

Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado

*Perception of health workers about the role and relevance of Primary Health Care for the
production of care*

*Percepción de los trabajadores de la salud sobre el papel y la relevancia de la Atención
Primaria de Salud para la producción del cuidado*

Tarciso Feijó da Silva

Tatiana Cabral da Silva Ramos

Roberta Georgia Sousa dos Santos

Magda Guimarães de Araújo Faria

Pedro Henrique Souza Silva

Ismael Fabricio Vaz

Helena Maria Scherlowski Leal David

RESUMO

Objetivo: identificar a partir da percepção dos trabalhadores da saúde o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado. Metodologia: estudo qualitativo delineado pela entrevista narrativa, desenvolvido com 17 trabalhadores de uma unidade de Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro, cuja análise foi delineada pelo software Atlas Ti®. Resultados: os achados indicam que a percepção dos trabalhadores da saúde sobre o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde está pautada em tê-la como a porta de entrada e coordenadora do cuidado, ser um ponto para promoção do cuidado em saúde, ter capacidade de absorver diferentes tipos de demandas e possuir ações e serviços abrangentes, que contribuem para a integralidade e resolutividade da atenção em saúde. Conclusão: faz-se necessário o fortalecimento da compreensão dos trabalhadores da saúde sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde, da sua importância para a produção de cuidado e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional; Integralidade em Saúde; Cuidado Centrado no Paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify from the perception of health workers the role and relevance of Primary Health Care for the production of care. Methodology: qualitative study outlined by narrative interview, developed with 17 workers from a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro, whose analysis was outlined by the Atlas Ti® software. Results: the findings indicate that the perception of health workers about the role and relevance of Primary Health Care is based on having it as the gateway and care coordinator, being a point for promoting health care, having ability to absorb different types of demands and have comprehensive actions and services, which contribute to the completeness and resolution of health care. Conclusion: it is necessary to strengthen the understanding of health workers about the role of Primary Health Care in the Health Care Network, its importance for the production of care and improvement of people's quality of life.

Keywords: Primary Health Care; Multiprofessional Team; Integrality in Health; Patient Centered Care.

RESUMEN

Objetivo: identificar, a partir de la percepción de los trabajadores de la salud, el papel y la relevancia de la Atención Primaria de Salud para la producción del cuidado. Metodología: estudio cualitativo perfilado por entrevista

narrativa, desarrollado con 17 trabajadores de una unidad de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Rio de Janeiro, cuyo análisis fue perfilado por el software Atlas Ti®. Resultados: los hallazgos indican que la percepción de los trabajadores de la salud sobre el papel y la relevancia de la Atención Primaria de Salud se basa en tenerla como puerta de entrada y coordinadora de la atención, ser un punto para promover la atención en salud, tener capacidad para absorber diferentes tipos de demandas y tener acciones y servicios integrales, que contribuyan a la integralidad y resolución de la atención en salud. Conclusión: es necesario fortalecer la comprensión de los trabajadores de la salud sobre el papel de la Atención Primaria de Salud en la Red de Atención a la Salud, su importancia para la producción del cuidado y la mejora de la calidad de vida de las personas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Equipo Multiprofesional; Integralidad en Salud; Atención centrada en el paciente.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são equivalentes e representam um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, que devem ser desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integradas e gestão qualificada¹.

Na história da APS estão registrados ciclos de desenvolvimento que culminaram na construção de diferentes políticas públicas, que orientam a atenção à saúde, e no modelo de organização do cuidado conhecido como Redes de Atenção à Saúde (RAS)². Para a efetivação da RAS, reconhece-se como responsabilidade da APS: atuação como porta de entrada preferencial; garantia do acesso às ações de saúde de cunho preventivo; reconhecimento e entendimento das reais necessidades de saúde das pessoas, família e comunidade; busca de integração com os outros equipamentos de saúde e setores da sociedade para o alcance da integralidade do cuidado e resolutividade dos problemas identificados^{3,4}.

As Equipes de Saúde da Família (eSF) têm sido adotadas no cenário nacional como principal modalidade de organização do trabalho na APS. A composição multiprofissional das equipes objetiva a integração, a capilarização do cuidado, o contato permanente com as famílias assistidas e o reconhecimento das necessidades de saúde^{1,5}.

No entanto, nas últimas décadas, a APS tem enfrentado enormes desafios como ordenadora e coordenadora do cuidado, já, que assegurar boas condições de saúde para a população e qualidade de vida envolve múltiplos aspectos que perpassam pela luta cotidiana pela manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Na atualidade os trabalhadores da APS, mesmo diante das tentativas de desmantelamento dos serviços, além do desafio de atuar com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, são atravessados por outras demandas de cunho intersetorial, tais como: violência, ações para redução das

desigualdades sociais e diminuição da pobreza extrema e que visam a busca por melhores condições de vida.^{6,7}

Não obstante, observa-se que apesar do discurso normativo que aponta a APS como ponto central e unidade reguladora do cuidado na RAS¹, na prática identifica-se limitação ou dificuldade de compreensão dos profissionais quanto aos objetivos da APS e seu papel na RAS⁵. Isto, justifica-se, por um lado pela postura imediatista dos profissionais que não dialoga com a realidade vivenciada pelas pessoas e não viabiliza a construção de vínculo; e por outro lado pelo tensionamento que as próprias políticas públicas de saúde impõem sobre os processos de trabalho ao ditarem condutas pautadas na prescrição e na medicalização^{8,9}.

É relevante salientar que o advento da pandemia de Covid-19 contribuiu para interrupção de ações propositivas, colaborativas e solidárias e a construção de processos, ações e fluxos que vinham sendo realizadas nas diferentes regiões do Brasil, entre profissionais-profissionais e profissionais-usuários, na tentativa de contribuir para uma APS forte e implicada com os determinantes e condicionantes da saúde e a realidade vivenciada pelas pessoas⁵.

Neste sentido, o objetivo deste artigo é identificar a partir da percepção dos trabalhadores da saúde o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo com caráter descritivo e exploratório que foi realizado em uma unidade de APS do Município do Rio de Janeiro com três equipes de saúde da família (eSF), uma equipe de saúde bucal (eSB) e uma equipe núcleo de apoio saúde da família Atenção Básica (eNasf-AB).

Na ocasião do estudo as eSF eram compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de vigilância em saúde e cinco agentes comunitários de saúde, a eSB por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário e a eNasf-AB por um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta e um educador físico. A eSB atuava de forma integrada às três eSF e a eNasf-AB na perspectiva do apoio matricial. Além das equipes descritas, atuavam no cenário um gerente, dois administrativos, um farmacêutico e um auxiliar de serviços gerais. Cabe ressaltar que duas eSF contavam com apenas quatro agentes comunitários de saúde devido afastamento por doença e que quase todos os profissionais

cumpriam carga horária de 40 horas semanais, com exceção de uma das eSF que possuíam dois médicos de 20 horas.

A escolha do cenário ocorreu pelo fato da unidade possuir tempo de inserção e atuação territorial superior há 17 anos, ter 100% de cobertura de APS, sendo responsável por 9093 usuários e a maioria dos profissionais atuarem há mais de três anos. A estrutura física comporta uma recepção, uma sala de imunização, uma sala de curativo/procedimentos, um pequeno expurgo, uma sala de esterilização, três consultórios de atendimento para as equipes, um consultório para atenção em saúde bucal, um consultório extra, uma sala administrativa, uma sala de agentes comunitários de saúde, um corredor central de espera para atendimento e um corredor lateralizado utilizado para grupo/ações de promoção da saúde.

Dos 37 trabalhadores da saúde que atuavam na unidade, participaram da pesquisa 17, a saber: um médico (MED), três enfermeiros (ENF), um técnico de enfermagem (TECENF), um auxiliar de vigilância em saúde (AVS), quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista (CD), um gerente (GERENTE), dois administrativos (ADM), um farmacêutico (FARM), um educador físico (NASF-EF) e um auxiliar de serviços gerais (ASG). Estes foram selecionados por estarem vinculados à unidade de APS por mais de três anos e terem disponibilidade de participação.

A coleta de dados foi realizada em dia e horário previamente agendados, sendo um questionário com perguntas fechadas para levantamento do perfil sociodemográfico dos participantes e a técnica da entrevista narrativa. Neste tipo de técnica o pesquisador convida e encoraja o entrevistado a contar uma história sobre um evento, um acontecimento ou sobre o objeto que se pretende investigar, que é apresentado dentro do contexto do entrevistado, que considera os pontos que lhe parecem relevantes para a abordagem do assunto¹⁰. Uma pergunta inicial foi disparada na perspectiva de produzir provocações e orientar o discurso: Na sua percepção qual o papel e a relevância da Atenção Primária à Saúde para a produção do cuidado? O tempo médio de resposta dos participantes foi de 30 minutos, sendo as entrevistas gravadas em dispositivo eletrônico, para posterior transcrição.

Para a análise e interpretação dos dados optou-se pela análise de conteúdo¹¹ e os recursos do software Atlas Ti® versão 7.1.8, desenvolvido para análise de dados qualitativos.

Os dados foram digitados no programa Microsoft Word, em um único documento, e inseridos no Atlas Ti®, chamados de *primary documents*, constituindo uma *Hermeneutic Unit* a qual foi denominada Pesquisa Projeto APS. Em seguida, foi realizada uma leitura flutuante com o objetivo de examinar, investigar e analisar o *primary document*. Fez-se a codificação do

primary document, transformando dados brutos das entrevistas em informação passível de análise. Para tanto, foram criados códigos para a interpretação que permitiram selecionar no conteúdo o que era relevante para a pesquisa. A codificação compreende três estágios. O primeiro é a escolha das unidades de sentido e de contexto. No Atlas Ti®, a unidade de sentido denomina-se *quotes*, já as unidades de contexto são unidades de compreensão para codificar a unidade de sentido. O segundo estágio da codificação, que busca conceder um nome, código ou conceito à unidade de sentido selecionada, é o referencial teórico essencial para a codificação. Quando um conceito admite diferentes formas de expressão, é necessária a criação de vários códigos para contemplar sua diversidade, parte-se para a categorização. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos por diferenciação que são, em seguida, reagrupados com critérios pré-definidos. No Atlas Ti®, as categorias são chamadas de *families*.

Quanto aos aspectos éticos foram obedecidos os termos das resoluções 416/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo teve anuência e aprovação dos comitês de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde local, sob nº 3.035.782 e 3.103.928.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 17 participantes, 14 foram do gênero feminino e 3 do masculino. A faixa etária predominante foi a de 20 a 30 anos (10), seguida de 30 a 40 anos (6) e 40 a 50 anos (1). Com relação à formação acadêmica, 8 possuíam nível médio completo, 8 nível superior e apenas a trabalhadora ASG possuía nível fundamental incompleto.

Dos participantes com nível superior completo, com exceção do profissional médico, todos possuíam especialização lato-sensu em saúde da família ou nos moldes de residência em saúde da família. Destes, uma profissional enfermeira e a gerente (graduada em enfermagem) possuíam mestrado em saúde pública.

Da análise e categorização dos dados resultaram quatro categorias temáticas, a saber: “APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde”, “APS como promotora do cuidado em saúde”, “implicações dos profissionais para garantia da APS abrangente” e “tipologias de ações/serviços ofertados e APS abrangente”.

APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde

A APS é a porta preferencial de entrada para a RAS e tem como uma de suas prerrogativas a ordenação do cuidado das pessoas e famílias a partir da análise da situação de saúde, dos riscos e das vulnerabilidades aos quais estão expostos. A literatura aponta que uma porta de entrada difusa entre os diferentes pontos na RAS, com concentração de demandas que deveriam ter a APS como referência para a produção do cuidado está relacionada diretamente à fragilização do trabalho multiprofissional e não valorização da APS como lócus capaz de resolver os problemas do cotidiano das pessoas e territórios¹².

Os discursos dos profissionais reafirmam o papel da APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado na RAS. Identifica-se a preocupação dos mesmos em garantir não só o acesso, mas em contribuir para a compreensão dos usuários sobre a finalidade e relevância do equipamento de saúde para o território. Observa-se implicação dos profissionais com os determinantes e condicionantes da saúde ao realizarem o direcionamento dos usuários para os outros pontos da RAS, seja pela preocupação com as condições de saúde e a dificuldade de circulação devido ao baixo poder aquisitivo das pessoas, seja pelo compromisso na busca coletiva de resposta diante das necessidades de saúde identificadas. Estas situações acabam por fragilizar a continuidade do cuidado e a acessibilidade aos diferentes pontos da RAS.

Esta unidade é por definição a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Aqui na comunidade é um ponto de refúgio, digamos assim. Por que apesar dos hospitais de emergências de porta aberta, inclusive tem um até perto, a população entende isso aqui como um acolhimento para qualquer problema de saúde, seja ele de urgência grave, emergência grave quanto de um resfriado qualquer. (MED).

Eu acho que a unidade tem muita importância porque muitas pessoas aqui não têm condição de se locomover, de ir para lugares mais distantes porque são populações que têm muita dificuldade financeira (ADM1).

Principalmente gostam da parte da farmácia, que tem os remédios perto de casa que antigamente não tinham. Vacina antigamente não tinha aqui, então meus filhos eu vacinava em outra unidade, tinha que pegar ônibus, tinha que gastar dinheiro de passagem, que é o que muitos alegam aqui, se faltar vacina aqui eles ficam esperando vir porque, às vezes, muitos não têm o dinheiro da passagem para ir em outro posto (ACS1).

Mas assim, eu acho de extrema importância a unidade ser próxima de casa, não tem necessidade de você pegar condução para ir, a comodidade (ACS2).

O papel desta unidade aqui é fundamental, porque aqui, a comunidade só tem de referência um hospital que fica não fica muito próximo. Então se uma pessoa está com algum sintoma, está com alguma doença, está se sentindo mal ela vem aqui e recebe um pré-atendimento no posto, ela aqui já consegue resolver alguma coisa, mesmo que seja uma dor de cabeça, algo simples, mas ela não vai precisar ter que se deslocar lá para o hospital (AVS).

A partir do momento que o paciente precisa de um especialista, a gente encaminha através do Sistema de Regulação de Vagas, a gente tenta marcar o mais próximo daqui, porque muitos que moram aqui não querem sair daqui, tem uma certa dificuldade para ir em outros lugares (ENF1).

Muitos falam eu quero marcar um ginecologista, porque quero fazer o preventivo, aí eu falo olha eu não sou ginecologista, sou enfermeira, mas eu coleteo preventivo, aí eu realizo a coleta do preventivo, se caso vier a ter alguma alteração no seu preventivo a gente encaminha para o ginecologista (ENF1).

Os pacientes precisam muito daqui. Porque se tirarem isso aqui, a vacinação por exemplo, nem sei. Se você não correr atrás do paciente, o paciente não vem (ACS3).

Quando a gente não pode resolver, a gente encaminha para atendimento eletivo na atenção terciária, ou via urgência, chama a ambulância, a pessoa vai para urgência (MED).

A Atenção Primária estrategicamente desempenha um papel muito importante para essa comunidade porque não tem outros equipamentos de saúde aqui perto para eles acessarem (CD).

Aqui é o postinho mesmo, como eles falam quando eles vêm, até com muita frequência, às vezes, sem muita necessidade, mas eles têm isso aqui como um porto seguro de atendimento da saúde (FARM).

Por ser próximo de casa, valorizam a presença da unidade por isso e por essa questão de muita necessidade no território de infraestrutura (GERENTE).

É muito grande o papel desta unidade. Se não tivesse isso aqui, eu acredito que o pessoal ia ter muita dificuldade para conseguir atendimento em outros lugares, porque tem, tem lugares que são de acesso macro. Não tem Saúde da Família (NASF-EF).

A localização da unidade de saúde emerge como principal fator capaz de fortalecer a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado. A facilidade de locomoção sem o dispêndio financeiro com o custeio de passagens, foi vista como um ponto positivo e garantidor de acesso, uma vez que por se tratar de uma população economicamente vulnerável, muitos usuários podem deixar de buscar os serviços de saúde ou manter a continuidade dos cuidados, pelo fato do trânsito para outros pontos da RAS contribuir para o aumento das despesas.

As falas dos participantes corroboram para a compreensão de que a comunidade enxerga a unidade de APS como o principal ponto de atenção e acolhida e que a buscam diante de diferentes tipos de demandas. Identifica-se, que quando diante de problemas que não podem ser solucionados pela equipe multiprofissional, face à necessidade de atenção especializada, que os casos são encaminhados via Sistema de Regulação de Vagas municipal.

Um estudo realizado em cinco municípios de pequeno porte da região amazônica, que analisou acessibilidade geográfica dos serviços da APS, considerando o local de moradia dos usuários, o transporte, a distância, o tempo de viagem e os custos revelou que é comum as pessoas concentrarem a execução de atividades como a ida ao banco, ao mercado e a unidade de APS. No entanto, observou-se dificuldade de acesso, acolhimento e até mesmo agendamento de consultas, o que implica em ações específicas que sejam capazes de captar as especificidades do território que podem contribuir para fragilizar o papel da APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado¹³.

A desigualdade social tem sido vista como um fator que influencia no processo saúde/doença, assim como na utilização que as pessoas fazem dos serviços de saúde. Uma pesquisa realizada com profissionais de duas equipes de APS do município do Rio de Janeiro

observou que a desigualdade social, caracterizada por moradias irregulares, falta de saneamento básico, presença de criminalidade e tráfico de drogas traz a exigência de uma APS forte, que seja capaz de ordenar práticas de cuidado com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, o que nem sempre é possível pelo atropelo causado por outras demandas de cuidado emergentes que ditam formas distintas de organização do cuidado e funcionamento da APS¹⁴.

Assim, a escolha da APS como primeiro contato pelos usuários para atenção às suas demandas está diretamente relacionada à capacidade do serviço de reconhecer o perfil das pessoas e do território, os determinantes e condicionantes que estão implicados com o processo saúde-doença, os fatores que orientam a busca da população para atendimento, assim como, a busca de estratégias por parte da equipe multiprofissional para regulação de fluxos e processos que perpassam pela garantia do acesso, da atenção e que contribuam para a ordenação do cuidado em saúde.

APS como promotora do cuidado em saúde

Os profissionais da APS são responsáveis pelas principais estratégias promotoras do cuidado em saúde, tais como, autocuidado, construção de vínculo, detecção precoce, rastreamento de doenças, identificação de possíveis riscos e vulnerabilidades, assim como planejamento de ações que sejam capazes de abarcar aspectos individuais e coletivos do cuidado em saúde¹⁵.

A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade foram questões que apareceram como pontos importantes na pesquisa. O fato de existirem profissionais de diferentes formações e a oferta de linhas de cuidado, enriquece o serviço prestado, conseguindo englobar diferentes demandas, não apenas com o foco na doença e medicalização. No momento em que atividades físicas e de artesanato, por exemplo, são oferecidas, é possível proporcionar aos usuários uma inserção social e sentimento de pertencimento à comunidade e sociedade, como é o caso de muitos idosos que têm a unidade de APS como um lugar acolhedor e de convívio social.

O papel desta unidade é manter o bem-estar das pessoas. É cuidar dessas pessoas. Nós temos grupos informativos. Os grupos ajudam idosos com atividades coletivas, crochê. Tem grupos contra o tabagismo para cuidar. Eu penso que esta unidade existe para prevenir. A unidade faz atendimento para prevenir a depressão, a tuberculose, a diabetes e a hipertensão arterial (ADM1).

A unidade atua prevenindo as doenças mais graves, cuidar desses que não são tão graves e zelar pela saúde em si para não chegar num estágio muito grave, para não ir para o hospital (ADM2).

Aqui nós temos diversos grupos. A gente tinha por exemplo aqui o grupo do fuxico, era do artesanato. Então tinha idosas que ficavam em casa sem fazer nada e muitas das vezes até entediada. Às vezes, na maioria das vezes, o grupo também tinha muita gente de saúde mental e a gente acabava mostrando para eles que eles tinham uma outra saída, para ficar bem, não necessariamente só o uso da medicação. Tem a academia carioca com a educadora física. A unidade oferece também o grupo do tabagismo que é uma orientação, tivemos diversos

usuários que pararam de fumar (ACS2).

A finalidade aqui, creio que é prover o bem-estar da população desse local de forma geral. Bem-estar de saúde mental, física e orientação psicológica (AVS).

Porque não é apenas a consulta que estava marcada com o acompanhamento, mas também o Agente Comunitário de Saúde S que vai, acompanha, visualiza a casa, traz o problema para gente, a gente discute o problema, vai ver qual a intervenção que a gente vai fazer a partir disso, então isso vai trazer melhorias para eles de qualidade de vida (ENF1).

Aqui a gente tem a linha de cuidado, ele se insere em alguma linha de cuidado, tem os procedimentos que a gente realiza que é curativo, imunização, coleta de exame e eletrocardiograma. A gente tem as atividades de ginástica com o educador físico que faz a atividade, são dois dias na semana (ENF1).

Essa clínica da família existe para promover a saúde, antes a gente não tinha isso. Foi um ganho para a comunidade (TECENF).

Hoje a gente está aqui com 90 e poucos por cento das vacinas em dia porque a gente consegue acompanhar, consegue orientar, dizer da importância. O paciente, ele é conhecido. Ele é uma pessoa que não é igual na Unidade de Pronto Atendimento que é só mais uma. Aqui você tem um vínculo com a sua equipe (TECENF).

Se tirar a clínica da família, as doenças vêm, porque essa comunidade, ela é pequena, mas tem muito esgoto entupido, as crianças ficam no valão, você tem que ficar brigando, sai daí menino, vou falar para sua mãe, entende? Se tirar hipertensão, muito idoso acamado precisa dos remédios, se tirar daqui isso aqui vai ser o caos. Por que nós trabalhamos para prevenção. Nós temos que cuidar antes que eles fiquem doentes para não serem encaminhados. É prevenção. (ACS3)

Atendemos hipertensão, diabetes, glaucoma, menstruação, pré-natal, problemas menstruais, problemas ginecológicos, saúde do homem. Todo acompanhamento de pressão, diabetes, exame de sangue de rotina, até acompanhamento de puericultura, de primeira infância, atestado para a escola, tudo é aqui. Não que a gente seja 100% resolutivo em tudo, mas a gente consegue atender a uma boa quantidade das demandas da população (MED).

Todos os profissionais contribuem muito para a clínica da família. O Agente Comunitário de Saúde vai até a casa do paciente, faz algumas visitas (ASG)

Fazemos a orientação da escovação também, porque eu acho que isso que você tem que debater, bater muito em cima, olha é 10% comigo, 90% com vocês depois em casa porque não adianta nada eu tratar tudo e vocês continuarem comendo bala, doce e chiclete porque vai arrancar as obturações todas que eu fiz (CD).

Apesar da Atenção Primária ter esse intuito de prevenção, de não deixar que o problema chegue ainda é muito difícil na cabeça da população aceitar que você pode prevenir muitas coisas. O que é que leva eles a terem dor de cabeça, o que eles podem fazer para não terem dor de cabeça (FARM).

É um pouco complicado fazer prevenção por esse sucateamento da Atenção Primária que a gente vive. Nosso papel é prevenir, não é só tomar o remédio (GERENTE).

O que eu acho importantíssimo aqui é o vínculo. Uma coisa que eu acho importante é o vínculo que as pessoas têm, que os profissionais têm com os pacientes e vice-versa. Você acha que não, mas a gente aprende muito com a população. A gente aprende muito como lidar, como cuidar (NASF-EF).

É a promoção do cuidado. O cuidar da saúde e a promoção do cuidado. Todos trabalham em conjunto para promover a saúde do usuário, com grupos educacionais e com consulta mesmo regulares, escutando (ACS4).

Os participantes destacaram a relevância da problematização com os usuários e comunidade sobre a produção do cuidado na APS com foco na promoção da saúde. Os ACS como mediadores de informações entre o território e o profissional de nível superior, possibilita

que determinadas situações e necessidades de saúde cheguem mais rápido ao conhecimento da equipe. Isso viabiliza a discussão dos problemas que podem afetar a saúde das pessoas e a busca de intervenções, com foco que avança para além do tratamento da queixa principal ou da doença em si, dirigindo um olhar também para os fatores condicionantes e determinantes da saúde como por exemplo, o saneamento, o cuidado com o lixo, o tratamento da água e a educação em saúde.

A percepção sobre como o estabelecimento do vínculo com o usuário é importante para a corresponsabilização com o cuidado em saúde também pode ser observada. Dentro da unidade de saúde o paciente é conhecido pelo nome, e não apenas por um número de leito como em uma unidade de pronto atendimento ou hospitalar. Apesar de na APS, as atividades também seguirem um rito, protocolos e fluxos, observa-se potência nos encontros e ações humanizadas capazes de contribuir para adesão às terapêuticas não farmacológicas, que se associam à mudança de estilo de vida. O conhecimento de aspectos individualizantes e ao mesmo tempo globais relacionados ao indivíduo, família, comunidade, assim como os fatores sociais e econômicos que dialogam diretamente com as necessidades de saúde são relevantes para a garantia do planejamento e desenvolvimento de medidas efetivas que contribuem para que a APS cumpra seu papel como promotora do cuidado em saúde.

A prevenção e o manejo dos casos de tuberculose, doença mundialmente considerada como problema de saúde pública e que no Brasil tem tratamento exclusivo vinculado ao SUS, é um exemplo de ação que reafirma o papel da APS como promotora da saúde. A ação de prevenção pode e deve envolver qualquer profissional de saúde e diante do diagnóstico da doença inicia-se todo um processo de cuidado permeado pelo trabalho multiprofissional, interdisciplinar e que seja capaz de mobilizar uma ampla rede social de apoio, que seja capaz de contribuir para a cura do caso, a contaminação dos contatos, o controle da doença e a intervenção sobre os fatores que contribuíram para o seu aparecimento¹⁶.

A atuação prescrita para os profissionais da APS, cuja base é multiprofissional e interdisciplinar, é potente para dar respostas às necessidades de saúde no curso da vida. Por exemplo, a diversidade dos profissionais da APS brasileira, com participação do ator ACS que detém conhecimento sobre a realidade territorial, contrapondo-se a limitação de médicos e enfermeiros da APS espanhola, é um dado que influi diretamente na organização da atenção voltada para promoção do cuidado. A atuação direta deste profissional pode contribuir para o conhecimento dos fatores determinantes e condicionantes da saúde que limitam a vida e por conseguinte a saúde, assim como, para que as pessoas, família e comunidade deem respostas

mais efetivas às ações implementadas, responsabilizando-se, inclusive neste processo. A APS promotora do cuidado diferencia-se dos demais pontos da RAS pela sua capacidade de reconhecimento das necessidades de saúde, resolutividade e eficiência na organização da atenção em saúde¹⁷.

Implicação dos profissionais para garantia da APS abrangente

A APS seletiva engloba um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento, o monitoramento de crescimento, a terapia de reidratação oral, a amamentação, imunização, a complementação alimentar, a alfabetização de mulheres e o planejamento familiar. A APS abrangente está comprometida com ações de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos que podem acometer às pessoas no curso da vida e prioriza estrategicamente as funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção¹⁸.

A APS, pela sua atuação de base territorial, acaba por concentrar em determinados municípios um número elevado de usuários e demandas, o que pode gerar sobrecarga para a equipe multiprofissional, impedindo-a de contemplar com integralidade todas as necessidades de saúde inerentes ao curso da vida. Nas falas dos profissionais, observa-se um esforço na tentativa de ruptura com uma oferta de serviços seletiva, pautada por vezes na atenção à demanda espontânea e na realização de procedimentos. A implementação de modelos de acesso distintos, ora pautada no agendamento programado, ora na livre demanda; a atenção individual contrapondo-se a necessidade verbalizada de ações grupais; a preocupação em reafirmar o papel da APS durante o acolhimento dos usuários, de tal forma que entendam o lugar que ela ocupa na RAS; e a inclusão dos usuários que buscam atendimento por questões agudas em linhas de cuidado a depender do curso da vida; e o relevo para ações de vigilância em saúde em detrimento de atividades curativas aparecem como estratégias coletivas que visam contribuir para uma APS abrangente.

A cirurgiã dentista fala a respeito da saúde bucal. Trabalha com as gestantes, com as gestantes para orientar a respeito do pré-natal, depois do parto a mesma coisa. Tem todas as orientações para as mães em relação ao aleitamento materno. De como cuidar do bebê e os médicos em geral de como cuidar da saúde com relação a alimentação e exercícios físicos. Os agentes de saúde até os técnicos de enfermagem, eles também fazem a visita, eles também vão e visitam e orientam os pacientes (ADMI).

Tem pessoas que ainda sentem uma dificuldade de entender o que a gente faz, vem para o atendimento, achando que estão vindo para o hospital. Então, primeiramente, eu acho que antes do paciente se entender, a gente precisa

se entender como rede, por que o que é que adianta a gente não se entender, se não o paciente fica para lá e para cá e começa a perder a confiança no nosso trabalho, eles vão falar que a gente não sabe o que temos que fazer (ENF1).

Se o paciente esteve aqui na unidade e ele não teve um momento de escuta, ele pode se educar a ser dessa mesma forma e não compreender o nosso papel porque a gente não está dando conta de demonstrar com o nosso trabalho, nossa forma de acolher (ENF3).

Vou falar do meu trabalho com dentista. Eu atendo muita demanda e atendo os marcados. Verde, é que eu sei que é uma limpeza, amarelo tem um pouquinho de obturação e extração e vermelho é que tão com a bomba dentro da boca que explodiu e que precisam muito (CD).

Eu acho que a população ela está tão carente, tão necessitada de cuidado e a gente não está dando conta de fazer porque as equipes estão encharcadas, é muito cadastrado, deveria ter uma população menor para cobrir que a gente não consegue atuar no processo de saúde-doença para que a doença não evolua e agrave, não tonifique (GERENTE).

Com a consulta, você até consegue criar um vínculo, mas acho que com o grupo você consegue ir um pouco mais, você consegue conhecer melhor o paciente, você consegue falar para todos. É uma forma também de você conseguir cativar as pessoas, entende? Você acaba caindo nos braços da população (NASF-EF).

Os profissionais destacam que a falta de informação a respeito das atribuições específicas de cada categoria, assim como as gerais e de competência de toda equipe acabam por repercutir nas ações cotidianas, na medida que os usuários ao acessarem determinados profissionais/serviços na APS, podem ser encaminhados para outros profissionais/serviços, pelo simples desconhecimento de que poderia ter a resposta a partir daquele profissional/serviço que acessou primeiro. Para a garantia de uma APS abrangente faz-se necessário o conhecimento sobre a capacidade resolutiva dos profissionais, do coletivo e dos serviços que estes podem acionar para dar conta da globalidade das questões que podem envolver o cuidado em saúde nas diferentes linhas de cuidado.

Na APS a existência de um acolhimento compartilhado, do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade por si só não são vistos pelos participantes como elementos capazes de contribuir para inclusão dos usuários com dificuldade de acessar às ações de saúde, ampliação do escopo das ações e resolutividade. Por vezes, o mesmo usuário consegue atenção, quando outros estão à margem na RAS. Isto, sinaliza a necessidade de reflexão sobre o papel seletivo que a APS pode estar desempenhando no território e a dificuldade que enfrenta para gerenciar o cuidado em todos os ciclos de vida.

Na identificação das dificuldades que podem ser enfrentadas na APS e que são fatores para sua abrangência, a temática vai além da unidade de saúde em si, envolvendo questões políticas e gerenciais, tais como financiamento insuficiente, frágil estrutura física das unidades de APS, barateamento de determinados serviços pelos planos privados de saúde, formação profissional para o SUS que destoa do modelo de APS abrangente, precarização do vínculo

profissional e desenvolvimento de ações pelo setor saúde de forma isolada (quando da exigência de atividades intersetoriais)¹⁵.

Cabe refletir que apesar do avanço na APS ter ocorrido no Brasil a partir da Região Nordeste um estudo comparativo identificou que esta possui 7% de médicos, 7% de enfermeiros, 13% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 73% de outros profissionais, quando comparada com a Região Sul que possui 12% de médicos, 10% de enfermeiros, 22% de técnicos e auxiliares de enfermagem e 56% de outros profissionais¹⁹. A dificuldade de fixação de determinados profissionais no Nordeste não é uma exclusividade e acomete outras regiões do País. Isso, em associação com os outros fatores apontados podem acarretar numa cesta de oferta de serviços incipiente, dificultando a atuação da APS de forma abrangente.

A organização dos serviços da APS, de maneira que se consiga atender as demandas de forma que a longitudinalidade do cuidado seja respeitada, os problemas de saúde mais recorrentes tenham desfechos favoráveis à manutenção da saúde da população, evitando as situações de aumento de doenças crônicas e agravamentos como internações por doenças evitáveis, são implicações que contribuem para a efetiva abrangência da APS com fortes garantias de acesso e utilização dos serviços²⁰.

Outro ponto importante relacionado a essas implicações é a agenda da equipe que precisa estar organizada para atender aos diferentes cuidados já citados neste estudo e precisa incluir a atenção à saúde em ambiente domiciliar. A ida ao domicílio, também conhecida como visita domiciliar permite a aproximação com os hábitos, fortalece os vínculos, ajuda na identificação dos fatores de risco aos quais aquela família/população está exposta e permite o planejamento de ações mais próximas à realidade²¹.

Tipologia das ações/serviços ofertados e APS abrangente

A APS por ser o nível de atenção à saúde preferencial para a entrada do usuário no SUS, tem como responsabilidade ofertar serviços que ultrapassam os limites da clínica²². Dentre as ações/serviços, nota-se que além dos que estão voltados para atenção curativa, como consultas, triagem e procedimentos, existem atividades com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, como imunização, visitas domiciliares e grupos de promoção da saúde. Ocorre que, apesar dos usuários acessarem estas ações/serviços com facilidade, não se pode afirmar que a simples utilização contribui para vinculação dos mesmos às respectivas equipes de referência, análise e conhecimento dos reais motivos que os levaram a buscarem pelas ações/serviços e que obtiveram respostas positivas para às necessidades de saúde que apresentavam.

Aqui a gente tem a linha de cuidado, ele se insere em alguma linha de cuidado, tem os procedimentos que a gente realiza que é curativo, imunização, coleta de exame e eletrocardiograma. A gente tem as atividades de ginástica com o educador físico que faz a atividade, são dois dias na semana (ENF1).

Os atendimentos que os médicos sempre têm, mensalmente e os agentes de saúde, eles são importantes também, em relação a isso, porque eles, eles geralmente vão nas casas dos pacientes, eles visitam, eles fazem as visitas domiciliares, eles conversam com os pacientes e falam a respeito do que é feito na unidade, dos tratamentos (ADM1).

Aqui tem vacinas, consultas de meses em meses dependendo da linha de cuidado (ADM2).

É todo um começo, primeiro a gente cadastra, no cadastramento ele vai passar no atendimento, na consulta com a enfermeira, depois a enfermeira vai encaminhar para o médico. Então, tudo isso é uma sequência de explicações que a gente vai dando e com o tempo é que eles vão aprendendo. Aqui tem o educador físico, que algumas pessoas vêm para fazer a ginástica, fazer o acompanhamento. Tem o enfermeiro que faz toda a parte ginecológica (ACS1).

Tem também a questão da medicação, a questão do atendimento, uma consulta completa. Uma consulta marcada onde o médico vai fazer a escuta das diversas necessidades. Tem aqui também a academia carioca com a educadora física, apesar do nosso espaço ser pequeno, mas nós temos a educação física, então isso acaba motivando também esses usuários que vêm para fazer atividade da academia carioca. Eles vêm à unidade e não tem só o atendimento com médico, enfermeiro, a receita e o remédio (ACS2).

Por exemplo, os serviços aqui são ligados à saúde como tratamento dentário, que é uma coisa de muita utilidade, tratamento ligados a ferimentos, a pessoa se machucou tem pessoas que vão fazer o curativo, trocar curativo de pessoas que têm certas doenças que tem que está trocando os curativos constantemente, atendimento de clínico geral, atendimento de enfermagem, atendimentos à mulheres, atendimento psicológico, atendimento social porque aqui tem assistente social, aqui tem educador físico, então são muitas as formas de ajuda que uma unidade de Atenção Primária como esta coloca à disposição da população (AVS).

Porque não é apenas a consulta que estava marcada com o acompanhamento, mas também o Agente Comunitário de Saúde que visita, acompanha, traz o problema para gente, a gente discute o problema para trazer melhorias para eles e qualidade de vida (ENF1).

O povo deixava lixo bem aqui próximo a unidade, aqui no estacionamento, então a gente começou a fazer uns processos de intervenção, colocamos plantas ali, plantas aqui ao redor, tudo isso para poderem parar de deixar lixo em qualquer lugar. É um cuidado muito maior, de educação. A gente também faz as atividades na escola (ENF1).

Aqui tem interconsulta com a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, eu usava muito e a psicóloga, porque aqui tem muito caso de saúde mental (ENF2).

Atendemos hipertensão, diabetes, glaucoma, menstruação, pré-natal, problemas menstruais, problemas ginecológicos, saúde do homem. Todo acompanhamento de pressão, diabetes, exame de sangue de rotina, até acompanhamento de puericultura, de primeira infância, atestado para a escola, tudo é aqui (MED).

A gente faz atendimentos eletivos de consulta marcada, de clínica médica, de puericultura, de pré-natal, de saúde da mulher, de saúde do homem, de saúde do idoso. Temos atendimento médico, temos o atendimento das enfermeiras e temos o atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (MED).

Temos farmácia, temos medicamentos gratuitos. Temos aparelho de eletrocardiograma, temos. Enfim, acho que a gente tem tudo para uma consulta completa no que tange a saúde primária, não temos muito recurso tecnológico, nem específico do que foge às consultas de clínica médica (MED).

Observa-se que as ações/serviços que a unidade disponibiliza no cotidiano de suas práticas são voltados para atenção individual e coletiva e envolvem aspectos atrelados à promoção da saúde, prevenção de doenças, atividades curativas e até reabilitadoras. A depender

da tipologia de ação/serviço ofertado, o disparo para a utilização pode ocorrer a partir da atenção dispensada pelos profissionais aos usuários ou por procura do próprio. Observa-se na fala dos participantes que a unidade possui uma variedade de ações/serviços capazes de serem acionados na atenção em saúde nas diferentes linhas de cuidado. No entanto, não está claro como estas ações/serviços contribuem para a garantia de acesso dos usuários, inclusão dos mesmos nas linhas de cuidado, diminuição da equidade em saúde e longitudinalidade.

É possível identificar na fala dos entrevistados, que a APS dispõe de uma gama de serviços voltados ao cuidado individual e coletivo do usuário, família e comunidade, o que pode favorecer a integralidade da atenção durante o atendimento às diferentes linhas de cuidados e ampliar a capacidade de resolução nos atendimentos. No entanto, não está claro nos discursos dos profissionais se as ações/serviços são utilizadas em resposta às necessidades de saúde, diante da atenção aos quadros agudos; ou se são acionados a partir da análise do perfil epidemiológico e dos determinantes e condicionantes de saúde. Apesar dos serviços serem utilizados apenas como ferramentas para atenção à queixa-conduta, estas ações/serviços que são tão potentes para contribuir para abrangência e reconhecimento da APS, podem ser capazes de transformá-la num espaço, cuja atenção em saúde dispensada é traduzida em outros pontos da RAS, como por exemplo, Unidade de Pronto Atendimento ou Serviço Ambulatorial. Na prática, na APS as ações/serviços existentes devem apoiar os projetos terapêuticos singulares e coletivos que permeiam o cuidado dos usuários e famílias, assim como, devem ser utilizados como parâmetro para avaliar a adesão às propostas de intervenção que foram elaboradas²³.

Na APS o usuário recebe o atendimento na presença de sinais e sintomas indicativos de quadros agudos (o que na prática caracteriza a demanda espontânea) ou acessa o serviço a partir do agendamento prévio de consultas ou procedimentos. Nos dois casos a produção do cuidado é guiada por protocolos e fluxos, cujo objetivo é direcionar o processo de trabalho e a atenção às necessidades de saúde identificadas. No entanto, cabe salientar até que ponto os protocolos e os fluxos instituídos na prática (que também compõem a oferta de serviços da unidade da APS) são utilizados para uma atenção coordenada, pautada na integralidade e que seja capaz de reverberar uma APS abrangente²⁴.

Não se pode perder de vista, que na RAS a APS desenvolve um papel informacional, quando clarifica para a população a tipologia de serviços que possui, como podem ser utilizados, que outros existem na RAS e de que forma podem ser acessados pelos usuários. De igual forma, a educação em saúde – serviço essencial neste ponto da RAS – envolve processos

permeados pela difusão da informação e circulação do conhecimento, que podem repercutir diretamente na melhoria e na qualidade de vida das pessoas, família e comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação dos profissionais de saúde em instrumentalizar a população quanto ao uso dos serviços ofertados pela APS surgiu em vários momentos, demonstrando que não basta apenas garantir o acesso, mas sim destacar a relevância do equipamento para o território, até mesmo porque a unidade de APS é a referência para comunidade para atendimentos que são classificados como basais, de urgência e de emergência.

A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade emergiram com destaque na pesquisa, pelo fato de a partir das falas dos profissionais ser possível observar que o cuidado nas diferentes linhas de cuidado é construído pelo olhar de diferentes áreas da saúde, o que contribui para atenção às demandas de saúde de forma abrangente, ruptura do modelo centrado na doença e na medicalização e fortalecimento das ações e serviços da APS.

Como limitação do estudo, está o fato de que de sua realização concentrar-se em apenas uma unidade de APS, o que pode não representar uma unanimidade sobre as percepções, tendo em vista que o País possui diferenças culturais, regionais e estruturais que podem ter impacto direto sobre a atenção às necessidades de saúde e produção do cuidado. No entanto, os resultados contribuem para disparar novas reflexões sobre o papel e a relevância da APS na Rede de Atenção à Saúde.

Por fim, destaca-se a necessidade de realização de novos estudos que venham a contribuir para o fortalecimento da compreensão e percepção dos profissionais de saúde sobre a APS na Rede de Atenção à Saúde, o reconhecimento da potência deste nível de atenção para o atendimento das demandas advindas das necessidades de saúde da população, resultando na produção de cuidado consciente e efetivo e na qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

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

2. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao-1.pdf>.
3. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Filho RMS. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. Saúde e Sociedade. 2016; 25(2):320-335. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>.
4. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, Campos SEM, Mota PHS. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. Cad. Saúde Pública. 2019; 35(supl2): e00099118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>.
5. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Cad. Saúde Pública. 2020; 36(8): e00149720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
6. Geremia DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020; 30(1): e300100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>.
7. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc. Saúde Colet. 2020; 25(4):1475-1482. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
8. Araújo MCMH, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(8):3359-3370. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.04032020>.
9. Bohusch G, Acioli S, Rafael RMR, Mello AS, Roza J, Silva HCA. Enfraquecimento da prática dos enfermeiros de oferecer acesso no mesmo dia na atenção primária. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2021; 42: e20200314. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314>.
10. Pachá P, Moreira LVC. Entrevista narrativa como técnica de pesquisa. Synesis. 2022; 14(1):157–168. Disponível em: <https://seer.ucp.br/seer/index.php/synesis/article/view/2127>.
11. Sousa JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. Pesquisa e Debate em Educação. 2020; 10(2):1396–1416. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
12. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate [online]. 2018; 42(1):244-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
13. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. Trab. educ. saúde [Internet]. 2022; 20: e00616190. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>.

14. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020; 25(5):1799-1808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
15. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5):1499-1510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
16. Azevedo MAJ, David HMSL, Marteleto RM. Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença. *Saúde debate* [Internet]. 2018; 42(117):442-454. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811708>.
17. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020; 29(2): e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.
18. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde em Debate* [online]. 2018; 42(spe1):434-451. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130>.
19. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien. Saúde Colet.* 2006; 11(3):669-681. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v11n3/30982.pdf.
20. Sousa ANA, Shimizu HE. Integrality and comprehensiveness of service provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018). *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(2):e20200500. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>.
21. Gasparini MFV, Furtado, JP. Longitudinality and comprehensiveness on the more doctors program: an evaluative study. *Saúde Debate*. 2019; 43(120):30-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>.
22. Souza KOC, Ribeiro CJN, Santos JYS, Araújo DC, Peixoto MVS, Fracolli LA, Santos AD. Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no nordeste brasileiro. *Acta paul enferm* [Internet]. 2022; 35: eAPE01076. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO010766>.
23. Báfica ACMF, Gomes AMB, Siqueira EF, Souza JM, Paese F, Belaver GM, Rosinski TC, Brasil VP. Atenção primária à saúde abrangente: ampliando acesso para uma enfermagem forte e resolutiva. *Enferm. Foco*. 2021; 12(Supl.1):61-6. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-12-s1-0061/2357-707X-enfoco-12-s1-0061.pdf.
24. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, Medina MG. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*. 2020; 44(4):161-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.