

Atributos e elementos constituintes do processo de trabalho na Atenção Primária a Saúde: relato de experiência

Attributes and constituent elements of the work process in Primary Health Care: experience report

Atributos y elementos constitutivos del proceso de trabajo en la Atención Primaria de Salud: relato de experiencia

Recebido: 26/10/2022 | Revisado: 02/11/2022 | Aceitado: 03/11/2022 | Publicado: 08/11/2022

Felipe Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4360-312X>
Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Brasil
E-mail: f.pereira@aluno.unila.edu.br

Victor Gabriel da Luz Canejo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7067-7031>
Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Brasil
E-mail: victorcanejo@outlook.com

Monica Augusta Mombelli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9675-0791>
Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Brasil
E-mail: monica.mombelli@unila.edu.br

Anália Rosário Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3822-6107>
Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Brasil
E-mail: analia.lopes@unila.edu.br

Resumo

A Atenção Primária à Saúde, também chamada de Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção no Sistema Único de Saúde. Deve ofertar ações de saúde individuais, familiares e coletivas que visem a promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, através de equipe multiprofissional. Diante disso, o objetivo do estudo é estabelecer uma articulação teórico-prática entre atributos, elementos constituintes do processo de trabalho e a realidade do serviço. Trata-se de um relato de experiência, decorrente de uma atividade vinculada à prática do módulo Programa de Integração Ensino Serviço Comunidade II do curso de Medicina, realizada em uma Unidade Saúde da Família de um município da região oeste do Paraná. Para coleta de dados, utilizou-se um formulário prévio desenvolvido pelos docentes, com base na literatura, no intuito de direcionar a atividade de acordo com as temáticas propostas para investigação. Identificou-se, a partir das experiências analisadas, consideráveis avanços no modelo de saúde brasileiro. Entretanto, fragilidades foram identificadas nas ações de promoção da saúde e nos atributos essenciais deste modelo de atenção. Contudo, entende-se que através de ações de educação permanente e educação popular em saúde os processos de trabalho em saúde podem ser desenvolvidos e aprimorados visando sanar as debilidades identificadas.

Palavras-chave: Sistema único de saúde; Atenção primária à saúde; Educação em saúde; Educação na saúde.

Abstract

Primary Health Care, also called Primary Care, is the main gateway and communication center with the entire Care Network in the Unified Health System. It should offer individual, family and collective health actions aimed at promotion, protection, diagnosis, treatment and rehabilitation, through a multidisciplinary team. Therefore, the objective of the study is to establish a theoretical-practical articulation between attributes, constituent elements of the work process and the reality of the service. This is an experience report, resulting from an activity linked to the practice of the Integration Program Teaching Service Community II module of the Medicine course, carried out in a Family Health Unit in a municipality in the western region of Paraná. For data collection, we used a previous form developed by the professors, based on the literature, in order to direct the activity according to the themes proposed for investigation. Based on the experiences analyzed, considerable advances were identified in the Brazilian health model. However, weaknesses were identified in health promotion actions and in the essential attributes of this care model. However, it is understood that through actions of permanent education and popular education in health, health work processes can be developed and improved in order to remedy the weaknesses identified.

Keywords: Public health system; Primary health care; Health education.

Resumen

La Atención Primaria de Salud, también denominada Atención Primaria, es la principal puerta de entrada y centro de comunicación con toda la Red de Atención en el Sistema Único de Salud. Debe ofrecer acciones de salud individual, familiar y colectiva dirigidas a la promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de un equipo multidisciplinario. Por tanto, el objetivo del estudio es establecer una articulación teórico-práctica entre los atributos, elementos constitutivos del proceso de trabajo y la realidad del servicio. Se trata de un relato de experiencia, resultante de una actividad ligada a la práctica del Programa de Integración Enseñanza Servicio Comunidad II módulo de la carrera de Medicina, realizada en una Unidad de Salud de la Familia de un municipio de la región occidental de Paraná. Para la recolección de datos, se utilizó un formulario previo desarrollado por los profesores, con base en la literatura, con el fin de orientar la actividad de acuerdo con los temas propuestos para la investigación. Con base en las experiencias analizadas, se identificaron avances considerables en el modelo de salud brasileño. Sin embargo, se identificaron debilidades en las acciones de promoción de la salud y en los atributos esenciales de este modelo de atención. Sin embargo, se entiende que a través de acciones de educación permanente y educación popular en salud se pueden desarrollar y mejorar procesos de trabajo en salud para subsanar las debilidades identificadas.

Palabras clave: Sistema único de salud; Atención primaria de salud; Educación en salud; Educación para la salud.

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um marco para o sucesso na implementação de sistemas de saúde, além de representar a porta de entrada para aos serviços em muitos países. Dentre seus objetivos, busca promover a reorientação da abordagem médica e organizar o primeiro nível de acesso da população à saúde. Desse modo, propicia melhorias nos indicadores de saúde, maior efetividade do cuidado, satisfação dos usuários e redução das iniquidades de acesso aos serviços (Oliveira & Pereira, 2013).

De acordo com Starfield (2002), a APS é reconhecida através de atributos essenciais (acesso ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). Os serviços de saúde são promotores da APS quando contemplam, tanto os atributos essenciais quanto os derivados (Souza et al., 2016).

No Brasil, a Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, nas atuais concepções, considera os termos APS e atenção básica (AB) equivalentes. Define a AB como um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, ofertada à população em território adscrito por equipe multiprofissional, com o intuito de promover, prevenir, proteger, diagnosticar, tratar e reabilitar integral e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2017).

Ainda, segundo a Portaria, a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Consequentemente, para que as atividades possam ser consolidadas no cotidiano dos serviços de saúde, os profissionais contam com os elementos constituintes do processo de trabalho na APS, os quais representam um conjunto de instrumentos e ações coordenadas para o desenvolvimento das atividades cotidianas, a saber: acolhimento, consulta ou clínica ampliada, visita domiciliar, grupos de educação em saúde, reunião de equipe, educação permanente em saúde, projeto terapêutico singular, análise ou diagnóstico situacional, dentre outros. Salienta-se que, dois desses instrumentos serão contemplados, no intuito de atender a proposta desse estudo, sendo eles, o acolhimento e a visita domiciliar.

O acolhimento se faz presente em todas as formas de contato, escuta, recepção e cuidado estabelecido entre profissionais da equipe de saúde e usuários do serviço. Tem por objetivo promover a escuta ativa das demandas apresentadas pelas pessoas, ampliar o acesso, reorganizar os processos de trabalho, estabelecer vínculo e, ademais, apresenta-se como uma tecnologia leve de cuidado (Brasil, 2013).

Camelo et al. (2016), afirmam que o acolhimento oportuniza alteração do processo de trabalho na APS, deslocando o eixo de atendimento do médico para a equipe multiprofissional. Desse modo, amplia a responsabilidade do cuidado, uma vez que, a equipe multiprofissional torna-se responsável pela escuta do usuário, se corresponsabiliza com o problema apresentado

e, de certo modo, transforma a relação estabelecida entre o trabalhador de saúde e o usuário do serviço, respaldando-se nos princípios de humanização, solidariedade e cidadania.

Quanto à visita domiciliar, Garcia e Teixeira (2009), afirmam que a família é um espaço de conflitos, estabelecimento de relações íntimas, compartilhamento de conhecimentos, organização biológica e fatores que podem afetar o processo de saúde e doença dos indivíduos. O domicílio pode ser entendido como o território onde as relações familiares, as condições sanitárias e os cuidados com a saúde podem ser observados e, conseqüentemente, é o local no qual a intervenção acontece. Logo, considerando o ambiente familiar e domiciliar e sua importância na manutenção, seja do estado de saúde ou do cuidado, observa-se a importância da realização da visita domiciliar pela equipe multiprofissional.

Além de refletir sobre a construção teórica e a aplicabilidade dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, faz-se premente discorrer sobre a capacitação teórica, técnica e metodológica dos profissionais, bem como o conhecimento do processo saúde-doença na perspectiva dos usuários. Conseqüentemente, a educação na APS, pode ser entendida sob duas perspectivas: a educação em saúde, relacionada aos conhecimentos compartilhados com os usuários, como a educação popular em saúde e, a educação na saúde, direcionada a equipe multiprofissional, através da educação permanente ou continuada (Falkenberg et al., 2013).

A educação em saúde visa compreender o processo de construção de conhecimento sobre saúde na população, com o intuito de desenvolver a capacidade reflexiva, o pensamento crítico e a autonomia, fornecendo aos indivíduos o conhecimento necessário para a tomada de decisão. As práticas de educação em saúde apresentam três pilares principais no seu desenvolvimento: a atuação dos profissionais, que devem valorizar a promoção e a prevenção; os gestores, que devem promover medidas ao encontro dos profissionais; e, a população, que precisa construir seu saber e capacidade de reflexão (Falkenberg et al., 2013).

O Ministério da Saúde, afirma que a educação em saúde deve ser desenvolvida de maneira colaborativa, ou seja, por intermédio da participação da sociedade. Nesse sentido, apresenta a educação popular em saúde, em que o conhecimento é desenvolvido de maneira participativa, através do diálogo horizontalizado, considerando os saberes populares e objetivando a emancipação dos sujeitos. Ademais, viabiliza maior liberdade aos profissionais para desenvolverem modelos de cuidado humanizado e compartilhado (Brasil, 2007).

A educação voltada aos profissionais da saúde é descrita por Falkenberg et al. (2013), como educação na saúde. É direcionada para os profissionais no contexto da saúde coletiva, visando promover a manutenção da integralidade da sanidade em um cenário de constante mudança e evolução dos saberes. Divide-se em educação continuada e permanente, a primeira, com características do ensino tradicional, ocorre posteriormente à graduação profissional do trabalhador e, apresenta início, meio e fim, em contraponto à segunda, que consiste na busca de novos saberes, ampliação do conhecimento e aplicabilidade prática, partindo da problematização, na qual o profissional utilizará o senso crítico para observar as fragilidades e potencialidades da atuação.

Diante disso, esse relato de experiência tem por objetivo estabelecer uma articulação teórico-prática entre os atributos, os elementos constituintes do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde e a realidade do serviço. Ademais, justifica-se na necessidade de desenvolver a capacidade crítica-reflexiva dos discentes do curso de medicina, visto que promove uma conexão entre as políticas públicas e sua expressão na realidade, permitindo a consolidação de uma visão ampliada, seja do ensino, ou da prática profissional. Em adição, propicia a sensibilização do acadêmico diante das necessidades da comunidade e proporciona um olhar problematizador, que pode estimular o movimento paulatino, mas, necessário para transformação do cenário apresentado.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e do tipo relato de experiência, desenvolvido e embasado na interlocução teórico-prática das temáticas abordadas no módulo do Programa de Integração Ensino Serviço Comunidade (PIESC II), do curso de Medicina de uma Universidade na região oeste do Paraná. Os três temas principais que nortearam as atividades práticas foram: observação dos atributos na APS na prática cotidiana de uma USF, visita domiciliar e acolhimento.

Os relatos de experiência têm por objetivo descrever um fato através da experiência individual ou coletiva de um grupo/profissionais sobre um evento ou situação e, são considerados relevantes em periódicos científicos da área da saúde. Apresenta-se como um texto descritivo, entretanto os detalhes da experiência devem ser considerados, no intuito da replicabilidade por outros pesquisadores (Casarin & Porto, 2021). Ademais, a abordagem qualitativa permite que o pesquisador possa interpretar com suas opiniões sobre o fenômeno em estudo (Pereira et al., 2018).

O módulo PIESC II tem por objetivo geral reconhecer, reproduzir e aplicar as políticas públicas do setor de saúde no Brasil, conforme ordenamento do SUS com ênfase no contexto de APS e da educação em saúde. Apresenta estratégia didática que privilegia o uso de metodologias ativas de aprendizagem, incentivando o protagonismo do estudante.

O relato de experiência é resultado consolidado de encontros práticos com uma equipe de saúde de uma Unidade Saúde da Família (USF) de um município da região oeste do Paraná. Participaram do estudo profissionais de saúde e usuários do serviço vinculados a USF. As vivências *in loco* objetivavam a problematização com articulação da teoria e da prática no contexto do SUS e da APS; o diagnóstico e reconhecimento dos elementos constituintes do processo de trabalho em Saúde da Família e dos espaços, instrumentos e metodologias para a Educação em Saúde e Educação Permanente em Saúde.

A USF em estudo, conta atualmente com três equipes de Saúde da Família (eSF), que atendem e possuem cadastro de, aproximadamente, 15.000 pessoas. Para a classificação e identificação, os usuários recebem cores correspondentes ao seu território, a saber: vermelho, amarelo e verde. Fazem parte do quadro de colaboradores da unidade, aproximadamente, 45 colaboradores.

A coleta de dados foi direcionada pela observação participante, conduzida por um instrumento, nomeado, plano de trabalho do estudante, elaborado previamente pelas docentes do módulo com base na literatura. A estrutura didática, contemplou os seguintes itens: leitura prévia, objetivos da aprendizagem, roteiro de observações sobre a prática, perguntas para direcionar a prática e, por fim, reflexões do dia e autoavaliação para o portfólio.

De acordo com Borges et al. (2021), o portfólio crítico-reflexivo no curso de Medicina, visa o desenvolvimento de valores, conhecimentos, habilidades e competências médicas. Oportuniza ao discente o protagonismo, o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo e uma formação integral respaldada na interlocução teórico-prática. Ademais, é uma ferramenta gradual e contínua de avaliação.

Por fim, os dados coletados foram analisados qualitativamente e, todos os aspectos éticos foram respeitados durante a coleta e análise dos dados. Para preservar a identidade dos participantes, os mesmos foram identificados como: gerente ou gestora, enfermeiro 01, enfermeira 02, enfermeira 03, recepcionista, agentes comunitárias de saúde (ACSs), usuária 01 e usuária 02.

3. Resultados e Discussão

Para apresentação dos resultados esses foram divididos em 04 categorias de análise, a saber: atributos da atenção primária à saúde; acolhimento como prática profissional; visita domiciliar como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde; educação popular em saúde e educação na saúde.

Atributos da Atenção Primária à Saúde

Os atributos essenciais da APS são o **acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação** (Starfield, 2002). Quanto ao **acesso ao primeiro contato**, identificou-se que a população, percebe o acesso como efetivo. A população adscrita denota procurar a USF de referência para atendimento e, os encaminhamentos são realizados apenas quando não é possível resolver a demanda apresentada pelo usuário nesse nível de atenção. A USF conta com três eSF e funciona das 7h às 19h. As eSF atendem à demanda espontânea e os agendamentos programados. O *whatsapp* é disponibilizado enquanto ferramenta de comunicação virtual.

De acordo com Starfield (2002), o acesso ao primeiro contato é dividido em acessibilidade e utilização. A primeira, independe da percepção que o estabelecimento de saúde possui dela, visto que, consolida-se apenas quando os potenciais usuários percebem o atendimento como acessível e isso reflete na utilização. Já a segunda, é considerada a junção do contato direto do sujeito com aquilo que é ofertado. Na prática, foi possível identificar que os usuários se referem a USF como referência à assistência e aos cuidados em saúde.

Um estudo realizado em 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na zona urbana do município de Itumbiara - GO, que tem como modelo de atenção a Estratégia Saúde da Família, para analisar o conhecimento dos usuários do SUS acerca dos serviços prestados pela atenção primária, identificou que dos 365 entrevistados, 68,30% procuram a UBS para consultas médicas não urgentes e retornos e 16,9% procuram os serviços para ações programáticas e de prevenção. Em análise, os autores, salientam sobre a necessidade de conscientização dos usuários sobre a APS, sobretudo ao entendimento da importância da mesma, enquanto contato preferencial com o serviço. Ademais, a APS é o essencial meio de integração da saúde com os demais pontos de atenção da rede (Vieira et al., 2022).

Ao analisar o acesso, faz-se premente refletir, junto a equipe, sobre o perfil dos usuários que utilizam o serviço. Uma pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, com objetivo de descrever e analisar o padrão de acesso e utilização dos serviços de APS, por homens, na cidade de Belo Horizonte, demonstrou que os atendimentos masculinos correspondem a cerca de 33% das consultas realizadas, apresentando uma menor utilização em relação às mulheres. Identificou-se um maior número de consultas de homens idosos e adultos e, uma menor utilização pelos adolescentes e jovens. A análise sobre os motivos dos atendimentos, identificou uma maior procura em casos de sintomas manifestos e diagnóstico de enfermidades. Conforme demonstram os dados, é necessário fomentar o desenvolvimento e aprimoramento de ações que possibilitem a construção de intervenções contextualizadas para haver identificação e monitoramento das necessidades de saúde dos homens em cada território (Martins & Modena, 2017).

No que se refere à **longitudinalidade**, observou-se o cadastro dos pacientes às equipes de referência, o atendimento e as visitas domiciliares às famílias em uma perspectiva temporal, ou seja, a equipe de saúde denota conhecer o usuário, seu contexto familiar e social, comportamentos, hábitos e problemas de saúde. As atividades das equipes são planejadas com base no diagnóstico situacional local. A gerente afirmou que nas eSF a rotatividade de profissionais é baixa, o que pode ser entendido como um fator de proteção a manutenção do vínculo com os usuários. Ressalta ainda, que as ACSs, residem no território adscrito a sua atuação, ampliando o contato com a comunidade, fato esse, que permite conhecer a história clínica das famílias, identificar as fragilidades e vulnerabilidades do contexto.

De acordo com Cunha e Giovanella (2011), ao avaliar a longitudinalidade, os seguintes elementos precisam ser considerados: presença e percepção da existência de uma fonte de cuidados regular, formação de vínculos duradouros entre usuários e profissionais da saúde e, fluxo contínuo das informações. Diante disso, observa-se que o atributo longitudinalidade é preconizado e vivenciado pelas equipes em estudo. A USF é referência para a busca por cuidados em saúde e, consegue, através da manutenção do vínculo, promover a responsabilização do cuidado em saúde. Gradativamente, atende ao quesito de continuidade informacional, visto que, as famílias são cadastradas e as informações sobre seu histórico estão armazenadas no

sistema. Entretanto, no município em estudo, não são todos os sistemas da rede de atenção em saúde que estão interligados, situação que pode comprometer a comunicação entre os especialistas e os médicos de família e comunidade.

Importante ressaltar que, a baixa rotatividade dos profissionais, principalmente em relação às ACSs, fortalece o vínculo estabelecido com a comunidade, amplia a aproximação entre equipes e famílias, evidencia corresponsabilização dos problemas apresentados pelos usuários do serviço e, oportuniza a criação de relações empáticas entre profissionais da saúde e usuários. Segundo Cunha e Giovanella (2011), o vínculo desenvolve-se através de uma relação terapêutica construída paulatinamente ao longo do tempo, ou ainda, pode ser compreendido como uma relação interpessoal contínua entre paciente e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade.

No intuito de enfatizar a interdependência entre vínculo e os demais atributos essenciais da APS, uma pesquisa realizada com uma eSF no município do Rio de Janeiro, apontou justamente que vínculo no cotidiano ocupacional e longitudinal e, a organização do trabalho em equipe relacionam-se a um novo modelo de APS, visto que, envolve a porta de entrada, integralidade e coordenação, materializando a responsabilização da equipe pelo cuidado de indivíduos, famílias e comunidades, em detrimento as práticas tradicionais utilizadas nesse mesmo contexto (Santos et al., 2018).

O atributo **integralidade**, foi identificado na fala da gerente, que destacou a abrangência dos serviços oferecidos pela USF, a saber: consultas e procedimentos médicos, odontológicos, acesso a medicamentos, vacinação, apoio da equipe multiprofissional e, diversos programas para populações específicas, como saúde da mulher, saúde da criança, dentre outros. Ainda, segundo a entrevistada, as equipes preocupam-se em reconhecer os principais problemas de saúde da comunidade, realizando o encaminhamento para especialistas apenas se necessário. Entende a mesma que a integralidade do cuidado é uma prática que se consolida no dia a dia dos diferentes profissionais e, que o maior desafio consiste em organizar o processo de trabalho.

De acordo com Starfield (2002), a integralidade refere-se aos arranjos das unidades, visando à oferta de todos os tipos de serviços à população, incluindo encaminhamentos aos serviços secundários e terciários. Viegas e Penna (2015), destacam que ao analisar esse atributo deve-se considerar as dimensões da vida humana e suas singularidades, a fim de valorizar aspectos objetivos e subjetivos na coprodução da saúde individual.

Tendo em vista o papel da integralidade na organização do SUS, um estudo realizado em um município de médio porte do interior de São Paulo, com 29 profissionais que atuam na ESF, com o objetivo de analisar a percepção desses sobre a integralidade no cotidiano do cuidado, identificou que existe uma complexidade em operacionalizar as ações em saúde sob a perspectiva desse atributo, visto que, as pessoas são únicas e possuem valores, desejos, expectativas construídos e alicerçados em seus contextos pessoais, sociais, econômicos e políticos. Ademais, alguns desafios precisam ser superados, sobretudo, a formação profissional embasada nos pressupostos do modelo biomédico, a não adesão e a falta de corresponsabilidade por parte dos usuários, a desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e a inexistência de ações intersetoriais consolidadas (Souza et al., 2020).

Quanto à **coordenação do cuidado**, a gerente e a equipe de enfermagem identificam fragilidades na organização da contrarreferência e ausência de protocolos para transmissão de informações entre médicos da APS e especialistas. Além disso, disseram que existem problemas relacionados aos sistemas de tecnologia da informação. Exemplificaram que alguns dados são coletados pelas ACS e lançados no sistema de informação de responsabilidade do Sistema Único de Saúde, entretanto não migram de maneira eficaz para o sistema utilizado no município, logo existem divergências quantitativas nos relatórios.

Segundo Almeida et al. (2017), a coordenação do cuidado na APS é pré-requisito para a garantia de uma resposta integral às queixas apresentadas pelos usuários do sistema. Em adição, salientam, que o acesso à informação é determinante para que a APS seja o centro do cuidado e, a utilização de múltiplos provedores sem coordenação impede a responsabilização clara, ora dos colaboradores, ora das entidades no sistema. Por fim, descrevem que a ausência de coordenação pode promover

fragmentação do cuidado, má qualidade dos serviços prestados, retrabalho, custos elevados para a saúde, uso de tratamentos inadequados e, devido à falta de comunicação entre especialistas e generalistas, pode causar conflito entre os “planos terapêuticos”.

Um estudo realizado em município de médio porte da região Nordeste com 120 médicos identificou dentre outros achados, discordâncias sobre tratamentos e encaminhamentos inadequados, limitada coordenação da informação e da gestão clínica entre os níveis assistenciais e uma percepção geral de médicos da APS e da atenção especializada (AE) de que não há articulação da atenção prestada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes et al., 2021). Diante disso, a reflexão: para que a APS possa ser reconhecida como coordenadora do cuidado, os profissionais devem reconhecê-la nesse lugar.

Após a análise e a interface dos atributos essenciais da APS, faz-se premente considerar que a atividade também oportunizou o estudo dos atributos derivados da APS: **orientação familiar**, **orientação comunitária** e **competência cultural** (Starfield, 2002).

No que tange a **orientação para a família e comunidade**, na perspectiva da gerente e da equipe da USF em estudo, o relacionamento construído entre a equipe e os usuários do serviço é positivo e, viabiliza a troca de informações necessárias ao entendimento do processo saúde-doença. Porém, sugerem que o sistema de informação, especificamente a organização dos prontuários, deveria ser repensado para vincular as pessoas à sua respectiva família, pois, visualizar a família no prontuário possibilitaria uma reflexão sobre fatores de risco e proteção da família em estudo. Ademais, o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade, é realizado a partir de dados epidemiológicos e do contato direto com a mesma.

Para Reichert et al. (2016), a orientação familiar se materializa a partir da integralidade, que considera o indivíduo em seu ambiente, haja vista que conceitua o panorama familiar e a inter-relação com as enfermidades. Concomitante a isso, a orientação comunitária presume a identificação de fatores econômicos, sociais, culturais, informacionais e físicos, em que estão inseridos.

Por fim, sobre a **competência cultural**, a gerente afirma que os profissionais de saúde estão atentos à diversidade étnica e cultural da comunidade, visto que, acolhem muitos cidadãos estrangeiros. Um importante fator é a busca dos serviços por cidadãos paraguaios, que não possuem documentação e, geralmente, buscam o atendimento em situações de emergência, diante disso são acolhidos, orientados e encaminhados, se necessário.

Damasceno e Silva (2018) afirmam que a competência cultural se relaciona com a habilidade de compreender e responder às demandas culturais e linguísticas de maneira eficaz. Logo, três dimensões precisam ser consideradas no serviço, a primeira relacionada à sensibilização dos profissionais, a segunda refere-se à eliminação de barreiras estruturais e a terceira, à redução de barreiras organizacionais. Com esse atributo, consolida-se a comunicação com o usuário, a satisfação, a adesão ao tratamento e reduz-se o absenteísmo.

Acolhimento como Prática Organizacional

Segundo a recepcionista, a unidade divide os atendimentos entre a demanda espontânea e a agendada, quando o usuário chega a recepção, verifica-se a demanda e promove-se o respectivo encaminhamento, por exemplo, vacinação, farmácia, puericultura ou acolhimento. A profissional externaliza que quem atua na linha de frente do acolhimento no início turno, ou seja, das sete às nove horas da manhã, são os profissionais de enfermagem e, após esse horário os técnicos de enfermagem assumem esse papel, levando em consideração o atendimento de acordo com a equipe de referência do usuário.

Em um segundo momento, quando questionada acerca das atribuições, capacidades e desafios na realização do acolhimento, a profissional relata que, em sua percepção, para atuar na recepção de demandas espontâneas é necessário que o profissional tenha senso crítico e um olhar ampliado, para entender as necessidades. Somado a isso, afirma que seria

importante o conhecimento técnico em enfermagem ou odontologia, com o objetivo de realizar um acolhimento completo. Para a recepcionista, as principais dificuldades enfrentadas no acolhimento são: falta de estrutura física adequada, demanda elevada, problemas na organização e risco de contaminação.

Os conceitos apresentados por Mitre et al. (2012), corroboram a fala da recepcionista sobre a necessidade de capacitação para uma escuta ativa. Os autores pontuam que a execução do acolhimento por profissionais capacitados para a escuta de demandas, possibilita a autonomia do usuário, efetivação da cidadania e corresponsabilização. Pontuam ainda, que um acolhimento de qualidade pode modificar a visão, errônea, de que os serviços de atenção pública são de baixa qualidade.

Como observado na unidade de saúde, o acolhimento é realizado tanto pela recepcionista, que lança um olhar prévio perante o usuário, como pelos enfermeiros, que utilizam de seus conhecimentos técnicos para analisar as demandas espontâneas de forma aprofundada, ambos realizam a escuta ativa. Teixeira e Veloso (2020), entendem o acolhimento enquanto postura ética que não pressupõe local, profissional ou horário específico para ocorrer. O processo de acolhimento suscita o compartilhamento dos saberes, angústias e intenções do usuário, trazendo para o profissional o compromisso em abraçar as demandas e atender as queixas.

Para o enfermeiro 01, o acolhimento é capaz de alterar o funcionamento da USF, organizando as demandas e trazendo resolutividade aos processos, isso reflete em facilidades na distribuição das atividades laborais dos programas de puericultura, HIPERDIA e exames preventivos. Em adição, há um atendimento mais rápido e encaminhamentos mais precisos para os serviços de especialidade, uma vez que a equipe conhece as necessidades do usuário. O trabalho de Zem et al. (2012), aponta que o acolhimento proporciona agilidade e um melhor aproveitamento do tempo disponível, haja vista que promove uma inversão do modelo “técnico-assistencial”, centrado na figura do médico, para um “usuário centrado”, atendido por meio de uma equipe multiprofissional.

O profissional entrevistado considera como principais dificuldades e barreiras para a implantação do acolhimento, a natureza aguda e urgente das demandas apresentadas pelos usuários, que não querem esperar pelo acolhimento, também o idioma, haja vista a USF em estudo estar localizada em cidade de fronteira. Além disso, o enfermeiro 01 destaca a ausência de medidas relacionadas à educação na saúde, por meio de treinamentos, capacitações e cursos com a finalidade de atualizar os profissionais envolvidos na recepção, acolhimento e atendimento dos usuários.

Ainda, de acordo com a enfermeira 02 e a enfermeira 03, o acolhimento é realizado levando em consideração a ordem cadastrada pela recepção. Após o paciente entrar na sala, a enfermeira verifica a demanda no sistema e os dados cadastrados pela ACS. Como esse processo é feito pela equipe de referência, ela promove um diálogo com o usuário confirmando algumas informações, tais como: início dos sintomas, tempo de duração, nível de dor, realiza testes rápidos, como de COVID-19 e dengue, além de verificar os sinais vitais. Posteriormente, elas encaminham ao médico ou realizam o agendamento, levando em consideração a necessidade do paciente.

Diante do exposto, entende-se que vários fatores podem contribuir direta ou indiretamente na prática do acolhimento no cotidiano dos serviços, mas entende-se que o acolhimento humanizado contribuiu ao olhar integral e biopsicossocial as pessoas e famílias que utilizam os serviços de saúde, independentemente do nível de atenção.

Por fim, importante refletir que muito embora para alguns profissionais o acolhimento é interpretado e vivenciado como triagem ou classificação de risco, a concepção sobre o mesmo deve ser paulatinamente ampliada, visto que, consiste em um espaço potencial para escuta qualificada, ampliada e resolutiva; para uma abordagem integral à pessoa e universalização do acesso. Ademais, sempre deve ser analisado e estudado na perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuários do serviço (Penna et al., 2014).

Visita domiciliar enquanto elemento constituinte do processo de trabalho em saúde

Segundo a ACS da equipe 38, as visitas domiciliares (VDs) podem ser realizadas pelos ACS, enfermeiros e médicos, porém a presença desses dois últimos é menos frequente. Os usuários são visitados mensalmente, entretanto a periodicidade está condicionada às demandas do paciente e/ou da família.

Discorre a ACS que os critérios de organização da agenda para as VDs variam de acordo com a demanda e existe concomitantemente uma programação para busca ativa. Ressalta a entrevistada, que a VD é importante para entender as demandas da população local, pois busca-se apresentar um espaço mais confortável para a conversa, o que gera maior abertura para o paciente compartilhar suas dúvidas e necessidades. Além disso, identifica-se a criação de vínculo, o que fortalece a relação estabelecida entre o profissional e os usuários do serviço.

Na perspectiva da usuária do serviço 01, uma mulher de 70 anos responsável por sua mãe acamada que possui 95 anos. *“A visita domiciliar é muito importante no processo de informação, tanto sobre a saúde, quanto sobre medidas a serem tomadas com o cuidado de minha mãe. As informações são fundamentais para que eu possa acompanhar o funcionamento de novos programas na unidade”*. Somado a isso, informa que a visita domiciliar é realizada, normalmente, uma vez por mês e funciona como um canal para sanar suas dúvidas e atender demandas, como a entrega de medicamentos em seu domicílio.

Já a usuária 02, descreve que *“a visita promove o desenvolvimento de vínculo entre a equipe e a família. A ACS é empática e tem facilidade no diálogo comigo. A visita ocorre uma ou duas vezes por mês de acordo com a nossa demanda. A ACS é um canal de comunicação, informação, orientação e acompanhamento”*.

A usuária 02, possui 74 anos, sofreu uma queda há quatro meses, que causou a fratura do fêmur, além de apresentar problemas cardíacos. A usuária pontuou que precisava realizar exames do coração e, como necessitava com urgência tentou fazer de maneira particular, mas não conseguiu arcar com os custos de tais exames e os mesmos foram realizados por intermédio da USF. Ademais, recebeu o encaminhamento ao especialista e acompanhamento dos problemas cardíacos. Ela afirma que ficou surpresa com a agilidade e qualidade do atendimento, relatando que o mesmo foi resolutivo para suas demandas.

Diante das informações coletadas ora na fala da ACS, ora na fala das usuárias 01 e 02, observa-se que a VD promove ampliação do vínculo entre o usuário e a equipe. A ACS torna-se um canal de comunicação proporcionando o acesso ao primeiro contato, visto que a agente demonstra empatia e disponibilidade para sanar as dúvidas e necessidades apresentadas. Confirmando o descrito por Cunha e Sá (2013), a VD desempenha papel indispensável na formação de vínculos, obtenção da integralidade do cuidado e humanização. Ampliando a proximidade dos profissionais perante as necessidades da comunidade e as famílias adscritas ao território.

Outro aspecto identificado durante a entrevista e confirmado na literatura, foi a abertura e fluência de comunicação das usuárias 01 e 02, que, de acordo com a ACS, se dá justamente pela comodidade do ambiente residencial, no qual o diálogo ocorre de maneira informal e fluida, facilitando a identificação de empecilhos que não seriam visualizados na unidade de saúde. O que vai ao encontro do texto de Garcia e Teixeira (2009), no qual os autores afirmam que a VD amplifica a abertura dos usuários da Unidade de Saúde, visto que, quando estão em consulta, costumam responder de acordo com a expectativa do profissional que está atendendo.

Educação popular em saúde e educação na saúde

No quesito educação popular em saúde, a usuária 01 afirma que já participou de palestras sobre diabetes, exercícios, alimentação saudável e orientações odontológicas, isso antes de sua mãe ficar acamada. Entretanto, ela relata que as palestras eram extensas e apenas o médico falava de maneira expositiva. A usuária 02 afirmou que antes de ocorrer a pandemia de COVID-19, participou de palestras realizadas na antiga unidade. Os assuntos abordados nessas palestras foram diabetes,

hipertensão arterial, cuidados alimentares e o uso de medicamentos. Mas, do mesmo modo que a usuária 01, a usuária 02 afirmou que os médicos que realizaram as palestras apresentaram o assunto de maneira unilateral, o que acabava tornando-as cansativas.

A partir das perguntas direcionadas ao enfermeiro 01, ele dissertou sobre a educação em saúde promovida pela equipe e sobre a educação na saúde. De acordo com o profissional, antes da pandemia os grupos de educação em saúde, como HIPERDIA e projetos da equipe de odontologia nas escolas eram muito ativos. Todavia, devido à pandemia de COVID-19, esses grupos foram suspensos e desde então não retomaram seu funcionamento normal, sendo que o programa HIPERDIA foi retomado, mas com atendimentos realizados de maneira individual.

Com relação à educação na saúde, ele destaca que há mais de três anos não são realizados cursos voltados à preparação, capacitação e atualização das equipes sobre as formas de desenvolvimento de grupos de educação em saúde e sobre educação popular, entre outros temas pertinentes à atuação na ESF. Nesse momento, o entrevistado ressaltou que essa ausência de capacitações se estende a outras áreas como dos sistemas de informação utilizados durante o atendimento. Sendo que no momento da sua entrada na unidade não recebeu treinamento para utilizar o mesmo.

Levando em consideração os dados apresentados na entrevista com as usuárias 01 e 02, e com o enfermeiro 01, constatou-se uma lacuna entre a determinação legislativa e a aplicabilidade prática da educação popular em saúde na USF em estudo, demonstrando uma fragilidade perante o fomento da autonomia, senso crítico e das escolhas conscientes sobre a sua saúde. Conforme relatado pelas usuárias, é possível classificar o modelo utilizado como o de Educação para a Saúde, que segundo Falkenberg et al. (2013) é caracterizado por uma concepção “bancária”, conforme Paulo Freire, em que os profissionais da saúde devem ensinar uma população ignorante, com o intuito de modificar hábitos de vida, e por consequência melhorar a saúde, seja individual, seja coletiva. Esse modelo conflita com as determinações da Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Com base nos dados coletados com o enfermeiro 01, é factível fazer um paralelo com as ideias de Falkenberg et al. (2013), perante a influência da ausência da educação na saúde. Pois, observou-se que a ausência de grupos de educação popular em saúde ofertados pela USF e os que ocorrerão no passado utilizaram de método pouco eficaz e não preconizados pela PNEPS, gerando à dificuldade de promover saúde e produzir autonomia dos sujeitos. Os autores relatam que a educação popular em saúde, se apresenta como um desafio para gestores e profissionais de saúde, pela necessidade do desenvolvimento de práticas horizontais de ensino, direcionadas para as carências de cada comunidade atendida. Somado a isso, é destacado que a execução da educação em saúde, está vinculada a existência da educação voltada para os profissionais dessa área, a educação na saúde.

4. Conclusão

De acordo com a proposta da atividade prática desenvolvida na USF em análise e, a interface estabelecida com literatura relacionada aos temas abordados, entende-se que os objetivos foram atingidos, uma vez que, os discentes consolidaram uma visão ampliada sobre a aplicabilidade e operacionalização, no cotidiano do serviço, dos atributos da APS e elementos constituintes do processo de trabalho em saúde. As informações coletadas possibilitaram identificar fragilidades e desafios quanto a realização do acolhimento, execução da visita domiciliar, organização dos fluxos na unidade, promoção de autonomia do usuário, por meio da educação em saúde e, preparação do profissional, por intermédio da educação na saúde.

O presente estudo permitiu a visualização *in loco* dos atributos essenciais e derivados da APS, conforme seu desenvolvimento no processo de trabalho da unidade de saúde. Todavia, a partir das entrevistas e da análise dos dados ficou nítido o enfrentamento de dificuldades perante o atributo coordenação do cuidado, o qual, devido principalmente à ausência de

um sistema de informação integrado, acaba impossibilitando o fluxo de dados, seja no processo de referência e contrarreferência, seja no processo de cadastramento realizado pelas ACS. Também vale lembrar quando os colaboradores afirmam que não é possível vincular pessoas da mesma família ao cadastro, dificultando a completude da abordagem familiar e da integralidade.

No que tange às ferramentas de trabalho da APS, destaca-se a importância do acolhimento e da visita domiciliar como estratégias que viabilizam a formação de vínculos duradouros com a comunidade e, tais laços se apresentam fortalecidos, conforme apontado nas entrevistas, essencialmente pela baixa rotatividade e boa disponibilidade dos colaboradores. Contudo, ainda existem lacunas diante da educação profissional, a qual é incipiente como observado pela ausência de processo de treinamento e capacitação, o que gera um círculo vicioso, em que os profissionais têm dificuldade em se atualizar, propiciando a manutenção de uma metodologia de ensino para a população distante da educação popular em saúde, visto que durante as poucas ocasiões em que foram realizados encontros, estes, conforme relatado pelas usuárias, foram unidirecionais e verticalizados.

Evidencia-se, portanto, que apesar da criação de políticas públicas voltadas para a transformação da atenção primária, a partir da Estratégia de Saúde da Família, ainda se constata lacunas entre a promulgação de diretrizes e portarias e a sua aplicação prática. Desse modo, demonstra-se a importância da realização de projetos como o presente relato, com o objetivo de observar aquilo que está funcionando de maneira efetiva e quais são os desafios a serem superados, pensando em um processo permanente de problematização e adaptação às necessidades territoriais, regionais e nacionais. Ademais, sugerem-se novos estudos orientados a partir de experiências acadêmicas *in loco*, visto que podem não apenas contribuir ao avanço do conhecimento científico, mas ao desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo na perspectiva de acadêmicos, futuros profissionais da área.

Referências

- Almeida, P. F., Marin, J., & Casotti, E. (2017). Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. *Trabalho, Educação E Saúde*, 15(2), 373–398. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Volume I. (1ª edição). 1ª reimpressão. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde Brasília-DF 2007*. (n.d.). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Borges, M. do P., Schaedler, A. W., Rezende, F. B., Garcia, J. L., Lico, A. L. de C., Schaedler, G. W., Queiroz, M. C. R., Oliveira, A. A., Pina, T. A. C., & Monteiro, L. D. (2021). A importância do portfólio crítico-reflexivo na graduação de medicina: Uma experiência acadêmica. *Research, Society and Development*, 10(9), e16410917922. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17922>
- Camelo, M. S., Lima, L. R. de, Volpe, C. R. G., Santos, W. S., & Rehem, T. C. M. S. B. (2016). Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(4), 463–468. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>
- Casarin, S. T., & Porto, A. R. (2021). Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações / Experience Report and Case Study: some considerations. *Journal of Nursing and Health*, 11(4). <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998>
- Cunha, E. M., & Giovanella, L. (2011). Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl 1), 1029–1042. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000700036>
- Cunha, M. S., & Sá, M. de C. (2013). A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 61–73. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832013000100006>
- Damasceno, R. F., & Silva, P. L. N. da. (2018). Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care* / ISSN 2179-6750, 9. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P., & Souza, E. (2013). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(3), 847-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>

- Garcia, I. F. d. S., & Teixeira, C. P. (2009). Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate*, 15(1). <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/074.pdf>
- Martins, A. M., & Modena, C. M. (2017). Acesso da população masculina e utilização dos serviços de atenção primária à saúde em Belo Horizonte MG. *Revista APS*, 20(4): 482-492. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15424/8119>
- Mendes, L. dos S., Almeida, P. F. de, Santos, A. M. dos, Samico, I. C., Porto, J. P., & Vázquez, M.-L. (2021). Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>
- Mitre, S. M., Andrade, E. I. G., & Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2071-2085. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000800018>
- Oliveira, M. A. de C., & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 158-164. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000700020>
- Santos, R. O. M., Romano, V. F., & Engstrom, E. M. (2018). Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(2), 280206. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
- Penna, C. M. de M., Faria, R. S. R., & Rezende, G. P. de. (2014). Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção a saúde. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(4). <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140060>
- Pereira A. S., et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM
- Reichert, A. P. S., Leônico, A. B. de A., Toso, B. R. G., Santos, N. C. C. de B., Vaz, E. M. C., & Collet, N. (2016). Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 119-127. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. pg. 61-63/487.
- Souza, M. M. de, Santos, F. P., Herr, G. E. G., Loro, M. M., Stumm, E. M., & Kolankiewicz, A. C. B. (2016). Atributos derivados da atenção primária na assistência ao paciente oncológico. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 10(8), 3004-3010. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11370p3004-3010-2016>
- Souza, A. P., Rezende, K., Marin, M. J., & Tonhom, S. (2020). Estratégia saúde da família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. *Revista Baiana de Enfermagem* 34, <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34935>
- Teixeira, A. A. L., Uchôa, L., & Veloso, P. (2020). Otimização do acolhimento na atenção básica: uma proposta de intervenção. Universidade Federal do Piauí, Jul/2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/18625>
- Vieira, S. M. M., Rodrigues, A. S., Carvalho, B. C. U., Pinheiro, F. E. S., Silva, M. J. A., Souza, H. C. de, & Rodrigues, I. G. (2022). A percepção do usuário do Sistema Único de Saúde perante a atenção primária no município de Itumbiara, Goiás. *Research, Society and Development*, 11(8), e2111830623. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30623>
- Viegas, S. M. F., & Penna, C. M. de M. (2015). As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1089-1100. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>
- Zem, K. K. S., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2012). Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. *Rev Rene*, 13(4). <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4057>