

**APLICAÇÃO DOS ATRIBUTOS E ELEMENTOS CONSTITUINTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

MARIANA DANTAS PATROCINIO

Foz do Iguaçu

2026

**APLICAÇÃO DOS ATRIBUTOS E ELEMENTOS CONSTITUINTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

MARIANA DANTAS PATROCÍNIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Profa. Dra. Anália Rosário Lopes

Foz do Iguaçu

2026

MARIANA DANTAS PATROCINIO

**APLICAÇÃO DOS ATRIBUTOS E ELEMENTOS CONSTITUINTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Anália Rosário Lopes
(UNILA)

Prof. Dr. Thiago Luís De Andrade Barbosa
(UNILA)

Profa. MSc. Rosana Alvares Callejas
(UNILA)

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Mariana Dantas Patrocinio

Curso: Medicina

(x) graduação

(...) especialização

(...) mestrado

Tipo de Documento

(...) artigo

(x) trabalho de conclusão de curso

(...) monografia

(...) doutorado

(...) dissertação

(...) tese

(...) CD/DVD – obras audiovisuais

(...)_____

Título do trabalho acadêmico: APLICAÇÃO DOS ATRIBUTOS E ELEMENTOS CONSTITUINTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nome do orientador(a): Dra. Anália Rosário Lopes

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho constitui-se como um Relato de Experiência de caráter descritivo e qualitativo, estruturado a partir das vivências e observações clínicas realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim São Paulo I, localizada no município de Foz do Iguaçu, Paraná. O núcleo central deste estudo reside na análise crítica da aplicação prática dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS), confrontando as diretrizes normativas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com a realidade operacional e cotidiana do serviço público de saúde.

O objetivo do relato de experiência consiste em analisar, de forma crítica e reflexiva, a operacionalização dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde no cotidiano da USF Jardim São Paulo I. Busca-se, especificamente, inventariar as potencialidades assistenciais do território e diagnosticar os nós críticos e fragilidades estruturais que permeiam a rotina do serviço. Com isso, o estudo visa compreender de que maneira a dinâmica locorregional, as escolhas de gestão da rede municipal e os determinantes sociais locais repercutem diretamente na resolutividade e na consolidação dos atributos da atenção primária.

Este trabalho propõe uma reflexão sobre os desafios estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. O texto está organizado de forma a apresentar as bases conceituais da Estratégia Saúde da Família, a metodologia aplicada e a caracterização do cenário de prática. Por fim, a seção de Resultados e Discussão verticaliza o debate sobre a realidade observada em campo, analisando temas como a burocratização do acolhimento, a ausência de classificação de risco, os déficits encontrados na contrarreferência, o impacto da epidemia de dengue e, em contrapartida, as potencialidades das visitas domiciliares e da educação em saúde digital.

RESUMO

A atenção primária à saúde (APS), é a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção do sistema integrado de saúde. O estudo traz análises acerca das dinâmicas de processo de trabalho em uma Unidade Saúde da Família (USF) de Foz do Iguaçu/PR, com a elaboração de um relato de experiência, decorrente de atividades vinculada à prática do módulo Programa de Integração Ensino Serviço Comunidade II do curso de Medicina. O objetivo do estudo é, portanto, estabelecer relações teóricas e práticas visando os atributos e ferramentas da APS com a realidade do serviço, por meio da vivência acadêmica, da percepção de usuários do serviço e dos profissionais de saúde. Foram realizadas três visitas à USF, mediadas por um plano de trabalho desenvolvido pelos professores, com referencial bibliográfico em artigos e livros. Com base na experiência analisada, foram identificados avanços significativos para o estabelecimento do modelo da Saúde da Família. No entanto, são apontadas divergências no que diz respeito à teoria presente na legislação e a prática consolidada dentro da USF em estudo, principalmente no acolhimento, na classificação de risco e na população adscrita. De modo geral, políticas públicas de saúde ainda não são efetivamente aplicadas na realidade da unidade, mas é importante realizar estudos como este para identificar pontos positivos e desafios, visando estratégias de melhoria e envolvendo os acadêmicos e profissionais da área.

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

RESUMEN

La atención primaria a la salud (APS) es la principal puerta de entrada y centro de comunicación con toda la red de atención del sistema integrado de salud. El estudio presenta análisis sobre las dinámicas del proceso de trabajo en una Unidad de Salud de la Familia de Foz do Iguaçu/PR, con el objetivo de elaborar un relato de experiencia derivado de una actividad vinculada a la práctica del módulo Programa de Integración Enseñanza-Servicio-Comunidad II de la carrera de Medicina. El objetivo del estudio es, por lo tanto, establecer relaciones teóricas y prácticas que vinculen los atributos y herramientas de la APS con la realidad del servicio, a través de la vivencia académica, la percepción de los usuarios del servicio y de los profesionales de salud. Se realizaron tres visitas a la USF, mediadas por un plan de trabajo desarrollado por los profesores, con referente bibliográfico en artículos y libros. Con base en la experiencia analizada, se identificaron avances significativos para el establecimiento del modelo de la Salud de la Familia. Sin embargo, se han señalado divergencias en lo que respecta a la teoría presente en la legislación y la práctica consolidada dentro de la USF-Jardim São Paulo I, principalmente en la acogida, la clasificación de riesgo y la población adscrita. De forma general, las políticas públicas de salud aún no se aplican efectivamente en la realidad de la unidad, pero es importante realizar proyectos como este para identificar puntos positivos y desafíos, buscando estrategias de mejora e involucrando a los académicos y profesionales del área.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Atención primaria de salud; Educación en salud; Educación en la salud.

ABSTRACT

Primary health care is the main gateway and communication center with the entire care network of the integrated health system. The study brings analyses about the dynamics of the work process in a Family Health Unit in Foz do Iguaçu/PR, aiming at the elaboration of an experience report, resulting from an activity linked to the practice of the Module Integration Program Teaching Service Community II of the medicine course. The objective of the study is, therefore, to establish theoretical and practical relationships, aiming at the attributes and tools of PHC with the reality of the service, through academic experience, the perception of service users and health professionals. Three visits were made to the USF, mediated by a work plan developed by the professors, with bibliographic reference in articles and books. Based on the analyzed experience, significant advances were identified for the establishment of the Family Health model. However, divergences have been pointed out with regard to the theory present in the legislation and the consolidated practice within the USF-Jardim São Paulo I, mainly in terms of reception, risk classification and enrolled population. In general, public health policies are not effectively implemented in the reality of the unit, but it is important to carry out projects like this to identify positive aspects and challenges, aiming for improvement strategies and involving academics and professionals in the field.

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 OBJETIVO	13
2.2 MÉTODO	13
2.2.1 Atributos da Atenção Primária	14
2.2.2 Visita domiciliar	17
2.2.3 Educação em saúde	18
2.2.4 Acolhimento	19
2.2.5 Fluxo de Usuários e Modelagem de Atendimento	20
2.2.6 Classificação de risco	21
2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se comporta como a porta de acesso inicial ao sistema de saúde, onde ocorrerá o primeiro contato dos usuários e, também, é o local em que se terá acesso a um cuidado acessível, coordenado, abrangente e contínuo, realizado por múltiplos profissionais comprometidos em prestar uma assistência ao indivíduo e sua família ao longo do tempo, inclusive, a partir do encaminhamento a outros níveis de atenção (Starfield, 2002). A Atenção Primária à Saúde é composta por atributos essenciais, incluindo o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Além dos atributos complementares, sendo a orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural (Starfield, 2002).

Segundo a Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, a equipe de Saúde da Família (eSF) deve cumprir 40 horas semanais e ser composta, minimamente, por um médico, de preferência especializado em medicina de família e comunidade; enfermeiro, especializado em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Destaca-se ainda que a quantidade de ACS que fazem parte da equipe necessita ser condizente com o grau de vulnerabilidade das famílias locais (embasado por dados demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), tendo em vista a garantia dos critérios de equidade e visando o atendimento à recomendação de 750 pessoas por ACS, para que haja uma cobertura total da população. Ainda, segundo as prioridades e necessidades elencadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), é essencial que a Unidade Básica de Saúde (UBS) apresente uma infraestrutura adequada, levando em consideração a oferta de um acolhimento integral e universal, proporcionando um ambiente favorável para a criação de vínculos entre os profissionais da saúde e os seus respectivos usuários.

Em relação à definição do termo “população adscrita”, contida na PNAB (Brasil, 2017), é entendido como a população atribuída à uma determinada unidade de saúde, ficando, portanto, elencado que as equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) têm a responsabilidade de atender uma população adscrita que varia entre 2.000 e 3.500 pessoas, localizadas dentro do território de atendimento da unidade.

Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo ilustrar um relato de experiência realizado por estudantes da graduação do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) em relação a Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim São Paulo I, localizada no município de Foz do Iguaçu, Paraná. Nesse cenário, foram observadas articulações teórico-práticas quanto a temas relacionados à Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciando a maneira com que se relacionam os atributos e elementos constituintes do processo de trabalho no dia a dia da comunidade em questão. Sendo assim, há como finalidade o reconhecimento das características da Atenção Primária à Saúde e a proposta crítico-reflexiva evidenciada com a aprendizagem, no que tange o espaço em questão como palco para o confronto da teoria com a prática.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 OBJETIVO

O objetivo do estudo é estabelecer relações teóricas e práticas visando os atributos e ferramentas da APS com a realidade do serviço, por meio da vivência acadêmica, da percepção de usuários do serviço e dos profissionais de saúde.

2.2 MÉTODO

Este estudo descritivo adotou uma abordagem qualitativa com o objetivo de estabelecer um relato de experiência, embasado nos conteúdos teóricos-práticos do componente curricular Programa de Integração Ensino-Serviço-Comunidade II, a partir da perspectiva de três estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Durante o primeiro trimestre de 2023, foram realizadas três visitas presenciais à USF- Jardim São Paulo I do município de Foz do Iguaçu, no Paraná, com duração total de 12 horas. Para auxiliar na observação, os professores responsáveis pelo módulo forneceram um plano de trabalho, com um roteiro de perguntas orientadoras a serem respondidas pelos profissionais e usuários. Essas perguntas abordaram os seguintes temas: atributos da APS, visitas domiciliares, educação em saúde, acolhimento, fluxo de usuários na unidade, modelos de atendimento e classificação de risco dos usuários. Esse planejamento definiu as informações necessárias para coleta e análise dos dados observados, auxiliando na elaboração deste relato.

A USF em estudo, fica localizada no distrito leste do município e conta com 2 equipes atuantes (A e B). A equipe A, atende pela manhã uma área de pessoas com uma maior classe econômica e possui como integrantes: um médico, uma enfermeira, duas residentes em enfermagem, cinco ACSs e duas técnicas de enfermagem. Enquanto a equipe B, atende no período da tarde uma área com pessoas de maior vulnerabilidade social, e é composta por um médico, duas técnicas de enfermagem, uma estagiária de enfermagem e duas ACS. Os serviços disponibilizados pela USF incluem acolhimento, atendimento em clínica geral com médico especializado em saúde da família, vacinação, cuidados de saúde bucal, acompanhamento pré-natal, atendimento no programa HIPERDIA, laboratório terceirizado, grupo de gestantes e saúde mental, psicóloga infantil, puericultura, realização de testes rápidos, exames preventivos, curativos e fornecimento de

medicação.

Assim, com base nas vivências no campo, nas reflexões advindas dos estudantes, das entrevistas conduzidas aos profissionais e usuários, além do conhecimento teórico adquirido por meio de discussões durante as tutorias do componente curricular, foram reunidas informações relevantes para a elaboração deste relato.

2.2.1 Atributos da Atenção Primária

Conforme postulado por Starfield (2002), a resolutividade da APS vincula-se ao cumprimento de seus atributos essenciais, sendo eles o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Além disso, a autora estabelece os atributos derivados como a orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural, sendo fundamentais para a contextualização social e cultural do cuidado.

O acesso de primeiro contato reconhece a acessibilidade e a utilização do serviço de saúde como uma fonte efetiva de cuidado mediante o aparecimento de problemas de saúde (Starfield, 2002). No contexto da USF Jardim São Paulo I, contudo, observa-se que os usuários desconhecem o papel resolutivo da APS e sua função primordial como porta de entrada preferencial para o SUS. Por consequência, é recorrente que os usuários da unidade busquem diretamente Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para atender demandas ambulatoriais que poderiam ser assistidas com excelência pela APS, sobrecarregando um serviço cujas funções estabelecidas são demandas relacionadas ao manejo de urgências e emergências.

Para agir conforme o preconizado pela PNAB (Brasil, 2017), os profissionais precisam implementar novas estratégias, que visam garantir um acesso mais facilitado aos atendimentos, a fim de demonstrar maior acessibilidade e mitigar elementos que estejam se comportando como barreiras que dificultam o acesso ao cuidado. Dessa forma, o acesso de primeiro contato foi considerado pouco presente e moderadamente efetivo na USF, visto que a percepção dos usuários não deveria ser baseada em um grau de comparação com as UPAs e a dinâmica de trabalho dos profissionais não é tão acessível quanto deveriam.

A longitudinalidade dá ênfase à questão do cuidado continuado e à

oferta de serviços aos usuários a partir de uma perspectiva cronológica que avalie sua situação de saúde ao longo da vida (Giovanella e Mendonça, 2009). Por meio de sua atuação diária na USF, a equipe da APS tem a possibilidade de exercer um cuidado continuado ao usuário, criar vínculos e garantir maior efetividade no cuidado preventivo (CONASS, 2011). Acerca desse atributo dentro da USF em questão é possível elencar uma série de problemas, que conduzem a uma descontinuidade das informações e do atendimento no que se refere: a falta de capacitação de terceirizados da recepção em acessarem cadastros corretamente (nisso, acabam sendo abertos múltiplos prontuários para o mesmo paciente); o fato do hospital local não utilizar o mesmo sistema de armazenamento de dados das USFs (o que acaba dificultando o fluxo de informações e acompanhamento contínuo do usuário) e também em relação aos médicos que possuem muita rotatividade, dificultando, assim, a formação de vínculo com os usuários.

Por outro lado, nas consultas rotineiras na USF, o paciente, na maioria das vezes, é sempre atendido pelo mesmo profissional, criando-se maior vínculo da equipe com o usuário, seu contexto familiar e social, hábitos e os seus principais problemas de saúde. Assim, foi concluído que esse atributo é presente e efetivo, embora apresente dificuldades provenientes de fora do ambiente da UBS, além de algumas outras dinâmicas organizacionais que precisam de maior aperfeiçoamento.

A integralidade refere-se aos arranjos e acesso aos serviços visando à oferta adequada para cada necessidade do usuário. Também consiste na oferta de um cuidado integral, em que a equipe reconhece quais as maiores demandas por parte dos usuários, tentando manter-se sempre em sintonia com as necessidades específicas da comunidade local (Starfield, 2002). No que diz respeito ao reconhecimento dos problemas mais evidenciados pelos usuários da unidade, no caso, são pacientes que fazem o uso de psicotrópicos que envolvem o tratamento da depressão, ansiedade e insônia.

Foi observada a presença de um atendimento que visa a necessidade do paciente em vários níveis e entende a multicomplexidade do indivíduo. Além do mais, entre os serviços disponíveis na unidade tem-se: psicólogo infantil, odontologia, grupos de educação à saúde de gestantes e saúde mental; estas medidas foram implementadas na dinâmica operacional da USF em prol dessas necessidades específicas dos pacientes.

Dessa forma, esse atributo estava presente, porém pode-se melhorar, visto que os profissionais atuantes na equipe apresentam um bom reconhecimento da situação em que os pacientes estão inseridos; contudo, a questão da oferta de outros serviços na USF em questão ainda se encontra restrita, portanto, poderia ser mais ampla e diversificada, um ponto de melhoria essencial para efetivar a integralidade.

Acerca da coordenação do cuidado, são relatadas alguns obstáculos envolvendo a comunicação entre o médico da família e os especialistas que realizam as consultas encaminhadas para o Centro de Especialidades Médicas (CEM). Nesse cenário, os profissionais da atenção primária não têm acesso integral ao plano terapêutico realizado pelo especialista, de modo que se torna uma comunicação ruidosa entre o médico especialista e o médico da atenção primária, dificultando a compreensão acerca do plano terapêutico realizado e como o cuidado deverá ser organizado por parte da equipe da família. Assim, o atributo é julgado como parcialmente presente em relação às medidas alcançadas pela equipe, uma vez que os médicos da família e os médicos especialistas utilizam a mesma plataforma de prontuário eletrônico, levando à conclusão de que se trata de pontos de melhoria quanto ao preenchimento do prontuário de cada paciente, de modo a tornar acessível o plano terapêutico realizado e em andamento.

A orientação familiar e comunitária, que tem sua ênfase na estrutura e na dinâmica familiar da comunidade local, envolvendo a análise da situação local, o planejamento e a avaliação conjunta da oferta de serviços (Starfield, 2002), é percebida, principalmente, nos profissionais que trabalham a mais tempo e conhecem mais intimamente a família dos usuários. Já os médicos que apresentam uma agenda mais rotativa, em suas consultas, sempre perguntam sobre questões socioeconômicas e familiares para entender melhor a situação de saúde dos pacientes. Outro ponto percebido, é que as equipes entendem a grande diferença socioeconômica existente entre os usuários da equipe A e B. Além do mais, muitos dos desafios da USF estão ligados ao território que compreende as famílias mais vulneráveis e com a condição socioeconômica menor, concluindo que houve maior atenção às essas famílias. Desse modo, ambos atributos foram considerados como presentes e muito efetivos.

A competência cultural está relacionada às habilidades do

profissional para além do campo acadêmico, exigindo conhecimentos abrangentes, habilidades de escuta e manejo, além de respeito, para atuar de forma adequada com populações culturalmente diversas (Starfield, 2002). Para a prática desse atributo é essencial uma abordagem e orientação com respeito à autonomia do paciente, com base em suas crenças e culturas. No cotidiano da USF, observa-se que a diversidade cultural e religiosa da população adscrita estimula o interesse da equipe em compreender as nuances culturais de cada paciente, o que favorece uma oferta de cuidado humanizado e resolutivo.

2.2.2 Visita domiciliar (VD)

A visita domiciliar é um elemento de suma importância para a consolidação efetiva da APS, conforme salientado por Santos; Mishima e Merhy (2018); além disso, é um meio de garantir um acompanhamento regular e contínuo das famílias, como citado por Cunha e Sá (2013). A visita domiciliar, segundo a PNAB (Brasil, 2017), é uma atribuição que cabe à equipe multiprofissional e é entendida como uma ferramenta que promove a busca ativa de casos, entende o panorama de saúde da comunidade em determinado período, elenca prioridades, garante o engajamento comunitário, além de garantir uma efetiva promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos.

Na USF Jardim São Paulo I, as visitas são realizadas para mapeamento da saúde dos usuários e para atenderem às necessidades pontuais dos pacientes que estão com dificuldade de ir até a USF ou para garantir a devida atualização cadastral da população adscrita. O médico da equipe A, juntamente aos internos, realizam VDs, semanalmente, sendo programadas conforme as necessidades dos pacientes. Já a ACS da equipe A, demonstrou que as VDs são uma forma de promover a busca ativa de casos, estabelecer quais são as prioridades, além de trazer essas questões para as reuniões de equipe. Durante o acompanhamento de uma das VDs, a ACS questionou sobre as dores da usuária 01 (bem características aos sintomas da dengue); realizou registros para atualizar o cadastro dela, recomendou sobre a não utilização de anti-inflamatórios; além de outras instruções.

De acordo com os dados coletados, tanto da entrevista com uma enfermeira quanto da experiência com a usuária 01, fica evidente que a VD está

sendo fundamental para fortalecer o elo entre os usuários e a equipe, ademais, percebe-se a relevância desempenhada pelos ACSs nesse processo. Assim, as VDs ocorrem na unidade de forma eficiente, de modo a colaborar para a construção de vínculos mais sólidos e ser uma excelente ferramenta para diagnosticar as demandas dos usuários, aproximando-os ainda mais dos serviços oferecidos.

2.2.3 Educação Popular em saúde

A educação popular em saúde é um processo educativo em que há uma crescente construção do conhecimento, tendo por objetivo tornar o acesso da informação em saúde mais próxima da população, sendo assim, se baseia em um agrupamento de práticas que visam aumentar a autonomia das pessoas acerca do cuidado, e, torná-las capazes de compreender e debater com profissionais da saúde e gestores, de modo que se atinja uma atenção de saúde conforme as necessidades (Brasil, 2006). Nesse contexto, as práticas de educação em saúde se baseiam no envolvimento de profissionais de saúde, gestores e a população, em prol de um cuidado integral e promoção da saúde, importante para a ampliação do conhecimento e práticas que estão conectadas à adoção de hábitos saudáveis (Gueterres et al., 2017).

Acerca do que foi observado durante a visita, constatou-se que a educação em saúde ocorre através dos grupos online de gestantes, que proporcionaram rodas de conversa, por videoconferências, sobre pré-natal, gestação, maternidade e outros assuntos e dúvidas de interesse das gestantes que frequentam a unidade. Não há práticas presenciais de rodas de conversa, uma vez que foi informado que grupos presenciais não possuem uma boa adesão por parte dos usuários. Apesar do formato virtual, percebe-se que os grupos online atendem aos princípios propostos pela educação em saúde: diálogo, amorosidade, construção compartilhada de conhecimento e emancipação de forma coletiva e compartilhada.

Além dos diálogos dos grupos online, há também a distribuição de panfletos informativos para os usuários da unidade que participam do programa Hiperdia. Os panfletos são guias alimentares, que foram montados pelos profissionais da unidade de saúde, os quais têm por objetivo explicar a importância de uma alimentação adequada e trazer exemplos de cardápios saudáveis a serem seguidos

pelo usuário.

Esse tipo de iniciativa proporciona autonomia e conhecimento compartilhado ao usuário que faz uso dos panfletos informativos. Por fim, conclui-se que a educação em saúde é presente, porém há de se questionar o motivo da não adesão dos usuários a grupos presenciais de educação em saúde.

2.2.4 Acolhimento

De acordo com Cardoso et al (2009) o acolhimento visa facilitar e dinamizar a organização do trabalho nas unidades, de modo que os profissionais recebam auxílio para ampliar sua dinâmica de trabalho e realizar um atendimento satisfatório, aumentando a resolutividade de problemas. Dentro dessa prática, existem diversas modelagens de acolhimento que podem ser aplicadas, conforme mencionado por Gomes, Melo e Pinto (2005). No acolhimento coletivo, os usuários são ouvidos individualmente ou em grupo, permitindo que toda a equipe participe da escuta inicial, identificando os níveis de risco e sofrimento dos usuários, e fornecer explicações sobre as dinâmicas de trabalho da unidade. O acolhimento da equipe do dia é dado a uma equipe que fica exclusivamente na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O acolhimento pela equipe de referência do usuário é aquele realizado por profissionais das equipes às quais os usuários já possuem um vínculo prévio. E no acolhimento misto, uma equipe de referência trabalha em conjunto com a equipe do dia, encaminhando casos graves ao médico responsável, enquanto o enfermeiro atende a demanda espontânea, podendo chamar outro médico para apoio caso necessário.

O acolhimento foi analisado na terceira visita à unidade, quando os atendimentos estavam voltados, essencialmente, às demandas de dengue e/ou a outros casos que fossem extremamente urgentes, ou seja, as consultas agendadas não estavam sendo contempladas. Assim, observou-se que o acolhimento era realizado seguindo a modelagem da “equipe de referência”, visando entender qual era a necessidade do paciente, consultar os últimos registros que constavam no sistema, e ver se ele se encaixava no quadro de atendimentos do cenário em que a UBS se encontrava. Notou-se que a qualidade da escuta ativa foi bem baixa, visto que algumas das queixas trazidas pelos usuários, não foram levadas em consideração,

havendo poucas explicações ao paciente perante suas preocupações. Em outro momento, notou-se dificuldades em conduzir bem a entrevista inicial de acolhimento a alguns usuários, acarretando um episódio de repreensões constrangedoras a um determinado usuário acerca do sobre o uso correto de um de seus medicamentos de uso contínuo. Ademais, em alguns momentos, viu-se uma certa mecanização do atendimento, principalmente em relação à renovação de receitas, não sendo integralmente contemplada a individualidade da saúde do paciente.

Nesse quesito, embora a UBS tenha uma sala de acolhimento e esteja se adequando a uma modelagem de acolhimento, não é realizada de forma adequada, assemelha-se, portanto, a um processo de triagem e de burocratização do fluxo de atendimentos, ao invés de um processo de escuta ativa que visa construir vínculos de forma humanizada e empática.

2.2.5 Fluxo de Usuários e Modelagem do acolhimento

Conforme preconizado pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a porta de entrada e o primeiro contato do usuário na unidade ocorrem prioritariamente na recepção, ambiente onde idealmente devem ser realizadas as avaliações iniciais e a definição das ofertas de cuidado. Quando essa abordagem imediata não é viável, preconiza-se a utilização de um espaço reservado e adequado para a escuta qualificada, análise e tomada de conduta, como a sala de acolhimento. Para garantir a eficiência deste fluxo, as equipes devem operar sob uma lógica de organização em que os usuários com atividades previamente agendadas sejam prontamente direcionados, minimizando tempos de espera. Adicionalmente, o serviço deve possuir flexibilidade organizacional para manejar intercorrências e demandas espontâneas, demandando dos profissionais capacidade crítica para dialogar em equipe, articular a rede e garantir graus satisfatórios de resolutividade assistencial (Brasil, 2013).

No entanto, a observação prática da dinâmica da unidade revelou distanciamentos importantes em relação às diretrizes ministeriais. Identificou-se a formação constante de filas expressivas e um tempo de espera prolongado para o devido encaminhamento significativamente superior ao esperado para um fluxo ágil de atendimento. Na rotina observada, os usuários são inicialmente recebidos pela

recepção e, em seguida, direcionados para uma área de triagem sob a responsabilidade da enfermagem, que atua como o filtro para o encaminhamento ao serviço correspondente. Os únicos setores que permitem o acesso direto a partir da recepção, sem a necessidade dessa triagem intermediária, são a sala de vacinas e a farmácia.

Essa organização sofreu modificações adaptativas em decorrência do aumento expressivo nos casos de dengue no município. De modo que para absorver o volume de pacientes com suspeita da arbovirose, as consultas eletivas e programáticas foram postergadas, centralizando os esforços da equipe assistencial no manejo clínico dos casos agudos e potencialmente graves. Diante do exposto, entende-se que, embora o fluxo e a modelagem do atendimento demonstrem capacidade de resposta e adequação fora dos períodos de crise, a rotina da unidade ainda enfrenta desafios evidenciados pelas filas e pela lentidão no direcionamento dos usuários, fragilidades que são expostas diante os cenários de epidemias e surtos.

2.2.6 Classificação de risco

A classificação de risco no acolhimento é ferramenta importante para garantir o acesso com equidade aos usuários, serve como orientação para o tipo de intervenção necessário e em que tempo deve ocorrer tal intervenção, assim como estabelecido no volume 01 do “Cadernos de Atenção Básica”. Dessa forma, o trabalho em equipe é fundamental para que se identifique as situações que apresentam maior vulnerabilidade, sendo as situações classificadas em: situação aguda e situação não aguda. As situações não agudas têm como possíveis condutas orientações específicas e/ou orientações acerca das ofertas das unidades, além de agendamentos de ações previstas em protocolos e também agendamentos e/ou programações de intervenções. As situações agudas exigem atendimento imediato e necessitam de intervenção da equipe no momento da chegada do usuário na unidade de saúde, além de um atendimento prioritário e no dia em que chegou à unidade.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência prática na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim São Paulo I permitiu confrontar as diretrizes conceituais da Atenção Primária à Saúde (APS) com a realidade operacional do serviço, revelando um panorama de avanços e desafios estruturais. O primeiro ponto de inflexão observado refere-se ao acolhimento que, distanciando-se do modelo idealizado de escuta ativa e humanizada, configurou-se majoritariamente como uma triagem administrativa voltada para a resolução de demandas imediatistas, como a renovação mecânica de receitas e agendamentos de rotina. Essa fragilidade na porta de entrada é agravada pela ausência total (0%) de aplicação de protocolos institucionais de classificação de risco por parte da enfermagem, uma prática frequentemente justificada pela premissa equivocada de que a unidade não atende urgências, o que descaracteriza a função do protocolo de ordenar o fluxo de demanda espontânea por critérios de equidade e gravidade clínico-social.

Esse cenário organizacional reverbera diretamente no acesso de primeiro contato, tensionado por fatores culturais e estruturais. Constatou-se uma preferência de parcela significativa dos usuários em buscar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para queixas nitidamente ambulatoriais, motivada pela percepção cultural de maior agilidade e pela garantia de resolutividade imediata com exames no serviço de urgência. Ademais, atributos essenciais como a longitudinalidade e a coordenação do cuidado enfrentam severas barreiras. O vínculo longitudinal é fragilizado pela alta rotatividade dos profissionais médicos, enquanto a coordenação do cuidado é prejudicada pela fragmentação dos sistemas de informação do município; a ausência de uma contrarreferência digital unificada entre a USF, a atenção secundária e a rede hospitalar obrigam a equipe a depender do documento físico ou do relato verbal trazido pelo próprio paciente para dar continuidade ao plano terapêutico.

Em contrapartida às dificuldades de gestão de rede, os atributos derivados da APS revelaram as maiores potencialidades locais da unidade. A orientação comunitária encontrou sua expressão máxima nas visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ferramentas indispensáveis para a busca ativa e mapeamento de vulnerabilidades no território. Da mesma forma, no campo da educação em saúde, a equipe demonstrou capacidade de adaptação ao superar a baixa adesão presencial da comunidade por meio de estratégias digitais

inovadoras, tais como grupos online para gestantes e guias informativos virtuais para pacientes crônicos.

Por fim, o período de observação foi profundamente impactado pelo contexto epidemiológico do município. O expressivo aumento de casos agudos de dengue desestruturou a rotina programática da unidade, forçando a suspensão temporária de consultas eletivas, como o acompanhamento de hipertensos, diabéticos e puericultura, para priorizar o manejo de quadros febris. Embora necessária para o enfrentamento da crise sanitária, essa reconfiguração evidenciou uma regressão temporária do modelo de promoção da saúde para um modelo biomédico-curativo emergencial, demonstrando a vulnerabilidade dos atributos da APS diante de pressões sazonais e epidêmicas.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conformidade à proposta da atividade prática desenvolvida na USF em questão, baseando-se nos conceitos abordados na literatura, verifica-se que os objetivos foram atingidos, uma vez que os discentes puderam vivenciar no cotidiano dos serviços, os atributos e elementos constituintes da Atenção Primária à Saúde. Relacionando assim, o modo em que a teoria é aplicada na realidade da unidade.

O presente estudo possibilitou a observação direta dos atributos essenciais e derivados da APS, à medida que se desenvolvem no cotidiano da unidade de saúde. A partir das observações e entrevistas, pode-se contar o enfrentamento diante do atributo acesso de primeiro contato, em que os usuários só percebem a resolubilidade da unidade quando comparado com a UPA, um ambiente mais conturbado.

No que diz respeito às ferramentas de trabalho da APS, a partir das informações coletadas, pode-se notar fragilidades nas ferramentas relacionadas ao processo de trabalho, como o acolhimento com classificação de risco, e educação popular, elementos essenciais para a efetivação de um processo de trabalho íntegro, acolhedor e humano, mas que ainda destoam do que é contemplado na legislação, resultando em um potencial comprometimento com o fluxo dos atendimentos, e compreensão dos usuários em suas respectivas individualidades e multidimensionalidades.

Verifica-se, portanto, que apesar da implementação de políticas públicas direcionadas à transformação da atenção básica de saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família, a promulgação de diretrizes e portarias ainda destoa da sua efetiva aplicação. Portanto, é essencial realizar estudos como o presente relato para identificação de pontos positivos relacionados à eficiente aplicação dos atributos e ferramentas de trabalho da APS, mas também os desafios, para uma futura elaboração de estratégias, visando um processo contínuo de análise e adaptação conforme às necessidades observadas. Além disso, é uma oportunidade de desenvolver um pensamento crítico-reflexivo entre os acadêmicos e futuros profissionais da área, os aproximando do contexto de saúde em que o município de Foz do Iguaçu está inserido.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: cadernos de atenção básica, n. 28, Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab_28_v1.pdf. Acesso em: 28 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em: 16 mai. 2026.
- BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.
- CARDOSO, L. S. C. *et al.* Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. **CuidArte Enfermagem**, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS).
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011.
- CUNHA, M. S. da; SÁ, M. de C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.
- GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. cap. 16, p. 575-625.
- GOMES, L. B.; MELO, E. A.; PINTO, H. A. **Análise das modelagens do acolhimento em Aracaju-SE**. Aracaju, 2005. Mimeo.
- GUETERRES, Évilin Costa *et al.* Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, v. 16, n. 46, p. 464-499, abr.

2017.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, mar. 2018.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.