



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

### INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

#### INTERFACES OF PRIMARY HEALTH CARE: A REFLECTIVE STUDY

Wanderson Alves Ribeiro<sup>1</sup>, Larissa Christiny Amorim dos Santos<sup>2</sup>, Keila do Carmo Neves<sup>3</sup>, Bruna Porath Azevedo Fassarella<sup>4</sup>, Ana Lúcia Naves Alves<sup>5</sup>, Fernando Salgado do Amaral<sup>6</sup>, Enimar de Paula<sup>7</sup>, Kemely de Castro<sup>8</sup>

e2168

<https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i1.68>

#### RESUMO

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. O presente estudo se trata de um estudo reflexivo, com os dados coletados através de meio eletrônico pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Podemos concluir que a coordenação dos cuidados pela APS promove melhorias na qualidade da prestação, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. A continuidade no atendimento é considerada um fator importante para a qualidade do cuidado, garantindo efeitos positivos no desfecho da saúde, melhorando a relação profissional-paciente, aumentando o conhecimento e interesse do profissional de saúde pelo paciente, e contribui para a confiança e adesão ao tratamento

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único de Saúde. Acolhimento. Assistência Integral à Saúde

#### ABSTRACT

*Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technologies, placed within the universal reach of individuals and families in the community, through their full participation and at a cost that the community and country can maintain at each stage of your development in the spirit of self-confidence and self-determination. The present study is a reflective study, with data collected electronically by the Virtual Health Library (VHL), in the following databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). We can conclude that the coordination of care by the PHC promotes improvements in the quality of care, reducing access barriers to different levels of care and integrating actions and services at the same level of the health system and in the territory. Continuity of care is considered an important factor for*

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre e Doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu, Brasil

<sup>3</sup> Enfermeira. Pós-Graduada em Nefrologia; Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG, Brasil

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Urgência e Emergência. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Iguazu, Brasil

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutoranda na Facultad de Humanidades Y Artes. Universidad Nacional de Rosario, UNR, Argentina

<sup>6</sup> Enfermeiro graduado pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA). Pós-Graduado em enfermagem em terapia intensiva pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA). Mestre em ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), Brasil

<sup>7</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno-Infantil Faculdade de Medicina - Universidade Federal Fluminense – UFF. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Obstetrícia da Universidade Iguazu

<sup>8</sup> Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu, Brasil



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

*the quality of care, ensuring positive effects on the health outcome, improving the professional-patient relationship, increasing the health professional's knowledge and interest in the patient, and contributing to confidence and adherence to the treatment.*

**KEYWORDS:** Health Unic System. Reception. Comprehensive Health Care

### INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como uma estratégia de organização e sustentada da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e eficaz à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos, família e comunidades. Essa conceituação objetiva na sintetização das diversas óticas e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS<sup>1</sup>.

Com base no contexto e nos registros históricos, a ideia de atenção primária foi utilizada como estratégia de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920<sup>2</sup>. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade<sup>3</sup>.

No período do início dos anos vinte ao final dos anos setenta, emergiram vários movimentos que, de forma direta ou indiretamente, subsidiaram o alicerce de construção da APS. Essa estrutura inicial foi de grande relevância para um cenário propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF<sup>4</sup>.

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominadas cuidados primários de saúde<sup>5</sup>.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde<sup>6</sup>.

Em consonância ao supracitado, a conferência de Alma-Ata definiu a APS como cuidados de grande relevância, baseados em estratégias de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem em um espírito de autonomia e autodeterminação<sup>7</sup>.

Corroborando ao contexto, autores informam que, no Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde<sup>8</sup>.

A APS tem uma história singular no Brasil que pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento, onde pode-se citar: O primeiro ciclo surgiu, em 1924, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo (USP); O segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP); O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade; O quarto ciclo, nos anos 70, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978<sup>9</sup>.

Em continuidade ao exposto, no que se refere ao quarto ciclo, cabe complementar que iniciados como experiências-piloto em universidades, confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura<sup>10</sup>.

Por sua vez, o quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. A instituição do SUS levou a um sexto ciclo que se concretizou por meio da



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

municipalização das unidades de APS dos estados que passaram à gestão dos municípios, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários. A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira que se denomina ciclo da atenção básica à saúde e que vige atualmente<sup>11</sup>.

A expansão dessas propostas ocorreu no país a partir da definição da NOB SUS 01/1996, quando o Ministério da Saúde deliberou sobre a forma de financiamento da Atenção Básica à Saúde – PAB, com um componente fixo e outras variáveis, através de repasses de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde, estipulando um valor fixo per capita, para ser alocado pelos municípios na Atenção Básica. Em 1997, o PSF foi definido como Estratégia para a Atenção Básica pelo Ministério da Saúde, e, em 1998, a Portaria no 3.925 apresentou o que se entende por Atenção Básica conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação<sup>12</sup>.

Em 2006, a portaria 648/GM apresentou uma concepção mais abrangente da Atenção Básica, aproximando-a da definição da APS, orientando que ela deveria ser desenvolvida por: [...] meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social<sup>13</sup>.

Nesse sentido, a implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país não havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo dispersos<sup>14</sup>.

Surgido em 1994 e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. Desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde. A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield,



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Neves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada, visando a inserção do usuário na APS e ainda, dando acesso a saúde<sup>15</sup>.

### MÉTODO

Trata-se de um estudo reflexivo sobre as interfaces da atenção primária de saúde. Os dados foram coletados através de meio eletrônico pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), no período de 2018 á 2022. Para verificar a frequência de publicações acerca do assunto, foi necessária a utilização de palavras-chave visando garantir uma melhor delimitação para busca. Os Descritores em Ciência da Saúde – DECS utilizados foram: Sistema Único de Saúde; Acolhimento; Assistência Integral à Saúde.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos relacionados à temática de estudo, da área de enfermagem, no idioma português, com texto na íntegra. E como critérios de exclusão: artigos não relacionados à temática de estudo, de outras áreas de conhecimento, em língua estrangeira, e com tempo de publicação maior que cinco anos.

### ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De posse do material selecionado para análise, foi realizada primeiramente uma leitura flutuante dos artigos. Posteriormente, foi realizada uma nova leitura onde os conteúdos semelhantes foram agrupados através da marcação de cores, emergindo as unidades temáticas. E logo após à leitura reflexiva dos ensaios supracitados originaram cinco categorias: (i) A porta de entrada para o atendimento no SUS - atribuições da Atenção Primária de Saúde; (ii) Integralidade na Atenção Primária de Saúde; (iii) Coordenação das ações de saúde; (iv) Definição de Urgências e emergências na Atenção Primária de Saúde; (v) Atendimento de casos de urgências e emergências de baixa gravidade.

#### A PORTA DE ENTRADA PARA O ATENDIMENTO NO SUS - ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

A Sétima Conferência Nacional de Saúde, em 1980, constituiu-se em um fórum de debates para o aprofundamento da proposta de “cuidados primários de saúde”, a partir do subtema “[...] serviços básicos de saúde e sua articulação com os demais níveis de atendimento [...]” e “recursos humanos”, configurando-se a APS no país, com possibilidade de extensão da cobertura da assistência e, ao mesmo tempo, como porta de entrada que ordenasse o sistema de saúde, pressupostos que, posteriormente, passaram a ser contemplados no SUS, promulgado na Constituição Federal de 1988<sup>16</sup>.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

Cabe ressaltar que o SUS, garantido pela Constituição Federal e leis orgânicas Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei N.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com seus princípios doutrinados e preceitos constitucionais de universalidade (acesso da população a qualquer serviço de saúde); equidade (acesso em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e integralidade (ações integrais e não mais fragmentadas) representam um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária Brasileira, sendo vislumbrada como uma ação de contribuição para a porta de entrada da população nas unidades de saúde, tornando esse acesso mais objetivo<sup>17</sup>.

A questão do “acesso” ao sistema de saúde apoia-se nas proposições da Conferência de Alma – Ata (1978). Apontam a APS como potencialmente viabilizadora de cobertura, racionalização e organização do sistema e da circulação dos usuários no interior do sistema<sup>18</sup>.

Em 1993, a Portaria MS nº 692 propôs a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), constituído por uma equipe mínima, composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS), e também o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo<sup>18</sup>.

Vale destacar que, um atributo fundamental da atenção primária é a sua definição como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, com o papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis. O cumprimento dessa função pelo serviço de atenção primária implica acessibilidade (geográfica, temporal e cultural), utilização do serviço por parte dos usuários a cada novo episódio e exigência e realização de encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada<sup>19</sup>.

Dentre os desafios, constituem importantes obstáculos para a universalização do sistema: o tamanho, a diversidade e a desigualdades entre os municípios; a fragmentação, diferentes desenvolvimentos dos sistemas locais e regiões de saúde com diversos níveis de incorporação tecnológica; as condições de vida e trabalho, o perfil epidemiológico, demográfico e necessidades de saúde dos diferentes segmentos que compõem a população<sup>20</sup>.

O PSF é definido como ESF, ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização, por esse motivo ocorreu somente uma mudança de nomenclatura, sendo mantido os princípios e diretrizes do programa<sup>21</sup>.

Algumas vantagens a favor da Estratégia de Saúde da Família apareceram na comparação entre as UBS organizadas sob o modelo da Ação Programática e as do modelo do PSF: acesso mais fácil, menor tempo para marcação de consultas, prontuários organizados por família, orientação



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

comunitária. Já os vínculos entre usuários, famílias e profissionais apresentam-se mais acentuados em ambos os modelos, com ligeiro destaque para os de Saúde da Família<sup>22</sup>.

O primeiro requisito é que a unidade de saúde da família seja acessível à população adstrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais, aspectos em geral contemplados pelo PSF. Não há barreiras financeiras para o acesso ao SUS, que é financiado por recursos fiscais de acesso universal, sem taxas de co-pagamento<sup>23</sup>.

De acordo com estudos, no caso específico do Brasil, a ESF é uma das principais formas de oferecer APS no país, tendo promovido uma maior aproximação entre os serviços e a população ao vincular indivíduos e comunidades de um determinado território a uma equipe de referência<sup>24</sup>.

Nesse contexto, a implementação do acesso enquanto direito universal pode ser analisado a partir de diferentes dimensões – política, econômico-social, organizacional, técnica ou mesmo simbólica. Para o cotidiano dos serviços de APS, ganha importância a proposição de medidas que reorganizem as ações e viabilizem o acesso, ampliando a capacidade de resposta às necessidades de saúde. Desse modo, em que pese a complexidade das diferentes dimensões envolvidas, pode-se afirmar que o acesso tem na dimensão técnica e organizacional um nó crítico importante para o fortalecimento da APS<sup>25</sup>.

Diante do exposto, cabe ressaltar que, atualmente, o modelo proposto para a ESF é constituído por equipes multiprofissionais, compostas por enfermeiro e médico, generalistas ou especialistas em saúde da família, técnico de enfermagem, ACS e profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista generalista, técnico e/ou auxiliar em saúde bucal). Esses profissionais têm como alicerce fundamental de sua atuação, os princípios da integralidade e multidisciplinaridade, um dos principais percalços para a atenção primária, já que a não incorporação de ações em conjunto resulta em uma assistência em saúde fragmentada, centrada na doença e não no indivíduo. Além disso, a própria formação dos profissionais pode constituir barreira para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que a graduação nem sempre consegue preparar os graduandos para o desenvolvimento de habilidades de interação com outros profissionais para que, cada um, dentro de sua competência, consiga desenvolver suas atribuições laborativas<sup>26</sup>.

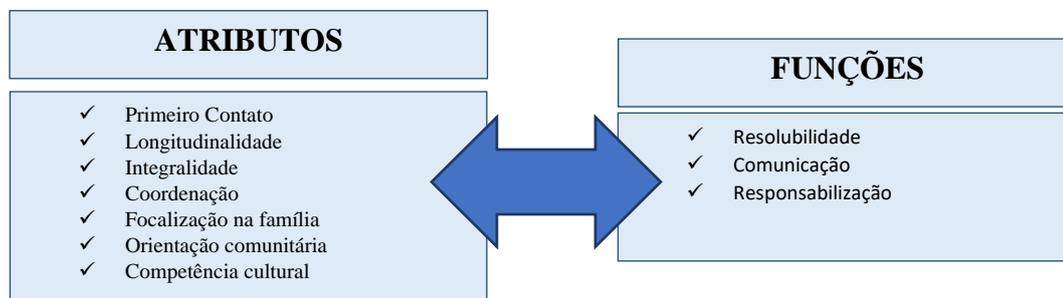
No que se refere as atribuições da APS, cabe ressaltar que a interpretação como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas relevantes para embasar o acesso da população e, para que haja qualidade no atendimento, conta-se com sete atributos que precisam estar sendo operacionalizados em sua totalidade.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO  
Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

**Figura 1: Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde**



Fontes: Machado (2021).

Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS<sup>27</sup>.

Estudos ainda corroboram que a focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersectoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias<sup>28</sup>.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população<sup>29</sup>.

### INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Ratificando os conceitos, cabe mencionar que a integralidade ainda pode ser vislumbrada, a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, pode ser entendida como "atendimento integral", focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade é considerada como um dos atributos próprios da APS.

Percebe-se na PNPS uma concepção mais abrangente das políticas nacionais, na qual a integralidade é apontada, também, como uma estratégia de promoção da saúde. Ela alinha o que é específico ao que é potencial na construção de projetos terapêuticos, considerando a autonomia e as particularidades de cada ser humano. Ela está atrelada a uma complexidade de fatores influenciados pelos contextos social, econômico, político e cultural do território onde vivem e esses, por sua vez, influenciam suas escolhas e modo de viver<sup>30</sup>.

Corroborar-se que uma das acepções de integralidade pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Concorrem aí os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde.

Corroborar-se ainda que, há outros ângulos de aproximação com a integralidade e, que pode ser considerada a rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências em que a integração entre as ações se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo<sup>31</sup>. Intervém agora a atuação decisiva dos gestores que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de uma "integralidade vertical", entre os diferentes níveis de complexidade e competência de uma rede de serviços de saúde<sup>32</sup>.

A integralidade é também a integração entre demanda espontânea e demanda programada no fazer dos serviços de saúde, como também é a mescla gerada pelas atividades clínicas e de campo na APS. Essas ditas formas operacionais da integralidade garantem a prática da saúde consoante com o que rege a Constituição Federal e 'traduzem', para os profissionais mais 'desavisados', como operar suas práticas sanitárias de acordo com a filosofia do sistema. Contudo, é importante ressaltar que a integralidade como esse esforço para uma oferta que atenda demandas e necessidades construídas é sempre relacional ao contexto<sup>33</sup>.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

No organograma dos serviços e das práticas de saúde a integralidade busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência médica, ou entre as ações de prevenção e as de recuperação (curativas) da saúde. A integralidade pressupõe uma organização do trabalho nos serviços de saúde que considere a relação assimétrica entre profissional e usuário do serviço, com necessidades não redutíveis ao conhecimento técnico do profissional<sup>34</sup>.

### COORDENAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

A coordenação dos cuidados pela APS promove melhorias na qualidade da prestação, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. Na literatura internacional, identificou-se uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado, que envolvem elementos da integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos<sup>35</sup>.

Essa definição foi inspirada, em grande medida, no modelo conceitual proposto por renomados autores que parece ilustrar com exatidão o sentido atribuído à coordenação do cuidado: '*anything that bridges gaps*'. Nesse sentido, coordenar significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. O ato de coordenar implica a organização deliberada de atividades que envolvem duas ou mais pessoas (incluindo o usuário do serviço/sistema de saúde) e o manejo de recursos de modo a produzir uma oferta adequada do cuidado. A coordenação do cuidado está no centro desse processo, interligando recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros<sup>36</sup>.

Os autores ainda corroboram em seu estudo que quanto maior multiplicidade de pessoas e serviços envolvidos na provisão do cuidado e mais complexa a intervenção para resolução de determinado problema, maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado, como no caso das condições crônicas que exigem o uso simultâneo de diversos serviços. A coordenação, portanto, não pode ser vislumbrada como algo estático ou supostamente dado. Pelo contrário, para que seja efetiva, deve ser concebida em uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades, complexidade e nível de fragmentação do sistema e, acrescentaríamos nós, às características particulares e singulares dos grupos e indivíduos para os quais e em função dos quais o sistema existe. A coordenação pressupõe, portanto, a construção de redes dinâmicas, exigindo cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos<sup>37</sup>.

Com base nisso, é relevante compreender que o modelo ótimo de coordenação deve ser ajustado em função das necessidades do usuário, contexto dos sistemas de saúde, com suas



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

distintas competências e formas de organização, e que vai requerer arranjos compatíveis com tais necessidades e especificidades de modo a dar uma resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações. Tais arranjos são implementados por meio de práticas de coordenação e envolvem fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações e a operação de mecanismos e instrumentos diversos<sup>38</sup>.

A importância das perspectivas e participação de indivíduo/família e dos profissionais de saúde na concepção, mensuração e processos de coordenação. Sucessos e falhas serão percebidos e podem ser mensurados diferentemente, de acordo com cada perspectiva; e para que uma análise seja suficientemente abrangente, precisa tê-las em consideração<sup>39</sup>.

Os usuários e suas famílias vivenciam falhas de coordenação especialmente nos pontos de transição entre um serviço e outro. É o que ocorre, por exemplo, quando o usuário precisa repetir sua história ao procurar diferentes profissionais de saúde (em um mesmo ou em distintos serviços), ou quando precisa repetir exames quando trafega entre diversos pontos de atenção<sup>40</sup>.

Frente a isso, ressalta-se que coordenação como estratégia para superação da fragmentação assistencial também expressa os objetivos fundamentais de sistemas de saúde em contextos diversos. Embora os instrumentos e mecanismos reconhecidamente possam ser utilizados em diferentes sistemas de saúde, os objetivos podem ser muito distintos. Por exemplo, existem os interesses de mercado, como nos sistemas de caráter privado, ou aqueles fundamentados por objetivos universalizantes e de equidade, como em sistemas públicos. A despeito dos diferentes tipos de sistema de saúde, a coordenação tem com foco favorecer que a atenção à saúde seja apropriada e eficiente no sistema de saúde<sup>41</sup>.

### DEFINIÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Os usuários da APS podem estar submetidos a vários riscos e o reconhecimento destes pode efetivar-se mediante a análise sobre as características sociais do território, da disponibilidade de recursos materiais, estruturais e da integralidade dos serviços para este fim, bem como do processo de trabalho em urgência da equipe multidisciplinar da ESF, incluindo protocolos operacionais, qualificação, competências e limitações<sup>42</sup>.

A situação de emergência no âmbito da atenção à saúde pode ser compreendida como a ocorrência imprevista, que proporciona agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte; o usuário necessita de assistência à saúde imediata, e o tempo em que deve ser realizado o atendimento pode ser denominado “hora de ouro”, em virtude da sua importância para a cura, reabilitação ou morte do paciente<sup>43</sup>. Mas, como apenas a realização do atendimento é incapaz de contribuir para a melhora do paciente durante a “hora de ouro”, essa assistência precisa ser bem-sucedida, a fim de garantir a melhor evolução possível do paciente<sup>44</sup>.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Neves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

Logo, complementa-se ainda que, a situação de urgência e emergência no âmbito da atenção à saúde pode ser compreendida como a ocorrência imprevista, que proporciona agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, o usuário necessita de assistência à saúde imediata, em virtude da sua importância para a cura, reabilitação ou morte do paciente. Porém, com a realização incompleta do atendimento é incapaz de contribuir para a melhora do paciente, pois esse tipo de assistência precisa ser bem-sucedida, a fim de garantir a melhor evolução possível do paciente<sup>45</sup>.

Portanto, a situação de emergência geralmente é assustadora, ela necessita das mais rápidas e melhores formas de pensar e agir, principalmente na atenção primária, pois a palavra emergência são eventos inesperados e que pedem atendimento imediato no qual devemos enfrentá-los e fazer com rapidez e eficiência<sup>46</sup>.

Corroborar-se ainda que, com base nos dados estatísticos mundiais, apontam que, entre as urgências de risco real, isto é, de agravo à saúde já verificado, há grande possibilidade de sobrevivência caso os pacientes recebam atendimento inicial em tempo hábil, realizado por profissionais de saúde capacitados e supridos de material necessário, dentro dos primeiros 60 minutos<sup>47</sup>.

Com base no exposto, ressalta-se que, desde 1999 o Ministério da Saúde tem publicado normas e diretrizes operacionais para atenção às urgências neste país, objetivando implementar uma assistência resolutiva para os usuários de modo integral, em todos os níveis de complexidade tecnológica. Esta nova realidade impacta sobre as atitudes e práticas dos trabalhadores de saúde, entre os quais os profissionais de enfermagem<sup>48</sup>.

Em consonância ao exposto, os autores ainda corroboram que, entre as novas resoluções tem-se a Portaria 1.863/GM/MS de 29 de setembro de 2003 a qual instituiu Política Nacional de Atenção às Urgências. Sua finalidade é a categorização e organização dos serviços de atendimento às urgências de modo hierarquizado, com o propósito de assegurar o acesso e o acolhimento dos usuários conforme o nível de complexidade<sup>49</sup>.

Ressalta-se que, a APS faz parte da rede nacional de atenção às urgências, como item de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização e primeiros cuidados às urgências e emergências, tudo em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, se preciso, posteriormente a classificação dos riscos<sup>50</sup>.

Em 2011, foram estabelecidas no país, Redes de Atenção à Saúde prioritárias dentro das RASs, dentre as quais está a Rede de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria GM/MS no 1600/2011. A APS, como componente dessa rede, objetiva garantir o primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado até que seja realizada a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário, com implantação do acolhimento junto com a avaliação de riscos e vulnerabilidades<sup>51</sup>.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

Ressalta-se que essa porta de entrada do SUS para os pacientes em situações de urgência e emergência, em algumas realidades brasileiras, pode ser a única acessível ao usuário, o que confere à mesma grande relevância e responsabilidade. Portanto, as unidades básicas de saúde assim como as unidades não hospitalares devem estar estruturadas para atender adequadamente as urgências de baixa complexidade e executar os primeiros cuidados e ações para o suporte de vida a casos graves.

### ATENDIMENTO DE CASOS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE BAIXA GRAVIDADE

Os serviços de urgência e emergência brasileiros encontram-se abarrotados, com demandas que misturam, no mesmo ambiente, pessoas em reais situações de urgência e emergência e outras de baixa complexidade, o que tem interferido no processo de trabalho das equipes e na qualidade do cuidado prestado<sup>52</sup>.

Grande parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência representa agravos que poderiam ser resolvidos ambulatoriamente na atenção primária e a redução do número de atendimento hospitalar é um dos resultados assistenciais da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>53</sup>.

Com base nesse entendimento supracitado, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) estabeleceu a APS como uma das formas de descentralizar esse tipo de atendimento, tornando-o mais rápido. O nível primário de atenção à saúde tem a atribuição e a prerrogativa primordial de acolher e atender as urgências de baixa gravidade/complexidade, proporcionando ao paciente a resolatividade<sup>54</sup>.

Diante disso, as Unidades Básicas de Saúde, assim como as unidades não hospitalares, devem estar estruturadas para atender adequadamente as urgências de baixa complexidade e executar os primeiros cuidados e ações para o suporte de vida a casos graves. Nesse sentido, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção básica quanto os serviços especializados deverão estar preparados para o atendimento e encaminhamentos desses pacientes<sup>55</sup>.

Á vista disso, é preciso que os profissionais de saúde estejam preparados para reconhecer qualquer sintoma ou intercorrência no paciente, como também as funções vitais devem ser sustentadas até que se defina o diagnóstico específico e que o tratamento apropriado seja instituído para corrigir o problema subjacente<sup>56</sup>.

Complementa-se que para que os profissionais de saúde possam reconhecer uma situação de urgência e adotar as condutas necessárias, é fundamental que estejam capacitados para exercer a função. A PNAU determina que nos casos considerados de emergência, deve-se dar um primeiro atendimento e transferir para um serviço especializado; e, ainda, discorre acerca da necessidade de



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

capacitações para o enfrentamento das situações de emergência na Atenção Básica, visto que reconhece a formação insuficiente dos profissionais de saúde<sup>57</sup>.

Considerada porta de entrada para o SUS, a APS pode ser vista como local de fácil acesso às urgências e emergências, haja vista a proximidade e inserção de atendimento junto à comunidade; a relação equipe de saúde e usuário do serviço no conhecimento de sua história pregressa; como também as patologias no âmbito territorial e o rápido acesso da população ao referido serviço, considerando o aspecto geográfico<sup>58</sup>.

Nas situações de emergência, a classificação de risco e vulnerabilidade devem ser realizadas em conjunto com o acolhimento e no menor tempo possível, ofertando-se ao paciente a resolubilidade de seu problema de saúde em tempo efetivo, considerando a complexidade do fenômeno saúde-doença, a fim de diminuir o número de mortes evitáveis, sequelas e internações<sup>59</sup>.

As situações de urgência que frequentemente ocorrem nos serviços de APS são crise hipertensiva, crise convulsiva, diabetes descontrolado, quedas, fraturas ou a suspeita de fraturas, crise asmática e desidratação<sup>60</sup>.

Dessa maneira, em situações de urgência e emergência, exige-se que a equipe trabalhe com rapidez e eficácia para minimizar o risco de vida, onde isso implica diretamente na qualidade da assistência, pois se o profissional não tiver habilidade técnica e conhecimentos necessários diante da conduta a ser tomada poderão implicar em agravo ao quadro do paciente<sup>61</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais atuantes na saúde primária precisam ter o conhecimento sobre diversos tipos de situação que são decorrentes da APS, bem como, domínio frente ao manejo, habilidade e treinamento para um atendimento eficaz. Pois, se o profissional não tiver habilidade técnica e conhecimentos necessários diante da conduta a ser tomada poderão implicar em agravo ao quadro do paciente.

Podemos concluir que a coordenação dos cuidados pela APS promove melhorias na qualidade da prestação, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. A continuidade no atendimento é considerada um fator importante para a qualidade do cuidado, garantindo efeitos positivos no desfecho da saúde, melhorando a relação profissional-paciente, aumentando o conhecimento e interesse do profissional de saúde pelo paciente, e contribui para a confiança e adesão ao tratamento.

Portanto, é possível alcançar melhorias na coordenação dos cuidados e na qualidade da atenção ofertada, mesmo diante de constrangimentos impostos por rotatividade profissional, formação especializada, baixo prestígio dos trabalhadores da APS, entre outros desafios. Onde



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA

ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, sendo capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários.

Sugere-se a promoção da educação continuada e permanente, e adoção de medidas para um atendimento eficaz da população e para que as Unidades Básicas de Saúde possam contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde do país. Além do aprimoramento das ferramentas de integração já existentes na rede municipal, como o prontuário eletrônico, além da promoção de ações inovadoras que ampliem a comunicação e integração entre os profissionais e os serviços de saúde.

Acredita-se que o presente estudo possa contribuir para as pesquisas futuras, detectando os problemas e as inquietações da sociedade, mostrando possíveis soluções para tais questionamentos, além de estimular a elaboração de outros estudos relacionados a esta temática.

### REFERÊNCIAS

1. de Oliveira Mattos Julio Cesar, Balsanelli Alexandre Pazetto. "A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa." *Enfermagem em foco*. 2019;10(4).
2. Almeida Patty Fidelis de et al. "Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil." *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37.
3. Meneses Gilmar Antonio. "O apoio institucional como ferramenta de cogestão na atenção básica da Secretaria de Saúde de Osasco." [TCC]. São Paulo: Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo; 2014.
4. Gondim Fátima Sonally Sousa. "Projeto Mais Médicos na saúde indígena no Brasil: perfil e cobertura dos profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas–DSEI." [Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018.
5. Pires-Alves Fernando A, Paiva Carlos Henrique Assunção. "Entre a ausência em Alma-Ata e o Prevsauúde: a atenção primária à saúde no ocaso da ditadura." *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2021;28:643-659.
6. Pimenta Junior Marcos Douglas dos Santos. "O uso das tecnologias na atenção primária de saúde, como ferramenta de gestão." 2021.
7. Miranda Manoel Vieira de, et al. "Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde" *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71:716-721.
8. de Mendonça Maria Helena Magalhães, et al., eds. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2018.
9. Pires-Alves Fernando A, Paiva Carlos Henrique Assunção Paiva. "Entre a ausência em Alma-Ata e o Prevsauúde: a atenção primária à saúde no ocaso da ditadura." *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2021;28:643-659.
10. Vendruscolo Carine, et al. "Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária." *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2019;28.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA

ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,  
Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

11. Silva Cátia Regina Roriz. "As representações sociais do sistema público de saúde para usuários da atenção básica do Município de Santos-SP." [Mestrado]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2021.
12. Júnior Randolpho Martino. Gestão da Saúde e Eficiência dos Gastos Públicos: Uma abordagem à luz do princípio da máxima efetividade da norma constitucional. São Paulo: Editora Dialética, 2021.
13. Paiva Carlos Henrique Assunção. "A atenção primária à saúde no SUS: o processo de construção de uma política nacional (1990-2006): Primary health care in SUS: the process of building a national policy (1990-2006)." Revista Caminhos da História. 2021;26(2):32-55.
14. Bagrichevsky Marcos. "Pelos lentes do SUS: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária." Pensar a Prática. 2021;24.
15. Cobaito Francisco Carlos, Cobaito Victor Quintães. "SUS–Sistema Único de Saúde: A Gênese, Contemporaneidade, e os desafios do amanhã." Revista Inova Saúde. 2021;12(1):160-177.
16. Toso Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira, et al. "Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil." Saúde em Debate. 2021;45:666-680.
17. Rossoni Waléria Demoner, Monteiro Ana Karoline Rodrigues, Olios Thales. "As funcionalidades do sistema único de saúde na ótica da proteção humana e do mínimo existencial: o dilema entre a dificuldade e necessidade." Unesc em Revista. 2021;5(1):43-65.
18. Barbosa Allan Claudius Queiroz, et al. "Eficiência e Gestão Pública em Saúde na APS." APS EM REVISTA. 2021;3(2):144-153.
19. Ribeiro Lucas Gaspar, Marcondes Daiane Marcondes. "A interface entre a atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: formas de promover as práticas na APS." APS EM REVISTA. 2021;3(2):102-109.
20. de Paula Lucas Gomes Costa. "Redes de atenção à saúde: diagnostico das ações construídas entre a APS e os hospitais de pequeno porte." APS EM REVISTA. 2021;3(1):48-55.
21. da Silva Guilherme Carraro Ganem Vieira, et al. "Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde." Revista Pró-univerSUS. 2021;12(1):60-65.
22. Cabarcas Einer Jesus Castro, Santos Samila Alayni Damacena dos. Serviço Social e Saúde: o Trabalho do Assistente Social nas Equipes de Saúde da Família. [thesis]. Foz do Iguaçu: UNILA; 2021.
23. Rodrigues Murilo Franco. "Avaliação da qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde de Araguari/MG pelos usuários da Estratégia Saúde da Família." [Mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2021.
24. Giovanella Ligia, et al. "Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019." Ciência & Saúde Coletiva. 2021;26:2543-2556.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA

ISSN 2763-8405

### INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves, Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

25. Nascimento Elisabet Pereira Lelo, et al. "Dimensionamento como dispositivo de fortalecimento e consolidação da Estratégia de Saúde da Família no município Campinas." Saúde Coletiva (Barueri). 2021;11(61):4828-4837.
26. Mendonça Milena Marques, et al. "Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano." Ciência & Saúde Coletiva. 2021;26:1625-1636.
27. Machado Gilmar Antonio Batista, et al. "Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais." Acta Paulista de Enfermagem. 2021;34.
28. Durans Keyla Cristina Nogueira, et al. "Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde." Research, Society and Development. 2021;10(4):e57110413392-e57110413392.
29. Fagundes Ludmila Cotrim, et al. "Avaliação dos atributos essenciais da atenção primária em Montes Claros–MG." Bionorte. 2021;10(1):134-142.
30. Carvalho Bruna Ré, et al. "Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte." Cadernos Saúde Coletiva. 2018;26:462-469.
31. Amaral Pedro, et al. "Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros." revista brasileira de estudos urbanos e regionais. 2021;23.
32. da Silva Áchelles Monise Batista, et al. "A aplicabilidade da humanização no atendimento aos usuários do sistema único de saúde." Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021;13(2):e4912-e4912.
33. Pinto Kauê Antunes, Tondo Jackeline Rocha, Rodrigues Gabriela Meira. "Qualidade do atendimento na atenção primária do Sistema Único de Saúde: revisão bibliográfica." Revista Liberum accessum. 2021;9(3):19-29.
34. da Silva Priscila Araujo Gonçalves, et al. "Assistência do enfermeiro na atenção primária à saúde para a covid-19: uma revisão integrativa." Research, Society and Development. 2021;10(3):e34110313273-e34110313273.
35. Araujo Mireilly Cristiany Moura Hemetério, et al. "O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde." Ciência & Saúde Coletiva. 2021;26:3359-3370.
36. de Jesus Lima Antonio Moacir. "Contribuição da estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo seus atributos essenciais para a qualidade da Assistência em Saúde Mental: um estudo a partir do PMAQ-AB." Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2021.
37. Mendes Livia dos Santos, et al. "Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados." Cadernos de Saúde Pública. 2021;37.
38. Nogueira Thamiris Carolina Passos, et al. "Saúde da família e coordenação do cuidado: avaliação de trabalhadores do sistema único de saúde." Brazilian Journal of Development. 2021;7(2):12093-12107.
39. Praisner Taynara, Santos Christiane Luiza. "A transferência de cuidados: Um dispositivo para análise do cuidado compartilhado na rede de Atenção Psicossocial." Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Brazilian Journal of Mental Health. 2021;13(37):204-224.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA

### ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves, Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

40. Pereira Raquel Silva, et al. "Resolução de conflitos em serviços de saúde e práticas restaurativas: o desafio da gestão." Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021;13(1):e5620-e5620.
41. Seta Marismary Horsth de, Ocké-Reis Carlos Octávio, Ramos André Luis Paes. "Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?." Ciência & Saúde Coletiva. 2021;26:3781-3786.
42. Freitas Taysa Cristina Cardoso, et al. "A Atenção Primária como parte integrante da rede de atendimento as Urgências e Emergências: à luz da literatura." Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020;38:e2881-e2881.
43. Laurindo Maria Vitória, et al. "A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade." Brazilian Journal of Health Review. 2019;2(3):1688-1709.
44. Amaral Carolina Siqueira, et al. "Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU." J. Health NPEPS. 2018:241-252.
45. Ros Carla Da, et al. "Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência." Revista Mineira de Enfermagem. 2018;22:1-6.
46. Carneiro Caroline Dantas Albuquerque, Peixoto Sylvia Sampaio. "Impactos da COVID-19 nas produções das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde." Research, Society and Development. 2021;10(12):e598101220826-e598101220826.
47. Cassinelli Fernanda, et al. "Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida." Saúde e Pesquisa. 2019;12(2):317-322.
48. Daumas Regina Paiva, et al. "O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19." Cadernos de Saúde Pública. 2020;36:e00104120.
49. Bandeira Francisco Jadson Silva, Campos Ana Cristina Viana Campos, Gonçalves Lucia Hisako Takase. "Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária." Enfermagem em Foco. 2019;10(2).
50. Antunes Bárbara Cris Skora, et al. "Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos." Cogitare Enfermagem. 2018;23(2).
51. Barros Renata Corrêa de, et al. "Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro." Saúde Redes. 2020:157-171.
52. de Lima Claudia Moreira, et al. "Atendimentos de enfermagem a casos agudos de baixa complexidade na atenção primária a saúde: uma análise bibliométrica." Enfermagem Brasil. 2018;17(3):297-302.
53. Silva Zilmar Geralda de Almeida. "Avaliação da gestão da rede de atenção à urgência e emergência na atenção primária à saúde." [Mestrado]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2019.



## RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA

ISSN 2763-8405

INTERFACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM ESTUDO REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro, Larissa Christiny Amorim dos Santos, Keila do Carmo Neves,

Bruna Porath Azevedo Fassarella, Ana Lúcia Naves Alves, Fernando Salgado do Amaral, Enimar de Paula, Kemely de Castro

54. Silveira Andréia da. "Fluxograma de acolhimento das situações de urgência e emergência na atenção primária em saúde." [Mestrado]. Porto Alegre: Unisinos; 2020.
55. Lima Ana Cláudia Medeiros Galvão de, Nichiata Lúcia Yasuko Izumi, Bonfim Daiana. "Perfil dos atendimentos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento." Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2019;53.
56. Celeste Lorena Esmeralda Nascimento, Maia Maiara Rodrigues, Andrade Viviane Almeida. "Capacitação dos profissionais de enfermagem frente às situações de urgência e emergência na atenção primária a saúde: revisão integrativa." Research, Society and Development. 2021;10(12):e443101220521-e443101220521.
57. Campos Rosana Teresa Onocko, et al. "Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários." Saúde em Debate. 2014;38:252-264.
58. Bousquat Aylene, et al. "Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários." Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22:1141-1154.
59. Marques Neto, Antônio Corrêa, et al. "Competências do enfermeiro no rastreio precoce de demência em idosos na atenção primária à saúde." Enfermagem em Foco. 2019;10(5).
60. Barbosa Máira Alves Ferreira, et al. "Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária." Revista de APS. 2011;14(2).
61. Guimarães Fabiano Gonçalves, et al. "A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência." APS em Revista. 2020;2(2):74-82.