

DOI: <https://doi.org/10.58871/conimaps24.c18>**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROCESSOS DE TRABALHO EM
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PARANÁ****PRIMARY CARE ATTRIBUTES AND WORK PROCESSES IN A FAMILY
HEALTH UNIT IN A MUNICIPALITY IN THE STATE OF PARANA****BEATRIZ FERNANDES DOS SANTOS**

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana

JULIA BUROCCO DOS SANTOS PINTO

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana

ANÁLIA ROSÁRIO LOPES

Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal da Integração Latino-Americana

RESUMO

Objetivo: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro e deve ter uma forma de cuidado integral, resolutivo e voltado às necessidades da população. Por conseguinte, esse nível de atenção faz uso da Estratégia de Saúde da Família e de ferramentas/processos de trabalho para atingir seus objetivos, além de ser regido por atributos que conduzem o seu funcionamento excepcional. O presente estudo busca analisar criticamente a aplicabilidade dos atributos da APS e alguns processo de trabalho durante experiência acadêmica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, elaborado com base em visitas práticas a uma Unidade de Saúde da Família (USF) durante o Programa de integração ensino-serviço-comunidade, módulo do segundo período do curso de medicina. As informações foram coletadas por meio de observação direta no cotidiano da USF e em conversas com os profissionais e usuários seguindo um plano de trabalho fornecidos pelos professores do módulo. **Resultados e discussão:** Pôde-se observar satisfatoriamente a presença dos atributos longitudinalidade, integralidade, abordagem familiar e comunitária no cotidiano da USF, já o acesso de primeiro contato, a coordenação e a competência cultural estavam parcialmente presentes ou insatisfatórios. Vale destacar a presença de grupos de educação em saúde no território da unidade, apesar de alguns profissionais desconhecerem a existência dos mesmos. **Considerações finais:** Apesar da presença satisfatória de alguns atributos da APS, foi notado um certo distanciamento entre os aspectos teóricos e a organização interna da USF, a qual pode implementar melhorias em seu processo de trabalho. Por fim, pode-se afirmar que as práticas na USF foram essenciais para consolidação teórica dos temas estudados durante a formação acadêmica.

Palavras-chave: atributos da APS; estratégia saúde da família; educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: Primary Health Care (PHC) is the gateway to the Brazilian health system and must provide comprehensive, effective care focused on the population's needs. Therefore, this level of care uses the Family Health Strategy and tools/work processes to achieve its objectives, in addition to being governed by attributes that lead to its exceptional functioning. This study seeks to critically analyze the applicability of PHC attributes and some work processes during academic experience. **Methodology:** This is an experience report study, prepared based on practical visits to a Family Health Unit (FHU) during the Teaching-Service-Community Integration Program, a module of the second semester of the medical course. The information was collected through direct observation of the daily routine of the FHU and in conversations with professionals and users following a work plan provided by the module professors. **Results and discussion:** The presence of the attributes longitudinality, comprehensiveness, family and community approach in the daily routine of the FHU was satisfactorily observed, while first contact access, coordination and cultural competence were partially present or unsatisfactory. It is worth highlighting the presence of health education groups in the unit's territory, although some professionals were unaware of their existence. **Final considerations:** Despite the satisfactory presence of some PHC attributes, a certain distance was noted between the theoretical aspects and the internal organization of the FHU, which can implement improvements in its work process. Finally, it can be stated that the practices in the FHU were essential for the theoretical consolidation of the topics studied during academic training. **Keywords:** PHC attributes; family health strategy; health education.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta quatro atributos essenciais que orientam o seu funcionamento os quais são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Além disso, existem três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Entende-se por primeiro contato a utilização da APS como porta de entrada para o Sistema de Saúde, contando com a garantia de acesso e de acessibilidade do usuário. A longitudinalidade envolve o cuidado regular e contínuo, com vínculo aos indivíduos ao longo do tempo. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, do conjunto de ações que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Implica, então, realizar a atenção integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade e não apenas a um recorte de problemas (Starfield, 2002).

A coordenação da atenção indica que a APS é responsável pela continuidade da atenção nos diversos pontos da rede, utilizando para isso de recursos como o prontuário eletrônico, e processos de trabalho na coordenação das ações de saúde (Mendes, 2015).

Além desses atributos, a orientação familiar envolve o reconhecimento da família como instituição social imprescindível para a organização do cuidado por ser um ambiente dinâmico e passível de crise. A orientação comunitária visa reconhecer os determinantes sociais das famílias de uma região, tendo em consideração uma perspectiva populacional, sendo investigados o perfil da comunidade, epidemiologia da região e outros fatores para o cuidado ser direcionado e eficaz. Por fim, a competência cultural procura reconhecer as particularidades culturais dos habitantes a serem atendidos (Mendes, 2015).

Assim, além desses atributos, a APS precisa cumprir com três funções essenciais, sendo elas a resolutividade, a comunicação e a responsabilização. De acordo com Mendes (2015), esse nível de atenção deve ser capaz de resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população que ela atende, enquanto conversa com os demais pontos da rede de atenção, ordenando o fluxo de pessoas e informações e se conectando com a população local, tendo uma responsabilidade frente a ela.

A principal estratégia utilizada para o funcionamento da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada como o principal modelo de reorganização da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS). Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é reforçada a atuação de equipes multiprofissionais e da territorialização para promover ações as quais abrangem a prevenção e a promoção da saúde ampliada (Brasil, 2017). Tal estratégia melhora o acesso e a utilização dos serviços para a população, melhora a equidade dos serviços, diminui desigualdades e reduz a necessidade de procura por outros níveis de saúde (Macinko; Mendonça, 2018).

De acordo com Mota (2009), para que tais atributos sejam postos em prática e a função de promoção, prevenção e proteção da saúde, de maneira contínua e integral seja cumprida, a Atenção Primária faz uso de algumas ferramentas de trabalho, como a visita domiciliar, o acolhimento, a organização do fluxo dos usuários na unidade e os grupos de educação popular em saúde.

Indispensável e extremamente presente no contexto da atenção primária são os grupos de educação popular em saúde. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde, publicada pela portaria nº 2.761, de 2013, tem o objetivo de implementar a educação popular no âmbito do SUS, contribuindo para a participação popular, a gestão participativa, o cuidado e as práticas educativas em saúde, por meio da promoção de diálogos e trocas de saberes (Brasil, 2013b).

Frente ao exposto, esse relato de experiência tem como objetivo fazer uma análise crítica e reflexiva entre a literatura disponível sobre os elementos da atenção primária à saúde juntamente com seus atributos, e a realidade observada por acadêmicos de medicina ao longo

dos meses de janeiro a março de 2024 acerca do processo de trabalho em uma unidade saúde da família localizada em município de médio porte do estado do Paraná.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, o qual foi elaborado com base em visitas práticas ao longo dos meses de janeiro, fevereiro e março de 2024 em uma Unidade de Saúde da Família X do estado do Paraná. As visitas foram realizadas por discentes do segundo período do curso de Medicina de uma Universidade Federal, supervisionadas por docente do módulo Programa de Integração Ensino-Serviço-Comunidade II (PIESC II). As visitas foram guiadas por um Plano de Trabalho elaborado pelos professores do módulo, contendo os objetivos de cada dia e um direcionamento para as entrevistas com os profissionais de saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde acerca da percepção dos mesmos frente aos serviços ofertados pela unidade e seu funcionamento.

A unidade em questão possui quatro equipes de Saúde da Família (eSF), as quais são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de duas equipes de saúde bucal (eSB), composta por dentista, técnico em saúde bucal e um dentista residente em saúde da família. Duas equipes atuam no período da manhã e duas durante a tarde. Ela funciona de segunda a sexta, das 7h às 19h. O território possui uma população adscrita de aproximadamente 21.526 pessoas e é dividido em quatro áreas.

O estudo foi realizado por meio de observação direta e conversa com os profissionais em relação aos atributos da atenção primária à saúde na rotina de trabalho, e análise das ferramentas de trabalho das eSF, com foco especial em: visita domiciliar; fluxo de usuários na unidade e nos grupos de educação popular em saúde. Os elementos estudados foram experienciados por meio do acompanhamento às visitas domiciliares, conversas com os ACS, técnicas de enfermagem, fonoaudióloga, trabalhadores da recepção, gerente da unidade e usuários. Nesse sentido, o estudo foi realizado pelo seguinte roteiro, usando como base o plano de trabalho disponibilizado pelos docentes do módulo:

Prática 1: Reconhecer a aplicabilidade dos atributos da APS e a dinâmica do processo de trabalho em saúde na unidade, e obter informações quanto à percepção dos profissionais e da população adscrita em relação a esses temas.

Prática 2: Observar o fluxo dos usuários na USF, da entrada na unidade, seu atendimento e/ou encaminhamento, além da percepção dos usuários sobre essa questão. Acompanhar uma visita domiciliar junto ao ACS.

Prática 3: Verificar a presença de grupos de educação popular em saúde no território,

bem como a percepção dos profissionais e da população acerca desse tópico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para sistematizar os resultados do trabalho, os aspectos observados na unidade foram examinados frente à experiência e perspectivas dos estudantes que realizaram as visitas à unidade básica de saúde durante o período citado, trazendo bagagens teóricas para comparar com a vivência concreta. Tais aspectos foram classificados em presente, parcialmente presente ou ausente de acordo com o que foi observado na USF em questão.

A) ATRIBUTOS DA APS

A.1- Primeiro contato:

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), esse atributo essencial diz respeito à disponibilidade do serviço a cada novo episódio, ou seja, implica a acessibilidade, características que permitem que os usuários cheguem ao serviço. Nesse sentido, devem ser levados em conta aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos da população adscrita, como o tempo de espera para uma consulta, os horários do acolhimento e a localização da unidade, visando a não restrição de sua entrada ao serviço.

Sob esse prisma, na USF, esse atributo está parcialmente presente, visto que, apesar de possuir uma agenda aberta para acolhimentos à demanda espontânea diariamente e um horário amplo de funcionamento (das 7 às 19h, de segunda à sexta), o tempo de espera, tanto para o acolhimento quanto para o agendamento de consultas, é bem elevado, podendo levar horas para que se consiga ser acolhido e meses para que seja possível uma consulta com um médico. Ademais, algumas pessoas trabalham em horário comercial, o que impossibilita que compareçam na Unidade nos horários de funcionamento, e, quando comparecem, acabam sendo prejudicadas pela demora e perdem um dia de trabalho. Apesar disso, as visitas domiciliares são eficientes, os ACS possuem vínculo duradouro com a população e conhecem as necessidades de cada família.

A.2 - Longitudinalidade:

Starfield (2002) caracteriza a longitudinalidade como a capacidade de construir vínculos duradouros e contínuos entre profissionais da saúde e usuários, fornecendo atenção aos pacientes de maneira regular e por toda a sua vida, independentemente da existência de problemas. Tal atributo essencial acarreta uma melhora no tratamento, com diagnósticos mais

precisos e uma continuidade no cuidado, e é alcançado principalmente por meio da ferramenta do acolhimento e da escuta ativa. No contexto da Unidade analisada, esse atributo está presente principalmente na relação entre os usuários e os ACS, o que faz com que esses profissionais conheçam os pacientes, suas famílias, suas necessidades e suas rotinas.

Esse fato foi observado percebendo-se que os usuários possuem relação próxima com as agentes comunitárias da região e que, quando eles ou algum familiar lidam com qualquer problema de saúde, entram em contato com as profissionais por telefone para que recebam orientações de como prosseguir. Apesar disso, é observado que a população adscrita não possui vínculo com os outros profissionais da equipe, como os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, devido ao fato de não possuírem tanto contato com eles. Ademais, foi constatado que recentemente houve a troca de todos os médicos da unidade, contribuindo ainda mais para a falta de vínculo, devido a inserção de novos profissionais que ainda não estão familiarizados com o território, com a população e suas necessidades.

A.3- Integralidade

Na APS, a integralidade, de acordo com Souza e colaboradores (2012), é um pilar essencial para que se tenha um cuidado de qualidade e uma atenção resolutiva e eficaz, visto que conjuga ações de prevenção, promoção e tratamento na saúde nas mais diferentes áreas, buscando conhecer e atuar sobre os macros determinantes que influenciam na saúde das populações, assim como suas histórias, contextos e famílias. Nesse sentido, oferecer um cuidado integral requer a articulação de profissionais e o trabalho em equipes multiprofissionais compostas por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos e psicólogos, os quais atuarão juntos acolhendo às necessidades dos usuários.

Diante disso, nas visitas à Unidade, ficou explícita a presença desse atributo no cotidiano, visto que as eSF buscam cuidar do indivíduo e o acompanhar continuamente, mesmo sem um quadro de adoecimento ativo, buscando não apenas o tratamento e a cura, mas também a prevenção das mais diversas enfermidades e a promoção da saúde, que visa uma boa qualidade de vida. Tal fato é visível ao constatar a existência dos grupos de educação popular e promoção à saúde no distrito que abrange a USF, como: grupos que abordam a saúde mental de adultos e adolescentes, grupos de caminhadas, turma da coluna, além de consultas com psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Além disso ocorre o encaminhamento de usuários para os outros níveis de atenção à saúde sempre que necessário.

A.4- Coordenação do cuidado

O atributo essencial da coordenação, segundo Almeida et al. (2018), é a capacidade da integração entre diferentes serviços, profissionais e níveis de atenção em saúde, promovendo uma ampliação no acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e uma melhora no planejamento de ações e no fluxo de usuários. A coordenação é essencial para o bom funcionamento do sistema de saúde e ela é vista de duas maneiras: a coordenação vertical, entre os diferentes níveis de atenção, e a coordenação horizontal, dentro de um determinado nível.

No contexto da USF a coordenação vertical é parcialmente presente. Os usuários são encaminhados aos especialistas quando há necessidade e de acordo com a fila de espera, e, com isso, o uso de diferentes sistemas de tecnologia e de prontuário na USF e no hospital dificulta os processos de referência e contrarreferência, visto que os diversos profissionais, tanto na Unidade quanto na RAS, não têm acesso completo ao histórico do paciente, exames, receitas e informações acerca dos outros membros daquela família. Do mesmo modo, a coordenação horizontal, ou seja, dentro do nível primário de atenção, não é vista com tanta eficácia, pois foi observado nas visitas que o fluxo de informações dentro da USF ocorre de forma descontínua e a comunicação acontece de forma lenta, dificultando a ciência de todos os profissionais das atualizações da unidade, apesar da presença do prontuário eletrônico facilitar o conhecimento de certo caso por vários profissionais dentro da APS. Esse aspecto dificulta o bom funcionamento da instituição, bem como o bom atendimento aos usuários.

A.5- Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural

Esses três atributos são conhecidos como os atributos derivados da Atenção Primária e são extremamente importantes para que se haja um bom funcionamento do sistema de cuidado. O atributo da orientação comunitária foi constatado na USF principalmente no trabalho dos ACS. Esses profissionais possuem um vínculo com a população, conhecem suas características e sabem de suas necessidades e levam essas informações para os outros profissionais da equipe, fato esse que possibilita uma relação de cuidado mais resolutiva e duradoura e a criação de ações e políticas pertinentes à realidade dos indivíduos. A orientação familiar também se fez presente e foi possível observar que a família é levada em consideração, tanto na questão do sistema de informação e do prontuário, visto que na ficha de cada usuário é possível visualizar todos os membros de sua família, quanto na relação com os profissionais, principalmente os ACS, os quais conhecem os usuários, seus familiares, seus domicílios e suas rotinas. Por outro lado, o atributo da competência cultural não foi reconhecido, visto que esse aspecto não foi levado em consideração dentro do contexto da Unidade ou na fala dos profissionais.

B) VISITA DOMICILIAR

De acordo com Mendes (1999) é preciso construir na prática social uma forma nova do hospital, já que esse tem a tendência de conter-se à cuidados agudos e intensivos, e do cuidado ambulatorial de maior densidade tecnológica, ou seja, é preciso procurar alternativas para o cuidado focado na resolução de problemas e altamente tecnológico. Frente a esse contexto, a visita domiciliar se torna uma das alternativas de busca por ampliação da qualidade de vida da comunidade, por meio de uma aproximação com as famílias do território, podendo assim haver uma busca ativa de casos, criação de vínculo e ampliação da recuperação e promoção da saúde (Chiba et al., 2013; Abrahão; Langrange, 2007).

Frente à importância e ao impacto que as visitas domiciliares podem ter no território, nota-se que na Unidade de saúde examinada esse processo de trabalho é aplicado. No caso das agentes comunitárias de saúde, foi relatado a realização de visitas uma vez por mês em cada família do território. Já os médicos e enfermeiros, realizam a visita para os pacientes acamados e/ou domiciliados geralmente um dia por mês, no caso dos enfermeiros pode ocorrer a cada quinze dias. Além disso, foi observada a importância dada por parte dos ACS de ter o respeito com a família visitada e manter o sigilo, respeitando a particularidade de cada situação, além do fato de que entrar na residência do outro aumenta o vínculo entre o agente de saúde e a população, bem como essa ação é essencial para expor a realidade vivida no bairro e conhecer os determinantes sociais de saúde.

C) FLUXO DOS USUÁRIOS NA USF

O fluxo de usuários de uma Unidade Básica de Saúde deve ter uma lógica para não burocratizar o atendimento, bem como ampliar a capacidade de tratar a comunidade e otimizar a resolutividade dos casos. Para isso, três pontos devem ser analisados: o primeiro, casos de usuários com atividades de rotina ou agendamentos, os quais devem ser atendidos e direcionados, evitando espera; o segundo é que a unidade deve ser capaz de lidar com situações imprevistas, podendo intervir sobre elas e às compreender; e, por fim, que os profissionais que acolhem essas demandas espontâneas devem saber analisá-las, ter conhecimento sobre os serviços oferecidos pela unidade, conseguir se comunicar com seus colegas e ter um grau de resolutividade, podendo acionar as ofertas de cuidado de modo que as necessidades do usuário sejam atendidas (Brasil, 2013a).

Na USF estudada, o fluxo de usuários segue a seguinte lógica: tanto os casos de demanda espontânea, quanto os agendados são encaminhados para o acolhimento. Já nos serviços da odontologia, vacina, laboratório, fonoaudiologia e psicologia, o usuário é encaminhado

diretamente ao serviço ou profissional. Essa organização pode levar ao atraso dos atendimentos devido ao processo de acolhimento ocorrer até em casos de consultas agendadas, sendo que o direcionamento desses usuários poderia ser direto ao médico ou enfermeiro, tirando a demanda excessiva das técnicas de enfermagem no acolhimento. Durante as visitas práticas, foi observado certa reclamação pelos usuários presentes na unidade, quanto a demora dos atendimentos.

Como na unidade não se realiza a classificação de risco, o atendimento ocorre por ordem de chegada, dando prioridade somente para pacientes que possuam casos emergenciais, esses são escolhidos de acordo com critérios das técnicas de enfermagem que realizam o acolhimento. Esse fator também não contribui para a agilidade do serviço e nem dá prioridade a grupos específicos, como estaria previsto quando observada a presença de vulnerabilidade do usuário. Logo, o fluxo de usuários na unidade é insatisfatório, devido à falta de uma organização dinâmica, o que leva a um atraso nos procedimentos necessários e grandes filas.

A forma de atender a demanda espontânea deve ser escolhida de acordo com a melhor forma de atender a população, se adequando à realidade do território. Tem-se diversas formas de modelar o acolhimento, sendo elas: a) o acolhimento pela equipe de referência: cada usuário é atendido por algum membro de sua equipe de referência; b) equipe de acolhimento do dia: o enfermeiro ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam no atendimento da demanda espontânea de todas as áreas/equipes; c) acolhimento misto: sendo uma mistura do acolhimento pela equipe de referência com o acolhimento do dia, e d) acolhimento coletivo: primeiramente toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade por demanda espontânea, e em um espaço coletivo faz-se as identificações dos casos (Brasil, 2013a).

D) EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A educação popular em saúde, ao almejar a edificação de uma consciência sanitária na comunidade, pode mudar o quadro de saúde populacional. Busca aumentar a participação popular no âmbito das políticas públicas, promover trocas de saberes entre o popular e o científico enriquecendo os dois mutuamente (Gomes; Merhy, 2011).

Observando o cotidiano da Unidade de Saúde da Família, percebeu-se que alguns funcionários não conseguiam detalhar os programas de educação popular em saúde existentes no território da unidade, e, além disso, a população também não estava ciente da existência desses grupos no distrito. Porém, foi verificado que essas formas de educação existem de diversos modos no distrito e são destinados à diversos grupos, como idosos, crianças, gestantes, jovens e recentemente foi criado um grupo para homens. Essas atividades coletivas são

realizadas pelos membros da equipe multiprofissional (eMulti) do território, principalmente fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo.

A dicotomia entre a realidade percebida pelos profissionais, os quais, alguns não têm conhecimento sobre os grupos e outros não conseguiram dar informações detalhadas sobre o funcionamento deles, pode ser um dos motivos da pouca adesão da comunidade a essa forma de troca de saberes tão importante para a promoção de saúde e transformação da realidade. É preciso que todos os profissionais estejam atualizados sobre os serviços ofertados, bem como, sobre o funcionamento das atividades, para conseguirem orientar e encaminhar a população a esse serviço.

Mesmo com a existência dessa contradição, nota-se um trabalho de qualidade na educação popular em saúde, na qual, mesmo com poucos membros participantes dos grupos, é incentivado a autonomia e a independência do participante e seu empoderamento no autocuidado em saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante os dias de acompanhamento na Unidade de Saúde, foi notada a existência de serviços de excelência, principalmente ligados ao trabalho de alguns agentes comunitários de saúde, que estão cientes da importância da longitudinalidade do cuidado e de conhecer a população de seu território. Ademais, as atividades em grupos dos profissionais que compõem a equipe Multi, mostraram-se indispensáveis para prevenção e promoção da saúde, além de auxiliar de modo significativo nas demandas da USF, melhorando seu funcionamento e resolutividade. Além da presença dos grupos de educação em saúde, pôde-se observar os atributos da APS presentes ou parcialmente presentes, acompanhar uma visita domiciliar e observar e analisar o fluxo de atendimento na unidade.

Porém, também foi notado um certo distanciamento entre os aspectos teóricos da Atenção Primária à Saúde e a organização interna da USF, na qual ações para melhorias nos processos de trabalho, como agilizar o fluxo de atendimento dos usuários e acolhimento com classificação de risco, podem ser implementadas no dia a dia da unidade. Por fim, pode-se afirmar que as práticas na USF foram essenciais para consolidação teórica dos temas estudados durante o Programa de Integração Ensino-Serviço-Comunidade II na formação acadêmica em medicina, promovendo futuros profissionais aptos para atuarem e contribuírem para um sistema único de saúde mais eficiente e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 151-171.
- ALMEIDA, P. F. de; *et al.* Coordenação Do Cuidado E Atenção Primária à Saúde No Sistema Único de Saúde. **Saúde Em Debate**, v. 42, 2018, p. 244-260.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à Demanda Espontânea**, v. I. 2013a. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, 2013b.
- CHIBA, J. M. C., et al. A Importância das Visitas Domiciliares na Promoção da Saúde: Relato de Experiência. **ANAIS DO XII CBMFC**, no. 12, 2013, p. 245. Disponível em: www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/176/177.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, 2011.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, 2018, pp. 18-37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>.
- MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MENDES, E V. **A construção social da Atenção Primária À Saúde**. Brasília-Df: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2015. 193 p.
- MOTA, P. P. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família**: relato de experiência. Monografia, 27f. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2009.
- OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.
- SOUZA, M. C. de, *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Mundo saúde**, p. 452-460, 2012.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, 2002.