreferência vivenciados no município como um todo descortinaram a necessidade de uma rede integrada, visando facilitar as trajetórias assistenciais dos usuários com doenças crônicas e as definições diagnósticas e terapêuticas em tempo oportuno (Aleluia *et al.*, 2017). Em relação à coordenação dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, o município em questão enfrenta desafios comuns a outros municípios brasileiros (Garnelo *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2020), como a falta de vagas para especialistas, a burocracia nos encaminhamentos e a morosidade nos resultados de muitos exames (Turci; Lima-Costa; Macinko, 2015). Também a escassez das vagas pode ser resultante da duplicidade de consultas e da solicitação de exames desnecessários (Mendes; Almeida, 2020).

Referente aos atributos orientação para a comunidade e centralidade na família, os profissionais os reconheceram como fundantes para acessar as necessidades prioritárias de saúde de pessoas com doenças crônicas, bem como da influência da dinâmica e do contexto familiar nos padrões comportamentais, estilos de vida e adoecimento de cada membro em particular. Desafios também se impuseram para ambos os atributos.

Os diagnósticos comunitários revelaram situações de vulnerabilidades individuais e sociais mais marcantes para as localidades rurais, assim como apontado em outra pesquisa (Burille; Gerhardt, 2014). Esta situação desafia as equipes a empreenderem ações direcionadas para além da dimensão individual, mas de forma articulada e intersetorial, de modo a impactar no processo saúde-doença-cuidado em relação às doenças crônicas. Investimentos na potencialização dos mecanismos de controle

social também podem possibilitar a defesa de necessidades coletivas e a participação comunitária com vistas à aplicação de políticas públicas e ações intervenientes em indivíduos/famílias/comunidades com DCNT (Oliveira *et al.*, 2021).

Quanto ao atributo centralidade na família, a despeito do entendimento que ele deve integrar o processo de trabalho das EqSF, o mesmo ainda precisa ser potencializado na prática (Paula *et al.*, 2017). Isto porque reconhecer as características e inter-relações familiares no processo saúde/doença/cuidado, e a partir delas fomentar ações integradas e participativas, centradas no usuário e no contexto familiar e que permitam o desenvolvimento de sua autonomia e autocuidado (Nobrega *et al.*, 2017), não é trivial. Esforços na direção da ampliação do relacionamento com as famílias de usuários com DCNT ainda carecem de investimentos no contexto analisado, no sentido de superar um modelo de atenção individualizante e fragmentado, de valorizar e respeitar as necessidades de cada uma e de compreendê-las de forma integral, considerando seu contexto histórico-social, a fim de torná-las aliadas no cuidado.

O estudo também mostrou que os agentes comunitários de saúde (ACS) detêm uma importância significativa na operacionalização do atributo orientação para a comunidade e nos demais, sobretudo no contexto rural, levando-se em conta que estes residem na própria comunidade e partilham, por vezes, as mesmas experiências, relações e até condições de vida e saúde. Também pelas características do seu processo de trabalho em realizar uma interlocução entre os serviços e as comunidades, e em deter funções mais específicas frente às pessoas com DCNT, como o acompanhamento e visitas mensais, orientações quanto a dieta, uso de medicações, cuidados com os pés, realização de exames laboratoriais e consultas (Ramalho *et al.*, 2019). Vale salientar que este papel não pode anular o protagonismo dos demais profissionais no desenvolvimento de práticas integrais e colaborativas para toda a população.

O reconhecimento de que a competência cultural possibilita realizar um cuidado compatível com as crenças e práticas culturais de saúde das pessoas com DCNT (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019) foi unanimidade entre as falas dos participantes das unidades situadas na zona rural, mas não foi evidenciado na zona urbana.

Muitas famílias provenientes do contexto rural lançam mão de variadas práticas de cuidado para lidarem com as doenças crônicas pautadas nos saberes originários do núcleo familiar transmitido por gerações, e em práticas populares (Burille;

Gerhardt, 2014). Famílias residentes em localidades urbanas também podem abrigar elementos culturais diversos, expressos na comunicação e na sociabilidade, assim como nos comportamentos de cuidado. Por isso, exigem das EqSF reconhecimento e adaptabilidade, de modo a não resultar em choque cultural.

## Considerações finais

A análise dos atributos da APS abrangente evidenciou a presença dos mesmos no trabalho das EqSF em extensão regular, marcada por avanços e limitações que influenciam o cuidado às pessoas com DCNT, sobretudo quando se considera o contexto rural para o qual as limitações foram mais pujantes.

Assim, as potencialidades do trabalho das equipes na operacionalização dos atributos da APS estiveram relacionadas à priorização do acesso, à ampla oferta de serviços e ao reconhecimento da realidade da comunidade e da família. O estudo destacou obstáculos relacionados à oferta, acessibilidade e cobertura de serviços, fragmentação do cuidado na coordenação das informações, dificuldades no desenvolvimento de práticas com a família e etnicamente situadas e na continuidade do cuidado, notadamente para o contexto rural.

A despeito dos avanços observados na consecução dos atributos, destaca-se que algumas melhorias poderiam ser consideradas pelas EqSF no sentido de: refinarem estratégias de acesso regulado considerando situações de risco e necessidades de saúde; garantirem acompanhamento sistemático no curso da vida e na presença de morbidades de longo curso; investirem em estratégias de fixação de médicos em áreas remotas e de difícil acesso, tendo como referência o Programa Mais Médicos, planejarem e executarem ações intersetoriais articuladas considerando contextos de vulnerabilidade; aperfeiçoarem mecanismo de conexão entre distintos níveis de complexidade e frente aos sistemas de apoio diagnóstico/terapêutico, de registro eletrônico e transporte em saúde; fortalecerem parcerias com as famílias de pessoas com doenças crônicas para o alcance de maior engajamento e estímulo ao ente adoecido ao autocuidado; e reconhecerem e incorporarem elementos culturais individuais e coletivos nas ações de cuidado cotidiano.

Deste modo, espera-se que os resultados apresentados possam ratificar a necessidade de investimentos e da instituição de processos avaliativos sistemáticos acerca do trabalho das EqSF, de modo a acompanhar a trajetória de consolidação

da APS no contexto do sistema universal de saúde brasileiro, notadamente no contexto local.<sup>2</sup>

## Referências

ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação da atenção primária à saúde: Estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

Brasil. Portaria/MS nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Informe e gestão da Atenção Básica*. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BROTTO, A. M.; GUIMARÃES, A. B. P. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicol. hosp.*, v. 5, n. 1, p. 43-68, 2017.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saúde Soc.*, v. 23, n. 2, p. 664-676, 2014.

CARRILLO, M. J. *et al.* Comprehensive primary health care and non-communicable diseases management: A case study of El Salvador. *Int J Equity Health*, v. 19, n. 50, 2020.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde por uma equipe de Saúde da Família. *Interface.*, v. 22, supl. 2, p. 1717-1727, 2018.

FLOSS, M. *et al.* A pandemia de Covid-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 7, e00108920, 2020.

FOO, C. *et al.* Primary Care Networks and Starfield's 4Cs: A Case for Enhanced Chronic Disease Management. *Int J Environ Res Public Health.*, v. 18, n. 6, p. 2926, 2021.

GBD 2016 Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, v. 392, n. 10149, p. 760-75, 2018.

GARCIA, M. M. *et al.* Funding and Service Organization to Achieve Universal Health Coverage for Medicines: An Economic Evaluation of the Best Investment and Service Organization for the Brazilian Scenario. *Front Pharmacol.*, v. 11, p. 370, 2020.

- GARNELO L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, esp. 1, p. 81-99, 2018.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018.
- GOMES, C. B. S.; GUITIÉRREZ, A. C.; SONRANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020.
- GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, supl. 1, p. 82-90, 2019.
- KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 186-193, 2019.
- KHANASSOV, V. *et al.* Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. *Int J Equity Health*, v. 15, n. 1, p. 168, 2016.
- KRZTON-KRÓLEWICKA, A. *et al.* Quality of primary health care in Poland from the perspective of the physicians providing it. *BMC Family Practice*, n. 17, v. 1, p. 151, 2016.
- LANGLOIS, E. V. *et al.* Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*, v. 98, n. 11, p. 781-791, 2021.
- LEMONS, M. J. C. *et al.* Community-Based Interventions to Improve the Control of Non-Communicable Diseases in Underserved Rural Areas in Brazil: A Before-and-After Study. *Front Pharmacol.*, v. 12, p. 648, 2021.
- LEUNG, L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *J Family Med Prim Care.*, v. 4, n. 3, p. 324-327, 2015.
- LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, esp. 1, p. 52-66, 2018.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, esp. 1, p. 18-37, 2018.
- MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 51, supl 1, 4s, 2017.
- MENDES, L. S.; ALMEIDA, P. F. Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms? *Rev Saude Publica*, v. 54, p. 121, 2020.

- NOBREGA, V. M. *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Rev esc enferm USP*, São Paulo, v. 51, p. e03226, 2017.
- OLIVEIRA, A. *et al.* A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 41, e20190328, 2020.
- OLIVEIRA, A. R. *et al.* O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 72, n. 4, p. 918-925, 2019.
- OLIVEIRA, C. N. *et al.* Práticas de cuidado para doenças não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família. *Av Enferm.*, v. 39, n. 2, p. 255-263, 2021.
- OLIVEIRA, J. H.; SOUZA, M. R.; MORAIS NETO, O. L. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v. 29, n. 5, e2020121, 2020.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, esp., p. 158-164, 2013.
- PAULA, W. K. A. S. *et al.* Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad. saúde colet.*, v. 25, n. 2, p. 242-248, 2017.
- PERRY, H. B. *et al.* Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared characteristics of projects with evidence of long-term mortality impact. *J Glob Health*, v. 7, n. 1, p. 010907, 2017.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA. *Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) de Vitória da Conquista*. Vitória da Conquista, 19 fev. 2019a.
- RAMALHO, E. L. R. *et al.* Discursividade de agentes comunitários de saúde acerca do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na atenção primária. *Rev Min Enferm.*, v. 23, e-1206, 2019.
- RECH, M. R. A. *et al.* Primary health care performance in Brazil and association with the More Doctors physician recruitment program. *Rev Panam Salud Publica.*, v.4, n.42, e164, 2018.
- REYNOLDS, R. *et al.* A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam*, n. 19, v. 1, p. 11, 2018.
- SILVA, A. T. M. *et al.* Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health.*, v. 43, n. 1, p. 68-78, 2020.
- SOUZA, B. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: Utilização do PCATool-versão Brasil. *APS em Revista*, n. 1, v. 2, p. 112-120, 2019.
- SOUZA, L. B. *et al.* As iniquidades sociais da Atenção Primária à Saúde e a intersectorialidade: um estudo descritivo. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 73, n. 6, e20190196, 2020.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.*, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 44, e4, 2020.

TAMBO-LIZALDE, E. *et al.* La atención sanitaria a pacientes con multimorbilidad. La percepción de los profesionales. *Aten Primaria.*, v. 53, n. 1, p. 51, 2020.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015.

## Notas

<sup>1</sup> Este trabalho recebeu financiamento da Fundação Medtronic (número 255790).

<sup>2</sup> D. A. Soares: elaboração do projeto, delineamento e demais aspectos metodológicos, delimitação dos eixos de discussão e análise dos resultados. C. N. Kochergin, S. Mistro, J. C. L. Macedo e V. C. H. S. Carvalho: concepção, discussão, análise dos resultados e revisão final. M. G. Oliveira: coordenação do projeto de pesquisa que originou o artigo, concepção, discussão, análise dos resultados e revisão final.

## *Abstract*

### *Comprehensive Primary Health Care: analysis based on the work of Family Health teams in dealing with chronic diseases*

This study aims to analyze the attributes of comprehensive Primary Health Care (PHC) based on the work of the family health teams focused on non-communicable chronic diseases. Qualitative research conducted from August 2018 to July 2019, in primary health care in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil, with 40 health professionals, through interviews and focus groups. From the thematic analysis, the central themes were defined, corresponding to the seven attributes of comprehensive PHC. As a result, the potentials work of the family health teams was related to prioritizing access, the wide range of services offered and the recognition of the community and family reality. The study highlighted obstacles related to service provision, accessibility, coverage, care fragmentation and in information coordination, challenges in developing practices with the family, in practices ethnically situated, and continuity of care, notably for the rural context. It is expected that the results presented may confirm the need for investments and the institution of systematic evaluation processes regarding the work of family health teams, in order to follow the trajectory of PHC consolidation in the context of the Brazilian Unified Health System.

► **Keywords:** Chronic Disease. Primary Health Care. Unified Health System. Health Services Research.

