CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE: O ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES COMUNITÁRIAS¹

**Aléxia Cardozo Scherer², Letiére Silveira Cardoso³, Leticia Silveira Cardoso⁴,
Cynthia Fontella Sant Anna⁵, Valdecir Zavarese da Costa⁶, Marta Regina Cezar-Vaz⁷**

¹ Pesquisa Institucional desenvolvida no Grupo de Pesquisa do Laboratório de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

² Acadêmica do Curso de Graduação em Educação Física da UNIPAMPA/Uruguaiiana, alexiacscherer@hotmail.com - Uruguaiiana/RS/Brasil.

³ Estudante do Curso Técnico em Enfermagem do SENAC/Uruguaiiana, letierepe@gmail.com - Uruguaiiana/RS/Brasil.

⁴ Professora, Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem (UNIPAMPA/Uruguaiiana), leticiacardoso@unipampa.edu.br - Uruguaiiana/RS/Brasil.

⁵ Professora, Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem (UNIPAMPA/Uruguaiiana), cynthiasantanna@unipampa.edu.br - Uruguaiiana/RS/Brasil.

⁶ Professor, Doutor em Educação Ambiental, Curso de Enfermagem (UFSM/Santa Maria), valdecir.costa@ufsm.br - Santa Maria/RS/Brasil.

⁷ Professora Orientadora, Doutora em Filosofia da Enfermagem, Curso de Enfermagem (FURG), mrcezarvaz@gmail.com - Rio Grande/RS/Brasil.

Resumo

Introdução: cuidados primários em saúde caracterizam-se como pilares do trabalho da enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. **Objetivo:** compreender como o trabalho da Estratégia Saúde da Família atende as necessidades comunitárias. **Metodologia:** estudo realizado com 128 participantes, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas e observações sistemáticas e não participantes. Analisado qualitativamente a partir dos princípios norteadores dos cuidados primários em saúde: compreensividade, orientação à pessoa, continuidade e regularidade. **Resultados:** a compreensividade dos cuidados produziu-se pelo acesso à informação nas visitas domiciliares. A orientação à pessoa pelo acesso ao atendimento clínico profissional individual e coletivo. A continuidade pelo acesso ao atendimento de especialistas. A regularidade pelo acesso às ações de trabalho da própria Estratégia Saúde da Família. **Conclusão:** o acesso, por meio dos cuidados primários em saúde, representa o elemento central do atendimento as necessidades comunitárias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Participação Comunitária; Enfermagem.

Introdução

A compreensão da saúde na perspectiva socioambiental contempla da atenção primária em saúde que se traduz no trabalho profissional de intervenção preventivista e curativista. A agregação do termo 'ambiental' representa a perspectiva de desenvolvimento sustentável das comunidades para o alcance do bem estar pela satisfação das necessidades corpóreas, pelo próprio fortalecimento interacional entre as pessoas e o ambiente natural. Desta forma, prevê o manejo e a utilização dos recursos comunitários para fazer a diferença na saúde comunitária (SAVA; CAMPONOGARA, 2017).

Diante dos elementos que se articulam para expressar a saúde comunitária se elencam os cuidados primários em saúde como parte do processo de trabalho da enfermagem. Eles referem-se à longevidade interacional dos profissionais com a comunidade para garantir o acesso a informações, as diferentes possibilidades de uma comunidade obter o atendimento de necessidades, a assistência qualificada e especializada e, as ações em saúde (OMS, 2008).

O acesso a informações imbrica em autonomia para a tomada de decisão da comunidade em relação às suas ações e as dos profissionais da saúde. Ele permite ainda o desenvolvimento de um diálogo recíproco caracterizado como compreensivo ao denotar o estabelecimento da confiança na relação interpessoal em constante consolidação (RABELO; BUENO; ANDRADE, 2018).

Constância que se fortalece na diversidade do atendimento profissional da Estratégia Saúde da Família em que as ações promovidas estão orientadas pelas características comunitárias (SIMAS; PINTO, 2017). Orientação que implica em cumprir metas de cobertura e que produz um processo de negociação para o acesso comunitário, no qual a comunidade apresenta suas necessidades e obtêm respostas (GUIMARÃES; GRANIER, 2017).

Respostas que se associam a continuidade do atendimento das necessidades comunitárias específicas. Associação que propulsiona a compreensão dos cuidados primários como bem mais do que a redução do tempo de espera ou a adequação das horas do próprio atendimento profissional. Mas como o acesso a rede de serviços que garante a resolutividade das necessidades da comunidade (OMS, 2008).

Resolutividade marcada pela diretriz de intersectorialidade do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990). Mais especificamente no princípio referência e contrarreferência da Estratégia Saúde da Família, que fortalece a regularidade de acesso da comunidade. Regularidade fortalecida pelo princípio de territorialização que define uma área geoespacial

e um número de famílias como prioridades para o planejamento e desenvolvimentos das ações dos profissionais dessa estratégia (BRASIL, 2017).

Com base na descrição dos princípios norteadores dos cuidados primários em saúde: compreensividade, orientação à pessoa, continuidade e regularidade, este estudo foi elaborado com o objetivo de compreender como o trabalho da Estratégia Saúde da Família atende as necessidades comunitárias.

Metodologia

Estudo exploratório-descritivo e analítico (FLICK, 2009), realizado em 03 municípios adstritos à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Selecionado a partir dos seguintes critérios: estar adstrito ao território de cobertura da Estratégia Saúde da Família, desenvolver atividades no mínimo há seis meses e não se configurar em um grupo de atendimento a patologias preconizadas ministerialmente.

A população do estudo compôs-se por 128 sujeitos, dos quais 70 são participantes de grupos comunitários organizados: 35 artesãs, 17 moradores, 08 conselheiros locais de saúde, 05 pescadores e 05 recicladores de resíduos sólidos. Lotados respectivamente em 05 grupos de artesãs, 04 de moradores, 02 Conselhos Locais de Saúde, 01 de pescadores e 01 de reciclagem, totalizando 13 grupos. E, 58 são profissionais da Estratégia Saúde da Família: 25 agentes comunitários, 12 auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiros e 10 médicos.

A coleta de dados sustenta-se nas técnicas de entrevista semiestruturada gravada e observação sistemática, não participante, pública e em situações naturais produzidas por dois pares de pesquisadores para evitar tendenciosidade (DUARTE, 2009), totalizando 116 horas, em média de 9 horas e 30 minutos por grupo.

Aplicou-se análise qualitativa de conteúdo (SILVERMAN, 2009) com a utilização do software NVivo versão 10.0 construindo-se as categorias teórico-empíricas: **A compreensividade no acesso à informação, A orientação dos cuidados às pessoas no acesso individual e/ou coletivo, A continuidade pelo acesso a assistência específica e, A regularidade do acesso comunitário as ações de trabalho da Estratégia Saúde da Família.**

Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, parecer n. 52/2008 e, das instituições coparticipes, as secretárias municipais de saúde. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante e o seguinte código para identificação dos dados e garantia do anonimato dos participantes: M (município), G (grupo), E (entrevista) ou O (observação).

Resultados

A apresentação dos dados se caracteriza pela inclusão dos relatos dos participantes e das observações simultaneamente em mais de uma categoria, ou seja, de modo não excludente.

A compreensividade no acesso à informação

Do conjunto de 128 entrevistados, houve 86 (67,18%) referências à compreensividade dos cuidados produzidos pelo trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família, evidenciados pelas visitas domiciliares em 51 referências (59,30%), em ações-intervenção pautadas no diálogo, 18 (20,94%) e nos procedimentos realizados em domicílio, 17 (19,76%).

Visitas domiciliares que para os agentes comunitários de saúde representam o acesso ao atendimento médico a domicílio, *“(...) a gente [agente comunitário de saúde] vai às casas das pessoas não é, então os velhinhos tem atendimentos do médico nas suas casas”* (M01_G02_E14) e, as informações e procedimentos de competência dos demais membros da equipe. Estas últimas ilustram também as referências dos enfermeiros, *“A puérpera veio, está com três dias e está com dificuldade da pega, tu vais lá, sentas, explicas, ajudas, depois tu voltas no outro dia”* (M01_G06_E32). Para os médicos possibilita a avaliação pré-cirúrgica, *“Acho que as visitas domiciliares tranquilizam, deixam a população segura, pra ti poder fazer uma cirurgia sabendo que alguém vai te cuidar, ou de poder tomar uma decisão, com relação a sua saúde, sabendo que não vai estar sozinha”* (M01_G12_E58) e, para os técnicos de enfermagem a visualização do contexto familiar.

Para o conjunto dos cinco tipos diferentes de grupos comunitários as visitas domiciliares ampliam o acesso a informações de fins preventivos e curativos. *“Pedindo para eles [equipe], atendem. Os agentes atendem, vão a casa e agendam, e o que tu pedes, ele traz para o posto e tenta agendar”* (M01_G10_E61). *“(...) se tu tens um exame marcado, eles pegam resultado do exame (...). Eles vão à tua casa te avisar quando é que tem que comparecer na consulta”* (M01_G01_E03). *“Porque as visitas previnem as jovens a não ficarem grávidas cedo, previne os idosos sobre as doenças que atingem”* (M03_G09_E46).

As observações confirmam os relatos da realização de um atendimento clínico e educativo na comunidade, em que o primeiro demarca as ações dos diferentes profissionais e o segundo congrega o trabalho em equipe. *“Participante V pergunta para ACS se a médica está na unidade. Ela diz que sim e participante V diz: - Não posso sair sem falar com ela. A ACS responde: - Ela está atendendo, tem que aguardar”* (M01_G03_O27). *“ACS Li fala para a mãe do menino de dois anos: Ao contrário do que estás falando, é melhor dar para a criança o chocolate preto, porque o branco é mais doce e tem mais gordura”*

(M01_G02_O13).

A orientação dos cuidados às pessoas no acesso individual e/ou coletivo

Houve 77 (60,15%) referências à realização de cuidados orientados às pessoas pelo acesso ao atendimento clínico profissionais individual em 40 (51,95%) referências; ao coletivo, atividades em grupo, 33 (42,85%); outras atividades de lazer, 03 (3,90%) e de aquisição de renda, 01 (1,30%).

Para agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos as consultas são a principal forma de atendimento as necessidades da comunidade, particularizado em procedimentos para os técnicos de enfermagem. *“Atende assim através de consultas médicas, de Enfermagem, atendimento de procedimentos de técnico de enfermagem, todos esses”* (M01_G11_E51). *“As necessidades para eles é atendimento médico, não é, (...)”* (M01_G03_E19).

“(...) de várias formas, consulta médica, quando necessário, consulta de enfermagem, atendimento de enfermagem sempre (...), entendeu” (M01_G12_E58). *“Atende as necessidades de vacinação, uma das formas que creio (...)”* (M01_G04_E21).

Tais dados são ratificados pelos grupos de artesanato, de conselheiros e de recicladores de resíduos sólidos. *“(...) meu esposo mesmo que é hipertenso ele vai ao posto, ele mede pressão, vê o açúcar dele se não está muito alto, até remédio eles dão (...)”* (M01_G05_E28). *“É através das consultas e das visitas dos agentes de saúde, essas duas”* (M01_G10_E51). *“Vou ali e tiro ficha não é. Tiro ficha aí, marco pro médico aí tal dia o médico está ali pra atende”* (M01_G10_E57).

As atividades em grupo são referidas como ambientes coletivos por toda a equipe da Estratégia Saúde da Família. Enfermeiros e médicos mencionam sua contribuição para promoção da saúde mental.

O melhor exemplo é esse grupo de convivência. Nós percebemos que na nossa comunidade tinham muitas pessoas deprimidas, muitas pessoas vinham no posto, chorando ou falando comigo ou com o médico, pedindo um remédio (M01_G07_E37).

Geralmente mulheres, que ficavam sozinhas em casa ou idosas, que ainda não estavam em depressão, mas estavam mostrando sinais de que daqui a pouco, se não tivesse uma convivência, outro ambiente pra troca informações, pra se diverti, pra ter lazer, acabariam entrando em depressão (M01_G03_E17).

Fragmentos observacionais registrados salientam as necessidades das pessoas como foco do planejamento, programação e ação/intervenção da equipe. Necessidades

marcadas pelo acesso ao atendimento individual ou coletivo e a terapêutica medicamentosa. *“Participante L diz que a morador G veio reclamar da dificuldade de conseguir agendar atendimento médico na unidade da CB e diz que irá conversar com a burocrata”* (M03_G10_O69).

A continuidade do cuidado pelo acesso a assistência específica

Houve 31 (24,21%) referências a continuidade dos cuidados em saúde à comunidade adstrita a Estratégia Saúde da Família. Expressa pelo acesso a especialidades clínicas em 11 (35,49%) referências dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e artesãos e moradores.

“(...) os crônicos que participam dos grupos eles têm uma ficha (...) para serem monitorados, e mais todo o atendimento clínico que se faz, desde uma unha encravada até atendimento de casos mais graves onde são encaminhados para os especialistas (M01_G05_E25)”.

“Consultas pra especialistas, exames caríssimos que eles têm acesso, tudo isso é o posto que oferece” (M01_G05_E27). *“(...) se tem que ir pro especialista é feito o agendamento, é referência e contrarreferência, não precisam ficar nas filas correndo mais lá, como eles viviam”* (M01_G02_E10).

“Encaminham pro hospital a pessoa que está doente ou se a pessoa chega aqui e há necessidade de baixar, eles [profissionais] conseguem uma condução (...)” (M01_G04_E23). *“(...) as agentes elas encaminham (...) é a saúde quem faz, os médicos especialistas, essas coisas todas”* (M03_G08_E45).

Pelo (re)conhecimento socioambiental, 09 (29,03%) por toda a equipe de profissionais da saúde. *“(...) é um trabalho em que nós entramos no ambiente da família (...) na moradia que a gente sabe os problemas, os conflitos que ocorrem dentro da família, a gente sabe as condições que essa família vive”* (M01_G05_E29).

(...) as pessoas precisam muito mais carinho, principalmente, o essencial, carinho, atenção, a recepção, tu recepcionar as pessoas assim sabe de uma maneira que elas já se sintam, chego, assim de repente tu não pode sanar essa dificuldade dela, mas tu dá um carinho pra ela, tu dá um acolhimento que ela vai pelo menos (M01_G03_E18).

Pelo acompanhamento clínico para agentes comunitários e médicos e busca ativa para os agentes comunitários de saúde, os técnicos de enfermagem e artesãs, 05 (16,13%) e; pelo encaminhamento das demandas à coordenadoria municipal, 01 (3,22%).

“Na prevenção, no acompanhamento das famílias (...) ele sabe tudinho, eu tomei uma cefalexina, eu tomei qualquer outra medicação, tem um acompanhamento, tem em todos os bairros, tem respaldo, o acompanhamento e no nosso também” (M01_G02_E07). “Elas [agentes comunitárias de saúde] que trazem informações das necessidades das famílias e a gente [equipe de saúde], dependendo a gente conversa e vai buscar, vai no domicílio” (M02_G09_E44).

As observações revelam as problemáticas de acesso a especialidades em saúde em decorrência do tempo de agendamento.

A Enfermeira Cr diz para ele [participante J]: “106 consultas desde o primeiro de janeiro e não foram feitas, foram pagas e as pessoas não foram”, especifica por especialidades e valores: “R\$ 9.421.00”, participante diz: “Perdido”, e enfermeira: “Perdido” (M01_G04_O71).

A regularidade do acesso comunitário as ações de trabalho da Estratégia Saúde da Família

Houve 54 (42,18%) referências de entrada regular, ou seja, de acesso ao trabalho da Estratégia Saúde da Família em 28 (51,85%) referências com representantes de todos os diferentes participantes investigados.

“Olha eu acho que quando a gente faz os grupos de prevenção facilita o acesso como a gente facilitou, por exemplo, nesse grupo de caminhada” (M01_G11_E50). “(...) o acesso mais rápido e mais fácil ser atendido na unidade do que no centro, a nível hospitalar” (M02_G09_E45). “Olha elas fazem a reunião a gente participa, elas nos chamam também, a gente participa e vê o que está acontecendo” (M01_G10_E48).

A terapêutica medicamentosa, 08 (14,82%) referida pelos agentes comunitários de saúde, pelas artesãs e pescadores. *“Essa coisa da doação de medicamentos pra comunidade, através dos postos acho que uma maneira que ajuda também” (M01_G05_E32).*

A contraposta tem-se o desconhecimento sobre a dinâmica de atendimento, 06 (11,11%) referida pelos enfermeiros, conselheiros de saúde e moradores. *“(...) eles não atendem a comunidade, eles atendem as necessidades dos bairros deles, no caso. Por que como a área V tem o PSF, o pessoal do meu bairro não pode ir até o posto da V pra ter uma consulta” (M03_G09_E46)*

Tem-se ainda neste conjunto 07 (12,97%) referências, de técnicos de enfermagem, conselheiros e pescadores, ao não atendimento das necessidades comunitárias pelo

trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e, outros 05 (9,25%) referiram ainda não saber sobre este trabalho, representantes das artesãs, dos conselheiros de saúde e dos pescadores.

“A gente não atende. (...) a demanda é grande de consultas, tem pouco número de consultas e muita gente para a consulta” (M01_G03_E18). “o exemplo que eu te falei da própria [agente comunitária de saúde], que passa ali em casa, ela passa hoje daqui a cinco, seis dias ela passa de novo, se passar. Demora muito a retornar no domicílio” (M01_G04_E64). “Essas perguntas é que eu não sei te responder (...) a minha participação é muito pouca” (M01_G04_E66).

As observações do trabalho da Estratégia Saúde da Família indicam as atividades em grupo como um elemento agilizador do atendimento as necessidades humanas. Agilizador por viabilizar o acesso dos profissionais as medidas clínicas da comunidade e para esta por garantir o controle das taxas glicêmicas e pressóricas e, das medidas antropométricas, bem como dos insumos de controle domiciliar.

“ACS [agente comunitária da saúde] diz a auxiliar de enfermagem e para outra ACS que duas mulheres vieram para fazer o “grupo de mulheres” [planejamento familiar] (...) Vieram duas mulheres pegar pílula e ACO” (M01_G07_O43).

Discussão

O atendimento das necessidades comunitárias pelo trabalho da Estratégia Saúde da Família baseado na sustentação teórica dos cuidados primários em saúde eclode na definição de acesso para a garantia da longevidade interacional. Acesso caracterizado como compreensivo na realização de ações em domicílio. Enfatizado a partir das visitas domiciliares, cujas permitem ao profissional investigar a relação do ambiente no estabelecimento ou manutenção da saúde.

As visitas domiciliares representam uma das inovações do trabalho da Estratégia Saúde da Família que contribuiu expressivamente para o planejamento das diferentes ações da equipe (PIEADA; SANTOS; HADDAD, 2021). Elas são mais do que o simples desenvolvimento da clínica curativista em um ambiente diferente, são a oportunidade de construção de uma relação dialógica entre profissional e comunidade (FERREIRA; RAMOS; TEIXEIRA; MONTEIRO; AGUIAR, 2021).

Dialogicidade permeada por maior segurança da comunidade para expressar-se em decorrência do domínio ambiental. Domínio condicionante da reciprocidade do diálogo e que revela especificidades do núcleo familiar para com o modo de produzir e manter a

saúde (NIVESTAM; WESTERGREN; PETERSSON; HAAK, 2021).

A compreensividade dos cuidados primários em saúde ao construir reciprocidade imbrica em continuidade da atenção. Associação que pode estar interferindo para a ampliação do acompanhamento das famílias. Acompanhamento que atende as necessidades comunitárias ao ser caracterizado como orientado às pessoas pela realização de ações individuais e coletivas.

As consultas médicas e os procedimentos são referidos como o principal atendimento as necessidades comunitárias, marcando a individualidade das ações e a manutenção biologicista do modo de produzir saúde (CARDOSO; LANA; SANT'ANNA; BUSANELLO; COSTA; CEZAR-VAZ, 2020). Por outro lado, as ações realizadas em coletivo, atividades em grupo, configura proposição ministerial para o atendimento de prioridades clínicas, os crônicos e aqueles em períodos especiais do ciclo reprodutivo (BRASIL, 2017).

A existência das atividades em grupo apresenta tendência crescente, igualmente ao acesso das ações individuais. Situação revelada como ação da enfermeira mediada por um processo de negociação profissional-comunidade, no qual a primeira objetiva a manutenção dessas atividades e a cobertura no atendimento e a segunda a agilidade no acesso a outros níveis de atenção ou mesmo recursos materiais (GUIMARÃES; GRANIER, 2017).

O conjunto dos objetivos do processo de negociação na Estratégia Saúde da Família, mais do que sustentar o acesso comunitário aos serviços locais de saúde, promove o bem estar das pessoas pelo estímulo a participação proativa sobre os determinantes sociais da vida. Promoção associada pelos participantes a aspectos benéficos à saúde mental em decorrência do despertar de sentimentos de valorização individual, de reconhecimento da capacidade produtiva, entre outros.

As atividades em grupo, assim como as visitas domiciliares, são apresentadas como tecnologia específica no trabalho da Estratégia Saúde da Família. Sua exequibilidade não apresenta uniformidade, assim, o avanço nos aspectos de saúde mental da comunidade passa a ser dependente dos profissionais e/ou gestores (MORAIS; GUIMARÃES; ALVES; MONTEIRO, 2021).

Do encontro de pessoas com necessidades singulares, emergem soluções ou instrumentos para o alcance da saúde e do bem estar. As interações despertam o potencial criativo individual capaz de reposicioná-las em diferentes ambientes (ILHA; GAUTÉRIO-ABREU; CEZAR-VAZ, 2020). Criatividade caracterizada como recurso a ser explorado pela equipe da Estratégia Saúde da Família capaz de constituir-se em instrumento comunitário

de busca de maior saúde socioambiental, individual e/ou coletivo (GLERIANO; FABRO; TOMAZ; FORSTER; CHAVES, 2021).

Busca que ao ser vislumbrada desperta sentimentos referidos pelos participantes deste estudo e que concomitantemente geram ou fortalecem o vínculo profissional-comunidade. Aspecto que caracteriza a continuidade do atendimento as necessidades comunitárias e solidifica as possibilidades de acompanhamento clínico da comunidade.

O vínculo simboliza a organização do trabalho e o compromisso profissional pautados no respeito e na confiança para o diálogo recíproco e o acesso mútuo e constante da comunidade aos profissionais e vice-versa (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Organização do trabalho que permite a identificação dos membros da comunidade com maiores necessidades de atendimento. Para estes o acesso é prioridade garantida pela realização de ações de cuidado e educação em domicílio. Em contrapartida ele esbarra no alcance a níveis de maior complexidade da atenção em virtude da não realização da contra referência (PERES; CAMPONOGARA; COSTA; TERRA; NIETSCHE, 2016).

Se a entrada regular representa o acesso comunitário aos cuidados primários em saúde, a resolutividade dos problemas e problemáticas emperra no descompasso dessa articulação dos serviços. Permitindo que profissionais e comunidade refiram o não atendimento as necessidades comunitárias pelo trabalho da Estratégia Saúde da Família. Fato ao qual se acresce o desconhecimento do modo de operacionalização da estratégia.

A participação da comunidade nos ambientes organizados e a viabilização de discussões configuram perspectivas de mudança desta condição, cujas se encontram em desenvolvimento (SANTANA; MACHADO; MACHADO; DIAS; SILVA; LOPES, 2021). Desenvolvimento que implica na observância dos três eixos conceituais do princípio de integralidade: boas práticas profissionais, organização do trabalho e gestão das políticas públicas (GUTIERRES; ROCHA; CEAR-VAZ; YASIN; CARVALHO; BRUM, 2020). Eixos que podem ser traduzidos em atitudes profissionais pautadas no conhecimento e na concretização de vínculos; no cumprimento das ações de trabalho de modo disciplinado e o seu aprofundamento e, por fim na elaboração e disponibilização de recursos para o desempenho adequado do trabalho em saúde.

Conclusão

O acesso ao processo e a estrutura do trabalho da Estratégia Saúde da Família representam os elementos centrais do atendimento as necessidades comunitárias. Acesso que se traduz em diálogo em prol da promoção da saúde nas diferentes ações e intervenções da equipe. Estas se caracterizam como cuidados primários em saúde na

medida em que o diálogo representa a interação profissional-comunidade de modo individual ou coletivo.

Interação que implica em cuidados compreensivos por aproximar a ação/intervenção profissional do ambiente comunitário, mais especificamente do domiciliar. Neste, mais do que produzir cuidados clínicos, a equipe da Estratégia Saúde da Família elabora e delimita-os pelas peculiaridades do potencial deste núcleo familiar, acentuando as possíveis contribuições dos indivíduos para com a saúde e o ambiente. Fato que se consolida pela observância dos indicadores da crescente vinculação da comunidade a estratégia, cuja não se restringe a estrutura formal do trabalho.

Consolidação que implicam na orientação dos cuidados as reais necessidades comunitárias, muito embora ainda marcadas pela perspectiva biologicista, há referências a realização doutras ações que incidem sobre as condições socioeconômicas. Referências que consubstanciam a atenuação das ações individuais e a ampliação das coletivas no trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Consubstancia observada nos cuidados primários em saúde a partir da entrada regular da comunidade no ambiente da estratégia. Entrada que transborda ao entendimento de simples acesso aos atendimentos individuais e/ou coletivos, que engloba o acesso à informação e a terapêutica medicamentosa com maior agilidade. Paralelamente, ela ainda revela lacunas na identificação comunitária do modo de trabalho da estratégia pela manutenção de uma concepção paternalista.

Lacunas que não eliminam a continuidade dos cuidados configurados no encaminhamento das demandas dos profissionais e da comunidade a nível com maior resolutividade. Encaminhamentos proferidos a partir da concórdia decorrente de discussões sobre as prioridades em saúde. Condição que concretiza o princípio de formação de vínculo da estratégia e o acompanhamento local e da gestão no tangente a qualidade dos serviços.

De modo geral os cuidados primários em saúde compreendidos em suas categorias teórico-empíricas demarcam uma longevidade imbuída na relação profissional-comunidade. Longevidade enfatizada pelo acesso, mas que se solidifica na construção de uma relação interpessoal dialógica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2457>

CARDOSO, L.S. ; LANA, L. D. ; SANT'ANNA, C. F. ; BUSANELLO, J ; COSTA, V. Z.; CEZAR-VAZ, M. R. . Acidentes por quedas: assistência profissional na estratégia saúde da família. **Revista RECIEN**, v. 10, p. 194-204, 2020. Doi: [dx.doi.org/10.24276/recien2020.10.32.194-204](https://doi.org/10.24276/recien2020.10.32.194-204)

DUARTE, T. **A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica).** Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES). CIES e-Working paper nº 60/2009.

FERREIRA, D.S.; RAMOS, F.R.S.; TEIXEIRA, E.; MONTEIRO, W.F.; AGUIAR, A.P. Obstáculos para práxis educativa de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Rev. gaúch. Enferm.**, v.42, n.e20190521, 2021. Doi: [dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190521](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190521)

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 312 p.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

GLERIANO, J.S.; FABRO, G.C.R.; TOMAZ, W.B.; FORSTER, A.C.; CHAVES, L.D.P. Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; 25(1): e20200093, 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0093>

GUIMARÃES, M.; GRANIER, N.B. Educação ambiental e os processos formativos em tempos de crise. **Rev Diálogo Educ.**; 17 (55): 1574-97, 2017. doi: <https://doi.org/10.7213/1981-416X.17.055.DS06>

GUTIERRES, E.D.; ROCHA, L.P.; CEZAR-VAZ, M.R.; YASIN, J.C.M.; CARVALHO, D.P.; BRUM, R.G. Ações de enfermagem com foco no meio ambiente/sustentabilidade visando à promoção da saúde dos indivíduos. **Research, Society and Development**, v.9, n. 93963556, 2020. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3556>

ILHA, S.; GAUTÉRIO-ABREU, D.P.; CEZAR-VAZ, M.R. Avaliação do ecossistema

domiciliar de idosos com Alzheimer a partir do Indicador Holístico de Saúde do Ecossistema. **Research, Society and Development**, v. 9, n. e122985433, 2020. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5433>

MORAIS, A.P.P.; GUIMARÃES, J.M.X.; ALVES, L.V.C.; MONTEIRO, A.R.M. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Cien Saude Colet** ; 26(3): 1163-1172, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>

NIVESTAM, A.; WESTERGREN, A.; PETERSSON, P.; HAAK, M. Promote social participation among older persons by identifying physical challenges - An important aspect of preventive home visits. **Arch Gerontol Geriatr.**, v. 93, n.104316, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104316>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Relatório Mundial de Saúde 2008. **Cuidados de Saúde Primários. Agora mais que nunca**. Brasília. 2008.

PERES, R.R.; CAMPONOGARA, S.; COSTA, V.Z.; TERRA, M.G.; NIETSCHE, E.A. Saúde e meio ambiente: (in) visibilidade e (des) continuação na formação profissional do enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v.20, n.1, p.25-32, 2016. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160004>

PIEIDADE, F.L.; SANTOS, P.A.; HADDAD, J.G.V. Os significados acerca da Estratégia Saúde da Família para uma comunidade. **Nursing**, v.24, n. 273, p. 5219-5228, 2021. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/881/1396>

RABELO, A.O.M.; BUENO, D.S.; ANDRADE, H.S. Análise do trabalho do agente de saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Pesq Saúde.**; v. 19, n.1, p. 33-7, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/9178>

SANTANA, K.F.S.; MACHADO, L.D.S.; MACHADO, M.F.A.S.; DIAS, M.S.A.; SILVA, L.M.S.; LOPES, M.S.V. Competências em promoção da saúde nas práticas de educação ambiental de agentes comunitários de saúde. **Rev. gaúch. Enferm.**, v. 42, n. e20200053, 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200053>

SAVA, V.; CAMPONOGARA, S. Percepções ambientais na visão de educadores ambientais de uma instituição hospitalar. **Rev Contexto Saúde**; v. 17, n.33, p. 200-14, 2017. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2017.33.200-214>

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações.** Porto Alegre: Artmed, 2009. 356 p.

SIMAS, P.R.P.; PINTO, I.C.M. Trabalho em saúde: retrato de agentes comunitários da região Nordeste do Brasil. **Ciênc Saúde Colet.**; v.22, n. 6, p. 1865-76, 2017.

Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>