



ISSN: 2595-1661

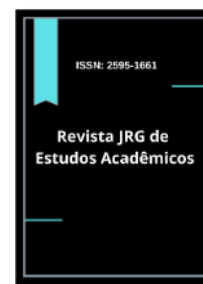
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Reflexões sobre a aprendizagem na Atenção Primária à Saúde (APS): relato de experiência

Reflections on learning in Primary Health Care (PHC): an experience report

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2970

ARK: 57118/JRG.v9i20.2970

Recebido: 18/01/2026 | Aceito: 22/02/2026 | Publicado on-line: 23/02/2026

Ludmila da Silva Costa¹

<https://orcid.org/0009-0004-2612-3196>

<http://lattes.cnpq.br/8546164287232998>

Universidade Federal da Integração Latino Americana, PR, Brasil

E-mail: ludmiladasilvacosta14@gmail.com

Alexandre Yukiti Kanda Omoto²

<https://orcid.org/0009-0009-7857-4059>

<http://lattes.cnpq.br/0318298959886844>

Universidade Federal da Integração Latino Americana, PR, Brasil

E-mail: ale.komoto@gmail.com

Monica Augusta Mombelli³

<https://orcid.org/0000-0002-9675-0791>

<http://lattes.cnpq.br/0726390053135417>

Universidade Federal da Integração Latino Americana, PR, Brasil

E-mail: monica.mombelli@unila.edu.br

Thiago Luis de Andrade Barbosa⁴

<https://orcid.org/0000-0002-6985-9548>

<http://lattes.cnpq.br/7802483275569097>

Universidade Federal da Integração Latino Americana, PR, Brasil

E-mail: thiago.barbosa@unila.edu.br

Ludmila Mourão Xavier Gomes Andrade⁵

<https://orcid.org/0000-0001-6442-5719>

<http://lattes.cnpq.br/8207558949635403>

Universidade Federal da Integração Latino Americana, PR, Brasil

E-mail: ludmila.gomes@unila.edu.br



Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada de Atenção Básica, definida a partir da declaração de Alma-Ata, constitui-se como a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Os atributos essenciais da APS compreendem o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Já os atributos derivados incluem a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural, que ampliam a efetividade e a qualidade da atenção prestada. Logo, no cotidiano do serviço, tais atributos essenciais visam a promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e

¹ Graduando(a) em Medicina pela Universidade Federal da Integração Latino Americana.

² Graduando(a) em Medicina pela Universidade Federal da Integração Latino Americana.

³ Graduado(a) em Psicologia; Mestre(a) em Ciências da Saúde; Doutor(a) em Ciências da Saúde.

⁴ Graduado(a) em Enfermagem; Mestre(a) em Ciências da Saúde; Doutor(a) em Ciências da Saúde.

⁵ Graduado(a) em Enfermagem; Mestre(a) em Ciências da Saúde; Doutor(a) em Ciências da Saúde.



reabilitação, desenvolvidas por equipes multiprofissionais voltadas ao indivíduo, à família e à comunidade. O estudo teve como objetivo relatar a experiência de vivência na APS, articulando os atributos e elementos do processo de trabalho com a realidade de uma Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir de uma atividade teórico-prática, vinculada ao módulo Programa de Integração Ensino-Serviço-Comunidade II do Curso de Medicina, de uma Universidade localizada na região Oeste do Paraná. A coleta de dados foi orientada por um plano de trabalho previamente elaborado pelos docentes, fundamentado em referenciais teóricos da literatura. Durante a vivência, observou-se a presença de vínculos sólidos entre equipe e comunidade, além do comprometimento dos profissionais com ações de promoção da saúde e educação em saúde. Contudo, identificaram-se fragilidades no registro e acompanhamento de usuários com condições crônicas, bem como inconsistências na aplicação da classificação de risco e na organização das visitas domiciliares. Além disso, verificou-se dificuldade na integração entre profissionais de diferentes categorias, o que impacta a coordenação do cuidado e a integralidade da atenção. Conclui-se que, embora a APS apresente avanços no fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, ainda enfrenta desafios relacionados à gestão do processo de trabalho e à efetivação de seus atributos essenciais. A experiência reforçou a importância da inserção acadêmica nos serviços de saúde, promovendo uma aprendizagem significativa e crítica sobre as potencialidades e limites da prática cotidiana na APS.

Palavras-chave: atributos da atenção primária à saúde; sistema nacional de saúde; estratégia saúde da família; visita domiciliar; acolhimento.

Abstract

Primary Health Care (PHC), also referred to as Basic Health Care and defined based on the Alma-Ata Declaration, constitutes the main entry point to the Brazilian Unified Health System. The essential attributes of PHC include first contact, longitudinality, comprehensiveness, and coordination of care. Derived attributes include family orientation, community orientation, and cultural competence, which enhance the effectiveness and quality of the care provided. Thus, in daily service practice, these essential attributes aim at health promotion, protection, diagnosis, treatment, and rehabilitation, carried out by multiprofessional teams focused on the individual, the family, and the community. The study aimed to report the experience of living in PHC, articulating the attributes and elements of the work process with the reality of a Family Health Unit. This is an experience report developed from a theoretical-practical activity linked to the Teaching-Service-Community Integration Program II module of the Medical Course at a university located in the western region of Paraná, Brazil. Data collection was guided by a work plan previously prepared by the faculty, based on theoretical frameworks from the literature. During the experience, the presence of strong bonds between the team and the community was observed, as well as the professionals' commitment to health promotion and health education actions. However, weaknesses were identified in the recording and monitoring of users with chronic conditions, as well as inconsistencies in the application of risk classification and in the organization of home visits. In addition, difficulties were noted in the integration among professionals from different categories, which impacts the coordination of care and the comprehensiveness of attention. It is concluded that, although PHC has shown advances in strengthening the Family Health Strategy, it still faces challenges related to the management of the work process and the effective implementation of its essential attributes. The experience



reinforced the importance of academic insertion in health services, promoting meaningful and critical learning about the potentials and limits of daily practice in PHC.

Keywords: *primary health care; national health system; family health unit; home visit; patient reception.*

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como seu propósito assegurar o acesso universal, equitativo e integral às ações e serviços de saúde, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Para organizar e operacionalizar esse atendimento no SUS, a Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 estabeleceu diretrizes para a adoção de um modelo de atenção hierarquizado, distribuído em três níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. Nesse contexto, a APS configura-se como a porta de entrada preferencial do sistema, sendo reconhecida como um dos principais eixos estratégicos do SUS por garantir a oferta de cuidados essenciais e contínuos aos indivíduos e famílias de uma determinada comunidade (Almeida et al., 2018).

Segundo Starfield (2002), a APS constitui o primeiro nível de atenção contínua centrada no indivíduo e fundamenta-se em atributos essenciais — acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado — e derivados — orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, consolidou a APS e a Atenção Básica (AB) como termos equivalentes, definindo-a como um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas à promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, ofertadas de forma gratuita e integral por equipes multiprofissionais (Brasil, 2017).

A principal estratégia de organização da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja estrutura se baseia no vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, favorecendo o contato contínuo com o território e a identificação das necessidades locais. A atenção centrada na família e na comunidade permite contemplar os atributos derivados da APS, promovendo o reconhecimento do contexto físico, social e econômico das famílias por meio de instrumentos como a visita domiciliar (VD) (Oliveira; Pereira, 2013). As equipes da ESF são compostas, no mínimo, por médico e enfermeiro — preferencialmente da área de Medicina de Família e Comunidade —, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo incluir profissionais de saúde bucal e agentes de combate a endemias (ACE). Essa composição reforça os princípios do SUS, ao privilegiar a atuação multiprofissional, o vínculo territorial e a responsabilização compartilhada pela saúde da população (Marqui et al., 2010; Brasil, 2017).

Essa organização das equipes, articulada ao contato contínuo com a comunidade, viabiliza a operacionalização dos principais elementos constituintes do processo de trabalho na APS, que incluem acolhimento, classificação de risco, VD, educação em saúde, trabalho em equipe, vínculo com a comunidade e planejamento das ações. O acolhimento, com diferentes modelos e estratégias, expressa-se nas formas de escuta qualificada e recepção dos usuários, com vistas à organização do fluxo de atendimento e à adequação das demandas às necessidades de saúde (Brasil, 2013a). Ademais, vale considerar a vivência prática de acolhimento que (re)signifique o encontro com o outro como uma interação entre sujeitos reconhecidos como equivalentes, especialmente no que se refere à produção de modos de viver. Nesse sentido, o encontro com o outro deixa de ser apenas



um instrumento para ordenar fluxos e decisões imediatas relacionadas à queixa apresentada, tornando-se, antes, um disparador de novos sentidos e possibilidades para a vida. Trata-se de um dilema ainda não totalmente resolvido, que demanda problematização cuidadosa por aqueles que buscam transformar a forma de se produzir saúde. Como tecnologia de cuidado, o acolhimento opera na tensão entre o acesso — garantir que o indivíduo seja recebido — e a dimensão terapêutica — promover mudanças significativas na produção do viver (Giordani et al. 2020).

A VD constitui importante instrumento para o diagnóstico situacional e para o acompanhamento de famílias em seus contextos, permitindo o planejamento de ações conforme a realidade territorial (Abrahão; Lagrange, 2007). A saber, a VD é um importante elemento constituinte do processo de trabalho na APS, pois permite que a equipe multiprofissional acompanhe a família em seu contexto cotidiano, compreendendo suas necessidades, hábitos e condições de vida. Essa prática favorece a orientação familiar, atributo derivado da APS, ao possibilitar a identificação precoce de fatores de risco, a educação em saúde adaptada à realidade familiar e o planejamento de ações individualizadas e coletivas. Além disso, ao promover o diálogo direto com os membros da família, a VD fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, ampliando a capacidade de intervenção preventiva e a promoção da saúde integral, alinhando-se aos princípios de longitudinalidade e integralidade do cuidado (Starfield, 2002). Ademais, no que tange à formação médica, a VD é essencial neste processo de formação e aprendizagem, permitindo aos estudantes compreender a realidade das famílias, planejar ações de promoção da saúde e aprofundar conhecimentos teóricos. Contribui para a saúde coletiva, educação em saúde e prevenção de agravos. Ao integrar teoria e prática, fortalece a atenção integral e humanizada (Saraiva et al., 2023).

A educação em saúde, por sua vez, busca promover a autonomia, a capacidade reflexiva e o pensamento crítico da população, fortalecendo o protagonismo dos sujeitos na construção de práticas de cuidado individuais e coletivas (Falkenberg et al., 2013). Em articulação, a Educação Popular em Saúde, prevista na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Brasil, 2013c), contribui para a ampliação da participação social e para a gestão compartilhada, valorizando o diálogo e a troca de saberes entre profissionais e comunidade.

Diversos estudos destacam a importância das ações de educação em saúde no âmbito do SUS, independentemente do tema abordado ou da faixa etária da população, evidenciando seu papel na promoção da autonomia, da reflexão crítica e da tomada de decisão sobre a saúde individual e coletiva. Essas ações contribuem diretamente para a efetivação dos atributos essenciais e derivados da APS, como a integralidade, a longitudinalidade, a orientação familiar e comunitária, ao promover cuidados contínuos e contextualizados. No âmbito da ESF, a educação em saúde se articula com práticas de acompanhamento domiciliar, grupos educativos e visitas regulares, permitindo que os profissionais compreendam o contexto familiar e comunitário, planejem intervenções adequadas e fortaleçam o vínculo entre equipe e usuários, consolidando o cuidado integral e resolutivo no território adscrito (Pinheiro; Bitar, 2016; Balduino et al. 2018; Souza; Campos; Rodrigues, 2024).

Diante desse panorama, o estudo teve como objetivo relatar a experiência de vivência na APS, articulando os atributos e elementos do processo de trabalho com a realidade de uma USF. Sob a perspectiva acadêmica, compreende-se que a integração entre ensino, serviço e comunidade fortalece a formação médica, ao aproximar o estudante da prática cotidiana e das necessidades reais do território, promovendo uma aprendizagem crítica e comprometida com os princípios do SUS.



2. Metodologia

Este estudo exploratório-descritivo consiste em um relato de experiência com abordagem qualitativa, centrado nas atividades teórico-práticas desenvolvidas no módulo de Programa de Integração Ensino Serviço e Comunidade II (PIESC II) do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), situada em região de fronteira internacional com o Paraguai e Argentina e localizada no estado do Paraná, Brasil. Dentre os conteúdos abordados neste módulo e discutidos neste relato estão: a análise dos atributos da APS na prática, a VD e o acolhimento.

Os relatos de experiência têm como função apresentar descritivamente uma vivência prática, seja individual ou em grupo, em determinado contexto para que sejam produzidas reflexões, que venham a ser úteis no desenvolvimento científico do ensino na área da saúde. Apresentam-se como um texto de caráter descritivo, contudo é essencial que os detalhes da experiência sejam incluídos, no intuito da replicabilidade por outros pesquisadores (Casarin e Porto, 2021). Ademais, a abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador interpretar o fenômeno estudado com base em suas próprias percepções e compreensões (Pereira et al., 2018).

Essa iniciativa foi feita em uma USF cadastrada nas práticas do módulo de PIESC II. Participaram das atividades práticas do módulo, incluindo o diálogo com os discentes, os profissionais de saúde e usuários dos serviços vinculados à USF. A USF em estudo é constituída atualmente por 3 equipes da ESF, sendo duas atuantes na área da manhã e uma na parte da tarde, com um cadastro de aproximadamente 10.000 pessoas. O acolhimento é realizado através da demanda espontânea, com a opção de agendamentos para casos em que o usuário manifeste essa preferência.

O módulo de PIESC II tem por objetivo apresentar, reconhecer e ressaltar as políticas públicas de saúde elaboradas pelo SUS, com enfoque no contexto da APS e da educação em saúde, trazendo, assim, a aplicação de uma metodologia ativa, na qual o estudante é participante ativo do aprendizado em sala e no ambiente de trabalho.

Nesse contexto, esse relato de experiência foi desenvolvido com base em um modelo educacional fundamentado na metodologia da problematização, utilizando o Arco de Charles Maguerez, apresentado pela primeira vez por Bordenave e Pereira, em 1982. Essa abordagem, que toma a realidade concreta como ponto de partida para o processo de ensino-aprendizagem, foi adotada como estratégia pedagógica para promover a articulação entre teoria e prática. Inicialmente, foram realizadas aulas teóricas expositivas e dialogadas, com o intuito de fornecer subsídios conceituais e reflexivos acerca dos temas abordados no módulo. Na sequência, os estudantes foram inseridos em vivências no campo, o que ampliou o contato direto com a realidade concreta dos serviços. As atividades foram conduzidas conforme as etapas do Arco de Maguerez: observação da realidade, identificação dos pontos-chave, teorização, formulação de hipóteses e aplicação à realidade. Essa metodologia auxiliou na construção coletiva do conhecimento a partir da realidade vivida, com a integração entre os saberes acadêmicos e experiências concretas.

Esse relato de experiência foi elaborado como resultado de encontros na USF, nos quais foram analisados o trabalho da APS com articulação da teoria e da prática. A expressão da experiência adquirida tem como finalidade, em um primeiro momento, identificar os aspectos teórico-práticos dos dispositivos assistenciais da ESF — como os atributos da APS, a educação em saúde, a VD e o acolhimento — e, em um segundo plano, analisar os desafios a serem superados nesse contexto.

Por fim, a atividade teórico-prática foi direcionada parte em grupo, com uma tutoria de um docente na área, e parte em duplas. A primeira com enfoque na



comunicação com profissionais da saúde, buscando conhecer o processo de trabalho do local. Enquanto a segunda consistiu em diálogos com usuários do serviço ofertado da USF, com o intuito de descobrir mais a fundo acerca da visão deles quanto ao funcionamento e eficiência da VD e do acolhimento realizado pela equipe de saúde. As atividades descritas foram realizadas em três momentos distintos, durante o período de Dezembro de 2024 a Fevereiro de 2025. Todos esses processos foram guiados, por meio de leituras prévias e documentos com o planejamento do plano de trabalho, elaborados pelos docentes do módulo do Programa de Integração Ensino Serviço e Comunidade (PIESC II), cuja estrutura era composta por: objetivos de aprendizagem, roteiro de observações, perguntas para direcionar a prática e reflexões do dia e autoavaliação do estudante frente às atividades desenvolvidas.

Este estudo não envolveu coleta de dados pessoais, experimentação com seres humanos ou qualquer procedimento que implicasse risco aos participantes. Houve a confidencialidade e o sigilo das informações em todos os procedimentos do estudo. Ressalta-se que foram observados os princípios éticos de respeito à dignidade humana, confidencialidade das informações institucionais e valorização dos sujeitos e contextos envolvidos na experiência relatada.

3. Resultados e Discussão

Para a apresentação dos resultados, estes foram organizados em seis categorias de análise, escolhidas por refletirem aspectos centrais da prática da ESF e da APS: atributos da APS, visita domiciliar, acolhimento, educação em saúde, fluxo de acolhimento e classificação de risco. Essa estrutura permitiu relacionar as práticas observadas com os elementos constituintes do processo de trabalho, evidenciando como cada categoria contribui para a integralidade, longitudinalidade e orientação familiar e comunitária do cuidado prestado à população adscrita.

Atributos da APS

Na primeira visita à USF, um dos aspectos centrais observados foram os atributos essenciais e derivados da APS, a saber: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária, bem como a competência cultural. Esses atributos configuram fundamentos estruturantes do processo de trabalho na APS e subsidiam a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, ao favorecer a oferta de cuidados contínuos, integrados e contextualizados à população adscrita.

Entre os atributos essenciais, o primeiro a ser discutido será o acesso ao primeiro contato, entendido como a capacidade do serviço em constituir-se como porta de entrada preferencial do sistema de saúde associada à acessibilidade e a utilização oportuna dos serviços diante das necessidades apresentadas pelos usuários (Oliveira; Pereira, 2013). No contexto da USF observada, esse atributo é efetivado de maneira satisfatória, evidenciado pelo atendimento de múltiplas demandas em curto espaço de tempo e pela recorrência de usuários que retornavam à USF para acompanhamento. A elevada resolutividade, aliada à localização estratégica da USF — próxima à população adscrita e relativamente distante de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) — contribuiu para que o serviço fosse reconhecido como local prioritário de busca por cuidado em situações de saúde diversas.

Outro atributo essencial identificado foi a longitudinalidade, compreendida como a oferta contínua e articulada de cuidados ao longo do tempo, com estabelecimento de vínculo entre usuários e equipe de saúde (Oliveira; Pereira, 2013). Este atributo esteve



presente no processo de trabalho das equipes da ESF 01, 02 e 03, sendo observados múltiplos exemplos de acompanhamento dos usuários em diferentes momentos de seus processos de saúde-doença. A organização da USF, com adscrição territorial definida e atendimento preferencialmente realizado pelos mesmos profissionais da equipe de referência, favoreceu a construção de vínculos duradouros. Destaca-se, nesse contexto, o papel dos ACS, cuja atuação é potencializada pela divisão territorial entre as equipes, fortalecendo a relação contínua com as famílias e ampliando a responsabilização pelo cuidado (Brasil, 2017).

No que se refere à integralidade, atributo que pressupõe a realização de práticas de saúde capazes de responder às demandas mais frequentes da população, sem negligenciar ações de promoção, prevenção e reabilitação (Oliveira; Pereira, 2013), observou-se sua efetivação por meio de estratégias assistenciais que extrapolam a consulta clínica individual. A denominada *Turma da Coluna* configura um exemplo concreto de prática integrada, na qual usuários que inicialmente procuram atendimento médico por queixas osteomusculares passam a ser inseridos em uma ação terapêutica ampliada, que inclui não apenas a prescrição medicamentosa, mas também a participação em grupo operativo voltado ao alívio da dor, fortalecimento muscular e prevenção de agravos futuros. De modo semelhante, o *Grupo de Emagrecimento* evidenciou a abordagem integral ao mobilizar a população para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, com foco em mudanças no estilo de vida, especialmente entre usuários com sobrepeso e obesidade. Em ambas as iniciativas, a integralidade manifestou-se por meio da atuação multiprofissional e interdisciplinar, da escuta qualificada e do estímulo à participação ativa dos usuários, evidenciando um cuidado que considera as múltiplas dimensões do processo saúde-doença.

A coordenação do cuidado, último atributo essencial analisado, refere-se à capacidade da APS em articular ações e serviços de forma integrada, garantindo fluxos efetivos de referência e contrarreferência, bem como o uso qualificado das informações clínicas no planejamento terapêutico (Oliveira; Pereira, 2013). No contexto da USF estudada, observou-se que o cadastramento sistemático dos usuários nas microáreas e sua vinculação aos sistemas de informação possibilitaram o registro longitudinal da história clínica no prontuário eletrônico, integrado aos diferentes níveis de atenção. Tal organização favoreceu o acompanhamento do percurso do usuário na Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a continuidade do cuidado. De modo geral, as equipes relataram percepções positivas quanto à efetividade da coordenação do cuidado, com destaque para a adequação dos encaminhamentos, o acesso aos serviços especializados e a possibilidade de retorno à USF para seguimento clínico.

Entre os atributos derivados, sobressaíram-se a orientação comunitária e a abordagem familiar. A orientação comunitária refere-se ao conhecimento aprofundado do território de atuação, incluindo dados epidemiológicos, características domiciliares e espaços coletivos, elementos fundamentais para o planejamento das ações em saúde e para o fortalecimento do vínculo com a comunidade (Brunelli et al., 2021). Já a abordagem familiar compreende a família como unidade central do cuidado, considerando os indivíduos em seus contextos relacionais e socioculturais (Reichert et al., 2016). Durante as vivências na USF, constatou-se que os ACS detinham conhecimento aprofundado sobre o território e suas dinâmicas, reconhecendo as condições de vida, os riscos e os recursos disponíveis, bem como as necessidades específicas das famílias acompanhadas. Esse vínculo territorial ampliado evidenciou a centralidade do trabalho dos ACS na consolidação desses atributos.



Por fim, a competência cultural, definida como o conjunto de habilidades e conhecimentos necessários para o cuidado de populações culturalmente diversas, promovendo maior afinidade e efetividade na relação entre usuários e equipe de saúde (Damasceno; Silva, 2017), foi identificada em situações práticas que demonstraram respeito às crenças e valores dos usuários. Destaca-se, nesse sentido, uma experiência na qual a equipe reconheceu a importância da religião no processo de saúde-doença de uma usuária, incorporando o diálogo com seu líder religioso como parte do cuidado, evidenciando sensibilidade cultural e postura ética no atendimento.

Visita domiciliar

Ainda no primeiro dia, no início da sessão de aprendizado teórico-prático, o grupo foi conduzido a realizar algumas observações sistematizadas acerca da VD, organizando-se em duplas para a visita à domicílios da população adscrita. Ressalta-se que a VD constitui uma ferramenta estratégica de processo de trabalho na APS, ao possibilitar a busca ativa de situações de maior vulnerabilidade no território, reforçando o princípio da equidade preconizado pelo SUS (Savassi, 2016). Nessa perspectiva, a VD tem como finalidade a efetivação de cuidados específicos, sobretudo àqueles usuários com limitações para deslocamento até a USF de referência, além de subsidiar a reorganização do processo de trabalho das equipes, contribuindo para a definição de prioridades assistenciais.

Durante a atividade, duas duplas de acadêmicos, acompanhadas por uma ACS, realizaram visita a um domicílio composto por duas edificações, no qual residiam sete pessoas pertencentes a três gerações familiares. Identificou-se, nesse contexto, um membro da família com múltiplas condições crônicas de saúde — incluindo transtorno ansioso, diabetes mellitus e doença vascular periférica — que demandava acompanhamento domiciliar contínuo pela USF de referência, em virtude de significativa limitação de mobilidade. A VD, nesse cenário, reafirma-se como um dispositivo formativo fundamental no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes de medicina, ao fortalecer a articulação entre universidade, serviço de saúde e comunidade. Essa prática favorece a aprendizagem significativa dos discentes, contribui para o aprimoramento das práticas profissionais das equipes de saúde e possibilita a identificação das necessidades de saúde, bem como a proposição de estratégias de enfrentamento dos problemas vivenciados pela população adscrita aos territórios da ESF (Saraiva et al., 2023).

Conforme discutido por Almeida et al. (2018), a coordenação do cuidado na APS é fundamental para assegurar respostas integrais às necessidades dos usuários, exigindo fluxos eficientes de referência e contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde. Durante a visita, observou-se a demora nesse processo, inicialmente diante de um quadro vascular periférico considerado de menor gravidade, que evoluiu para complicações clínicas, sinalizando fragilidades pontuais no atributo de coordenação do cuidado e na articulação entre os níveis assistenciais.

Durante as visitas, também foram identificadas falhas na comunicação e na assistência percebida pelos usuários. Houve relatos de que as VD não eram realizadas com a periodicidade recomendada — mensal — conforme preconizado por Savassi (2016). Ademais, os usuários relataram experiências marcadas pela ausência de empatia por parte de alguns profissionais da equipe de saúde, o que comprometeu a percepção de acolhimento e cuidado. Tais achados revelam fragilidades na construção do vínculo entre usuários e equipe, afetando diretamente o atributo da longitudinalidade da APS. A ausência de elementos como confiança, reconhecimento e responsabilização compartilhada dificulta a consolidação de um cuidado centrado na pessoa e orientado



para a continuidade do acompanhamento. Outro aspecto relevante apontado pelos usuários refere-se à inadequação de algumas propostas terapêuticas ao seu contexto sociocultural. Um exemplo recorrente foi a recomendação de atividades físicas em locais distantes do domicílio, inviáveis para uma usuária com limitações significativas de locomoção, inclusive no interior de sua própria residência. Esses relatos evidenciam a necessidade de fortalecimento das práticas de acolhimento, escuta qualificada e planejamento terapêutico singular, de modo a garantir que a atenção prestada seja efetivamente personalizada, contextualizada e contínua.

Como elemento positivo destacado por uma das usuárias, ressaltou-se o respeito demonstrado pela equipe de saúde em relação às suas crenças religiosas. Segundo o relato, não houve questionamentos ou julgamentos negativos acerca de sua fé, evidenciando a incorporação do atributo derivado da competência cultural no cuidado prestado, aspecto fundamental para a construção de relações terapêuticas éticas e respeitadas.

De acordo com Savassi (2016), a atuação dos profissionais de saúde durante as VDs requer um conjunto articulado de competências clínicas, sociais e relacionais. Entretanto, a análise da experiência observada revela discrepâncias entre as competências esperadas e aquelas efetivamente praticadas no cotidiano das visitas domiciliares. Destacam-se lacunas na relação equipe-família, evidenciadas pela insatisfação de usuários com a postura da equipe de referência, bem como fragilidades na escuta qualificada e no vínculo longitudinal. Além disso, observou-se a ausência de uma abordagem integral da família, considerando de forma articulada os aspectos sociais, clínicos e sistêmicos, resultando em práticas assistenciais desconectadas das condições reais de vida dos usuários. Com o intuito de sintetizar os principais achados dessa experiência, elaborou-se o Quadro 1, no qual são apresentados os aspectos positivos, fragilidades identificadas e implicações para o processo de trabalho na APS.

Quadro 1 - Habilidades da equipe na Visita Domiciliar

Habilidades	Cumprida?	Observações
Protagonizar a tomada de decisões complexas	Não	Decisões clínicas pareceram seguir protocolos genéricos
Exercer a criatividade na prática de suas atividades clínicas	Não	Ausência da identificação de estratégias adaptativas às limitações do território
Adaptar a melhor evidência científica para um contexto real	Não	Práticas não dialogavam com a realidade socioeconômica das famílias
Atender independentemente do ciclo de vida das pessoas	Sim	Atendimento prestado a diferentes faixas etárias
Incrementar a relação equipe-família	Não	Falta de empatia e acolhimento conforme relatado pela usuária 01
Classificar a	Não	Não classificação da



vulnerabilidade e a funcionalidade familiar		vulnerabilidade como critério estruturante da atenção
Abordar a família sob o ponto de vista social, clínico e sistêmico	Não	Visão fragmentada da situação familiar
Reconhecer os elementos presentes na rede de apoio social	Não	Ausência na identificação nas articulações com rede de apoio no território
Classificar a complexidade do cuidado	Não	Ausência de classificação na complexidade do cuidado

Fonte: Elaborado pelos autores

No que se refere aos conhecimentos esperados para a atuação na APS, observou-se que a equipe de referência da usuária realizou um cuidado assertivo no acompanhamento do óbito no contexto familiar e nas orientações subsequentes, decorrentes do falecimento de seu marido. Segundo o relato da própria usuária, esse período foi marcado por uma atuação presente, acolhedora e facilitadora por parte dos profissionais da USF, o que contribuiu de maneira significativa para o enfrentamento do luto e para a manutenção da continuidade do cuidado.

Durante o acompanhamento, evidenciou-se que a equipe demonstrou domínio técnico e sensibilidade relacional no cuidado a situações de luto, integrando apoio emocional, orientações adequadas e os encaminhamentos necessários. A atuação profissional, descrita pela usuária como humanizada e resolutive, favoreceu a vivência do processo de perda de forma mais tranquila, reafirmando a capacidade da APS de responder a demandas complexas que extrapolam o manejo estritamente biomédico.

Essa conduta reforça a relevância da articulação entre conhecimento técnico-científico e acolhimento afetivo no âmbito da APS, destacando o papel da equipe como mediadora no processo de reorganização emocional e no cuidado longitudinal à família enlutada. Tal integração evidencia a potência da APS na promoção de cuidado centrado na pessoa e orientado para a integralidade.

Nesse sentido, para o aprimoramento do uso da VD como ferramenta de trabalho, mostra-se mutuamente benéfica — tanto para usuários quanto para profissionais — a implementação efetiva de estratégias de estratificação de risco familiar, de modo a garantir maior frequência de visitas àqueles indivíduos e famílias em situação de maior vulnerabilidade. Essa estratégia requer revisões periódicas, a fim de assegurar sua atualização e efetividade frente às mudanças nas condições de vida e de saúde da população adscrita.

Adicionalmente, destaca-se a importância da capacitação contínua dos profissionais envolvidos nas VDs, considerando o fortalecimento das habilidades técnicas, atitudes éticas e competências relacionais necessárias para o desempenho qualificado dessa prática. As capacitações no âmbito da ESF podem ser potencializadas por ações de educação permanente em saúde, conforme evidenciado em estudo realizado em um município de Santa Catarina (Siega; Vendruscolo; Zanatta, 2020). A experiência, fundamentada no método de Paulo Freire e estruturada em quatro Círculos de Cultura, envolveu 20 participantes — entre ACS, demais profissionais da eSF e lideranças comunitárias — e teve como objetivo a reestruturação coletiva de um roteiro de Visita Domiciliar orientado pelos princípios da Promoção da Saúde. Como resultado, a



construção e validação de um instrumento mais didático e colaborativo qualificaram as práticas de VD e contribuíram para a reorientação do serviço, evidenciando o potencial transformador das ações de educação permanente na prática cotidiana do trabalho em saúde (Siega; Vendruscolo; Zanatta, 2020).

Educação em saúde

No segundo dia de aprendizado, foram observadas atividades de educação em saúde, evidenciando o papel estratégico da USF na construção compartilhada de conhecimentos em saúde junto à população adscrita. Essas ações constituem expressão concreta dos atributos essenciais da APS, ao promoverem cuidado integral, orientado ao território e sustentado pela continuidade das relações entre equipe e usuários. Conforme destaca Starfield (2002), sistemas de saúde organizados a partir de uma APS forte apresentam melhores resultados em saúde justamente por incorporarem práticas que integram promoção, prevenção, cuidado e acompanhamento longitudinal. Nesse sentido, a educação em saúde configura-se como elemento central para a efetivação dos princípios da APS, ao articular saberes técnicos e populares em uma perspectiva dialógica (Falkenberg et al., 2013).

As práticas educativas desenvolvidas pela USF analisadas evidenciaram de forma consistente o atributo da integralidade, compreendida como a capacidade de reconhecer e responder às necessidades de saúde em sua complexidade, considerando dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Starfield, 2002). O planejamento familiar, conduzido por equipe multiprofissional, exemplifica essa abordagem ao estimular reflexões sobre o desejo reprodutivo e a tomada de decisões informadas, articulando a atuação de médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e ACS. Tal prática dialoga com a concepção de cuidado integral defendida por Giovanella et al. (2018), ao reconhecer o usuário como sujeito ativo do cuidado e ao promover autonomia e corresponsabilização.

O atributo da orientação comunitária manifestou-se de maneira expressiva nas atividades coletivas desenvolvidas no território, planejadas a partir das necessidades identificadas na população adscrita. A Turma da Coluna e o Grupo de Emagrecimento constituem exemplos de ações que incorporam o conhecimento sobre o território, seus recursos e vulnerabilidades, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017). A realização de práticas corporais e educativas em espaços comunitários acessíveis favoreceu a participação dos usuários e fortaleceu o vínculo entre equipe e comunidade, reafirmando a APS como espaço privilegiado de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A longitudinalidade, atributo central da APS segundo Starfield (2002), foi evidenciada especialmente no acompanhamento contínuo proporcionado por iniciativas como o Grupo Bem Gestar, voltado às gestantes. A atuação multiprofissional possibilitou o seguimento das usuárias ao longo do período gestacional, fortalecendo vínculos terapêuticos duradouros e garantindo a continuidade do cuidado, conforme orienta a PNAB (Brasil, 2017). Além disso, a regularidade dos encontros favoreceu a construção de redes de apoio entre as próprias gestantes, ampliando o suporte emocional e social, aspecto fundamental para a integralidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

Dessa forma, as ações de educação em saúde observadas na USF mostraram-se alinhadas aos atributos estruturantes da APS — integralidade, orientação comunitária e longitudinalidade — conforme proposto por Starfield e incorporados às diretrizes brasileiras por Giovanella e pela PNAB. As experiências descritas reforçam a centralidade da APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, ao



articular práticas coletivas, interdisciplinares e territorializadas, fundamentais para o enfrentamento dos desafios contemporâneos da saúde pública.

Acolhimento

A prática do acolhimento realizada na USF tem como objetivo central o reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos, respeitando a sua singularidade, legitimidade e contexto de vida. Trata-se de uma diretriz ética e organizacional que deve orientar os serviços de saúde, configurando-se como base estruturante da Atenção Básica (Brasil, 2013b). Mais do que um conceito normativo, o acolhimento expressa-se como uma prática relacional, materializada nas formas de escuta, comunicação e responsabilização entre profissionais e usuários, podendo assumir diferentes graus de qualificação conforme a maneira como é conduzido no cotidiano dos serviços (Brasil, 2013a).

Antes de aprofundar a análise do acolhimento na USF estudada, faz-se necessário destacar as principais modelagens de acolhimento descritas na literatura. Estas incluem: acolhimento realizado pela equipe de referência, acolhimento do dia, acolhimento misto e acolhimento coletivo (Brasil, 2013a). O acolhimento pela equipe de referência favorece o fortalecimento do vínculo entre profissionais e população adscrita; o acolhimento do dia prioriza a flexibilidade no atendimento da demanda espontânea; o modelo misto combina ambas as estratégias; e o acolhimento coletivo organiza a escuta inicial em espaços compartilhados, com posterior definição de prioridades assistenciais.

A USF onde se desenvolveu o estudo teórico-prático adotava predominantemente o acolhimento pela equipe de referência, conforme relatado pela enfermeira. Nesse modelo, os profissionais realizavam o atendimento prioritariamente aos usuários adscritos à sua área de abrangência, fortalecendo a responsabilização sanitária e o vínculo longitudinal. Como estratégia organizacional, o acolhimento da demanda espontânea ocorria no primeiro turno, iniciando-se às sete horas da manhã e estendendo-se até às vinte horas, com flexibilidade para atender usuários que chegarem fora deste intervalo. Observou-se que a USF priorizava o atendimento por demanda espontânea, enquanto a agenda programada era utilizada com menor frequência. Tal organização foi ilustrada pelo relato de uma usuária, que referiu frequentar a USF no período da tarde por estar vinculada à equipe desse turno, evidenciando a centralidade da equipe de referência na organização do cuidado.

Adicionalmente, a USF buscava implementar, dentro de suas possibilidades, o modelo de Acesso Avançado (AA), cuja lógica prioriza a resolutividade e a agilidade no atendimento, mantendo a agenda aberta para responder às necessidades apresentadas no dia (Pires Filho et al., 2019). Segundo relato da enfermeira, as queixas dos usuários eram, em sua maioria, resolvidas no mesmo dia, incluindo a realização de testes rápidos, sem necessidade de agendamento prévio. Ainda assim, respeitava-se a preferência de alguns usuários por consultas agendadas, prática também compatível com os pressupostos do AA.

No diálogo com os profissionais da equipe, identificou-se que processos como a contrarreferência e a renovação de receitas eram, em geral, resolvidos de forma ágil e sem a exigência de agendamentos formais, o que contribui para maior adequação do cuidado à rotina e às necessidades dos usuários. Essa flexibilidade organizacional reforça o papel do acolhimento como dispositivo de acesso e ordenação do cuidado na APS.

Por fim, emergiu nas discussões a temática dos chamados hiperutilizadores da USF. Embora representem uma parcela minoritária da população atendida, esses usuários podem ser responsáveis por até 40% das consultas e dos serviços ofertados, configurando



impacto significativo na demanda assistencial (Savageau et al., 2006). A literatura, entretanto, não apresenta consenso quanto à definição desse grupo, sendo utilizados tanto critérios quantitativos — como número ou frequência de consultas — quanto qualitativos, baseados na percepção da equipe de que o uso dos serviços excede as necessidades clínicas objetivas (Tureck; Chioro; Andreazza, 2022). Na experiência observada, os profissionais relataram a existência de usuários com esse perfil, adotando estratégias de manejo não confrontativas, evitando abordagens diretas que pudessem gerar constrangimentos, exceto em situações consideradas extremas.

No contexto do acolhimento na APS, algumas estratégias adotadas para lidar com as pessoas que consultam com frequência, como a limitação do atendimento a uma única queixa por visita, podem reforçar a lógica fragmentada da queixa-conduta. Tal prática tende a produzir um “hiperutilizador fabricado⁶” pelo próprio sistema de saúde, ao induzir sucessivos retornos para resolução de demandas que poderiam ser abordadas de forma mais integral em um único encontro (Tureck; Chioro; Andreazza, 2022). Ademais, observa-se uma tendência à deslegitimação de demandas que não se enquadram estritamente nos critérios biomédicos de gravidade, negligenciando necessidades igualmente relevantes relacionadas ao sofrimento psíquico, à vulnerabilidade social e à busca por vínculo e reconhecimento.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível que o acolhimento na AB amplie seu escopo de escuta e cuidado, reconhecendo dimensões que extrapolam o campo clínico tradicional, como o desejo de pertencimento à USF, a construção de vínculos afetivos com a equipe, as condições sociais adversas e as responsabilidades relacionadas ao cuidado de familiares. Tal ampliação é fundamental para a consolidação de uma APS orientada pela integralidade, pela longitudinalidade e pela centralidade do usuário no processo de cuidado.

Fluxo de acolhimento

No terceiro dia de vivência na USF, o foco central das atividades consistiu na entrevista com os trabalhadores da unidade, com o objetivo de compreender o fluxo de usuários, as modelagens de atendimento adotadas e os critérios utilizados para a classificação de risco no acolhimento. Essa abordagem permitiu analisar aspectos organizacionais do processo de trabalho e sua relação com o acesso e a resolutividade da APS.

A USF estudada contava com três equipes de saúde em seu quadro funcional. No período da manhã, as equipes 01 e 02 realizavam atendimento das 7h às 13h, enquanto, no turno da tarde, apenas a equipe 03 atuava no horário das 13h às 19h. Segundo os profissionais entrevistados, as principais demandas que motivavam a busca dos usuários pelo acolhimento incluíam condições crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, quadros agudos de menor complexidade, como diarreia, além de consultas de retorno, o que reforça o papel da APS no acompanhamento longitudinal e no manejo de condições prevalentes no território.

No que se refere à recepção da USF, observou-se que os profissionais responsáveis eram terceirizados. Ainda assim, a recepção foi reconhecida como o primeiro ponto de contato do usuário com a USF, desempenhando papel estratégico na identificação inicial das necessidades de saúde, no direcionamento adequado dos usuários, bem como na conferência de documentação e atualização cadastral, quando

⁶ O termo utilizado não é mais empregado na literatura atual, sendo substituído pela expressão “pessoas que consultam frequentemente”, conforme adotado no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2ª edição.



necessária (Brasil, 2013c). Tal função evidencia a importância da recepção como elemento constitutivo do acesso ao primeiro contato na APS.

Embora as recepcionistas possuíssem conhecimento básico acerca da classificação de risco adotada na USF, as situações que demandavam avaliação clínica imediata eram prontamente encaminhadas à enfermeira ou à técnica de enfermagem, assegurando maior segurança ao usuário e adequação no fluxo assistencial. Após o atendimento inicial na recepção, os usuários eram direcionados conforme a natureza da demanda, podendo ser acolhidos pela equipe de enfermagem ou encaminhados diretamente a outros serviços da USF, como a sala de vacinação ou o setor de curativos. Essa articulação entre os diferentes profissionais qualifica o trabalho desenvolvido na recepção e caracteriza a prática interdisciplinar no serviço de saúde (Soares; Martins, 2018).

No cotidiano da USF, os profissionais relataram que uma das principais fontes de insatisfação dos usuários estava relacionada à disponibilidade de agendamentos, especialmente para consultas programadas. Também foram mencionados conflitos envolvendo usuários impacientes, que exigiam atendimento imediato independentemente de sua classificação de risco. Diante dessas situações, a estratégia mais frequentemente adotada pela equipe para a mediação dos conflitos foi o diálogo, reforçando o acolhimento como prática relacional e comunicativa, fundamental para a organização do acesso e para a construção de relações de confiança entre usuários e profissionais.

Classificação de risco no acolhimento

A classificação de risco no acolhimento constitui uma estratégia organizacional do processo de trabalho na APS, cujo objetivo é reconhecer e ordenar o atendimento a partir das necessidades apresentadas pelos usuários, substituindo a lógica da triagem excludente por um modelo fundamentado no acolhimento e na equidade (Brasil, 2009). Nessa perspectiva, a classificação de risco orienta o acesso ao cuidado de acordo com critérios de vulnerabilidade, gravidade e risco, assegurando que todos os usuários sejam atendidos conforme suas prioridades de saúde, e não exclusivamente pela ordem de chegada (Brasil, 2013b).

No município pesquisado, não há a adoção de um protocolo padronizado de classificação de risco para as USF. Na USF em estudo, a classificação era operacionalizada por meio de cinco categorias cromáticas — cinza, azul, verde, amarelo e vermelho — cabendo aos profissionais definir a classificação mais adequada a cada situação apresentada. Tal organização, embora busque responder às demandas cotidianas do serviço, apresenta distanciamentos em relação às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que estabelece que a classificação de risco não deve ser compreendida como prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, devendo considerar também a escuta do usuário e o contexto de sua rede social no processo de tomada de decisão (Brasil, 2004).

Desse modo, a classificação de risco, quando conduzida de forma estritamente técnico-profissional, pode limitar a compreensão ampliada das necessidades de saúde e fragilizar o caráter humanizado do acolhimento. Conforme preconiza a PNH, a incorporação da perspectiva do usuário e de seu contexto social é fundamental para qualificar o cuidado, fortalecer o vínculo e promover corresponsabilização entre profissionais, usuários e comunidade (Brasil, 2004). Assim, a efetividade da classificação de risco no acolhimento depende não apenas de critérios clínicos, mas também da



valorização da subjetividade, das condições de vida e das vulnerabilidades que atravessam o processo saúde-doença.

4. Conclusão

De acordo com a proposta da atividade prática desenvolvida na USF analisada, cujo objetivo foi proporcionar aprendizado acerca do trabalho em saúde articulado à literatura, constata-se que a integração entre o conteúdo teórico e a vivência prática mostrou-se construtiva para a formação dos discentes, alcançando resultados satisfatórios no processo de ensino-aprendizagem. Observou-se a consolidação do entendimento sobre a aplicabilidade e a operacionalização dos atributos da APS e de suas principais ferramentas no cotidiano do serviço, permitindo uma compreensão ampliada da organização do cuidado no território.

Os atributos da APS demonstraram impacto positivo no funcionamento da USF, contribuindo para a construção de um ambiente assistencial mais acessível, resolutivo e orientado às necessidades da população adscrita. Quando implementados de forma efetiva, esses atributos favorecem práticas voltadas à promoção da saúde, à ampliação do acesso, ao acompanhamento longitudinal, à coordenação do cuidado e à atenção centrada na pessoa e na família. A análise desses atributos possibilitou aos discentes de medicina identificar potencialidades e lacunas nos serviços de saúde, reforçando o caráter crítico-reflexivo da formação em saúde.

No que se refere às ações de educação em saúde, evidenciou-se a construção de vínculos entre equipes e usuários, fortalecida por práticas coletivas e interativas realizadas em espaços comunitários, com elevada adesão da população. Tais estratégias reforçam o papel da educação em saúde como instrumento de empoderamento dos usuários, tornando-os agentes ativos no cuidado de sua própria saúde e no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença.

Quanto ao acolhimento, foram identificados entraves relacionados tanto à organização do fluxo assistencial quanto à construção de vínculo. O primeiro refere-se às tensões entre as expectativas dos usuários por consultas agendadas e a adoção do modelo de Acesso Avançado, que prioriza o atendimento oportuno sem agendamento prévio. O segundo diz respeito a fragilidades na relação profissional-usuário, evidenciadas por relatos de invisibilidade institucional e dificuldades na construção de vínculo, indicando limitações parciais no cumprimento do atributo da competência cultural, especialmente no que tange à consideração das dimensões psicossociais dos usuários.

Adicionalmente, foram identificados desafios relevantes relacionados à VD e à classificação de risco. No âmbito da VD, destacaram-se situações de invisibilidade social, ausência de empatia na comunicação verbal e não verbal e irregularidade na periodicidade das visitas, o que compromete a longitudinalidade e o vínculo terapêutico. Nesse sentido, o aprimoramento da estratificação de risco familiar, aliado à capacitação técnica e relacional das equipes, apresenta-se como estratégia fundamental para qualificar essa prática.

Em relação à classificação de risco, o principal entrave identificado foi a ausência de um protocolo padronizado, o que pode favorecer decisões subjetivas e gerar desigualdades no atendimento. A implementação de um protocolo municipal, construído de forma participativa e alinhado às diretrizes da Política Nacional de Humanização, poderia contribuir para maior equidade, transparência e corresponsabilização no processo decisório.

Como limitações do estudo, destaca-se o caráter localizado da experiência, restrita a uma única USF, bem como o tempo delimitado da vivência prática, o que limita



a generalização dos achados. Ademais, a análise baseou-se predominantemente em observações e relatos de usuários e profissionais, não contemplando indicadores quantitativos de desempenho do serviço.

Diante disso, recomenda-se que estudos futuros ampliem o escopo de análise, incluindo múltiplas unidades e diferentes contextos territoriais, bem como a utilização de métodos mistos que integrem dados qualitativos e quantitativos. Sugere-se, ainda, a investigação aprofundada sobre os impactos da educação em saúde, do acolhimento e da estratificação de risco na resolutividade da APS, assim como a avaliação de intervenções voltadas à qualificação das visitas domiciliares e à implementação de protocolos de classificação de risco.

Por fim, a experiência relatada reafirma a relevância da APS como eixo estruturante do sistema de saúde e como espaço privilegiado de formação em saúde, evidenciando a necessidade de investimentos contínuos na qualificação dos processos de trabalho, na valorização do vínculo e na promoção de um cuidado integral, equitativo e humanizado.

Referências

- ABRAHÃO, A.L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P.151-71.
- ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washigton, v. 42, n.[s.n], p.1-8, out./out. 2018.
- BALDOINO, Luciana Stanford; SILVA, Serina Maria do Nascimento; RIBEIRO, Aclênia Maria Nascimento; RIBEIRO, Eullâynne Kassyanne Cardoso. Educação em saúde para adolescentes no contexto escolar: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1161–1167, mar./abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. In: **Cadernos de Atenção Básica**. 1 ed. v. 1, n. 28. Brasília, 2013a.



- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização – PNH, Humaniza SUS**, 1ª edição, Brasília-DF, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013c.
- BORDENAVE, JD; PEREIRA, AMP. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
- BRUNELLI, Bruno; LANGKAMER, Marcos Filipe Bueno; DORNELAS, Ana Júlia Santana; RODRIGUES, Maria Júlia Mascarenhas; BERNARDES, Júlia Guimarães. Orientação Comunitária: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2768, jan./dez. 2021.
- 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, jul./dez. 2009.
- CASARIN, S. T.; PORTO, A. R. Relato de experiência e estudo de caso: algumas considerações. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 4, out./dez. 2021.
- DAMASCENO, Renata Fiúza; SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2017.
- 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**, v.19, n.3, p.847-852, mar./mar. 2013
- GIORDANI, J. M. DO A. et al. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, jan./mar. 2021.
- MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes de Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.4, dez./dez. 2010.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n.[s.n],p. 158-164, set./set. 2013.
- PEREIRA, A. S. et al. Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria, RS: Ed. UAB/NTE/UFSM, 2018.



- PINHEIRO, J. M. S.; BITAR, T. C. S. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 20, n. 4, p. 288-294, out./dez. 2019.
- PIRES FILHO, Luís Antônio Soares; AZEVEDO-MARQUES, João Mazzoncini de; DUARTE, Nádia Santos Miranda; MOSCOVICI, Leonardo. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 605-613, abr./jun. 2019.
- 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. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan./jan. 2016.
- SARAIVA, A. T. G. et al. Visita Domiciliar: ferramentas de aprendizagem de estudantes de medicina e de orientação familiar. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 22, n. 1, jul./jul. 2023.
- SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, jan./dez. 2016.
- SIEGA, Cheila Karej; VENDRUSCOLO, Carine; ZANATTA, Elisangela Argenta. Educação permanente com agentes comunitários de saúde para instrumentalização da visita domiciliar: relato de experiência. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 94-100, abr./abr. 2020.
- SOARES, D. dos A. M.; MARTINS, A. M. Intersetorialidade e Interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, abr/abr. 2018.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. 2002.
- TURECK, Fernando; CHIORO, Arthur; ANDREAZZA, Rosemeire. Meu Deus, lá vem ele de novo! O cuidado à saúde aos “hiperutilizadores” na Atenção Básica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.26, n. [s.n], p. 1-16. jan./dez. 2022.