

A contribuição da vivência na atenção primária para a formação médica: relato de experiência

The contribution of having contact with primary care for medical education: experience report

DOI:10.34119/bjhrv4n2-203

Recebimento dos originais: 25/02/2021

Aceitação para publicação: 25/03/2021

Giovanna Maia Cartaxo

Graduando em Medicina – FCM/PB

Endereço: Br 230 – KM 9, Intermares -Cabedelo/PB

E-mail: gmcartaxo@gmail.com

Débora Camilla de Oliveira Fernandes

Graduando em Medicina – FCM/PB

Endereço: BR 230 – KM 9, Intermares

Cabedelo-PB

E-mail: dcamillaof@gmail.com

Steffany Sancho Leite Cavalcanti

Graduando em Medicina – FCM/PB

Endereço: BR 230 – KM 9, Intermares -Cabedelo/PB

E-mail: stesancholeite@gmail.com

Letícia Cândido Feitoza Monteiro

Graduando em Medicina – FCM/PB

Endereço: BR 230 – KM 9, Intermares -Cabedelo/PB

E-mail: leticiacandido184@gmail.com

Alline Rayane Fragoso Pires

Graduando em Medicina – FCM/PB

Endereço: BR 230 – KM 9, Intermares -Cabedelo/PB

E-mail: rayanepires20@hotmail.com

Lívia Moura Libório

Graduando em Medicina – FCM/PB

Endereço: BR 230 – KM 9, Intermares -Cabedelo/PB

E-mail: livialiborio14@gmail.com

Luisiane de Avila Silva

Mestre em Odontologia – UFPB

Docente da FCM/PB

Endereço: BR 230 – KM 9, Intermares – Cabedelo/PB

E-mail: luisi.avila@hotmail.com

RESUMO

A Atenção Primária de Saúde busca equidade, eficiência, efetividade e satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurando a assistência à população na prevenção, promoção e recuperação da saúde. A Unidade de Saúde da Família (USF), modelo de reorientação da APS, é responsável pelo território, que tem como objetivo prestar assistência à saúde mais próxima a população. A territorialização em saúde é o processo de reconhecimento do território de acordo com as condições ambientais e da situação de saúde da população. O estudo tem como objetivo apresentar as vivências de acadêmicos de Medicina de uma USF e as dimensões que caracterizam as contribuições e os desafios enfrentados, para formar profissionais médicos capazes de ofertar serviços de saúde à população carente de forma efetiva. Dessa forma, o relato de experiência é descritivo, com fonte secundária, natureza qualitativa e observacional. Foi realizado a partir de duas visitas na USF em João Pessoa/PB, durante o módulo de Atenção em Saúde I, no ano de 2020. Foi vista a importância do cadastramento domiciliar para que o município receba o repasse de verba de saúde de forma completa. Outro problema constante são as áreas de risco que dificultam a vida da população, como os pontos de tráfico de drogas e as barreiras geográficas. Sabendo disso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm como função aumentar a qualidade de vida dos usuários por meio de atividades de promoção de saúde. Por fim, o conhecimento adquirido a partir da observação da dinâmica de trabalho e das relações entre profissionais de saúde e usuários, possibilitou melhor compreensão do SUS e da Equipe multidisciplinar da USF para a população. A vivência mostrou a importância do contato precoce como contribuição para a formação médica.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública, Estratégia Saúde da Família; Educação de Graduação em Medicina.

ABSTRACT

Primary Health Care seeks equity, efficiency, effectiveness and satisfaction of users of the Unified Health System (SUS) ensuring assistance to the population in prevention promotion e health recovery. The Family Health Unit (USF), PHC reorientation model, is responsible for the territory, which aims to provide health care closer to the population. The study aims to present the experiences of medical students from a USF and the dimensions that characterize the contributions and challenges faced, to train medical professionals capable of effectively offering health services to the needy population. Thus, the experience report is descriptive, with secondary source, qualitative and observational nature. It was carried out after two visits to the USF in João Pessoa / PB, during the Health Care Module I, in the year 2020. The importance of home registration was seen for the municipality to receive the transfer of health funds in a complete way. Another constant problem is the risk areas that make life difficult for the population, such as drug trafficking points and geographical barriers. Knowing this, Social Assistants (ACS) have the function of increasing the quality of life of users through health promotion activities. Finally, the knowledge acquired from observing the work dynamics and the relationships between health professionals and users, enabled a better understanding of the SUS and the multidisciplinary team of the USF for the population. The experience showed the importance of early contact as a contribution to medical training.

Keywords: Primary Health Care; Public Health; Family Health Strategy. Education, Medical, Undergraduate.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde (APS) foi a partir da publicação da Declaração de Alma Ata (KAZAQUISTÃO, 1978), que a defendia como núcleo central de um sistema de saúde, buscando maior equidade, eficiência, efetividade e satisfação dos usuários. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal do Brasil de 1988 assegurava a assistência em saúde à população de forma direta ou indireta (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016; BRASIL, 2018; OMS, 2018).

Dessa forma, no Brasil houve diversas tentativas para organizar a APS. O marco mais importante foi a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que apresentava uma proposta mais abrangente, buscando respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuindo na mudança do modelo assistencial vigente, sendo reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016; GIOVANELLA *et al.*, 2009; PAIM, 2012).

Salienta-se ainda que as ESF, desde 1994, são o modelo de reorientação da atenção básica baseada no trabalho em equipe interdisciplinar que é responsável pelo território geograficamente definido. Buscava gerar vínculo entre os profissionais de saúde com a população, com conhecimento dos problemas territoriais, maior contribuição dos profissionais nas políticas de intervenção. Favorecendo a aplicação dos princípios do SUS, entre eles: a universalização, a integralidade e a equidade dos cuidados primários dos usuários, utilizando trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016; BRASIL, 2017;).

Além disso, o conhecimento dos dados epidemiológicos do território facilita uma abordagem familiar para suprir as necessidades da comunidade possibilitando um melhor enfrentamento dos determinantes sociais, culturais e econômicos. Pois, a participação da comunidade através dos Conselhos de saúde, das ouvidorias e das conferências de saúde é fator indispensável no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde através do incentivo e da garantia (BRASIL, 2006b; PAULA *et al.*, 2016; STARFIELD, 2002).

Entretanto, a Portaria nº 2436/17, onde consideram a PNAB, APS e AB como sinônimo, para ofertar saúde no âmbito individual, coletivo e integral, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção (BRASIL, 2017; DOMINGOS *et al.*, 2016).

Em síntese, o território é a concepção de um espaço geográfico delimitado por divisões político e administrativas que dão origem a bairros, cidades, estados e países, correspondendo ao espaço geográfico socializado, independentemente da extensão territorial. Qualquer espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder, se caracteriza como território (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Do mesmo modo, todos os profissionais que compõe a ESF devem participar do processo de territorialização de área de sua atuação, realizando o cuidado da saúde da população deste território, garantindo a integralidade, equidade, acesso aos serviços e, quando necessário fazer busca ativa e notificação de doenças e agravos. Além disso, realizar acolhimento e tratamentos de forma humanizada, participar das atividades educativas, mobilizar a participação da comunidade com ações potencializadoras, efetuar registro dos atendimentos e participar das atividades de planejamento das ações da equipe (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, as funções específicas dos profissionais da AB descritas na PNAB se caracterizam em assumir o papel central de acolher, oferecer resposta positiva aos usuários, capacidade em resolver a maioria dos problemas de saúde ou minimizar danos. Desse modo, a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para efetivação da AB como porta de entrada da população (BRASIL, 2012).

De fato, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional é um dos fundamentos da APS, que tem a ESF como prioridade para sua organização, isto tem sido apontada como essencial para que os profissionais que a compõem possam alcançar na garantia da universalidade do acesso e integralidade da atenção, melhorando o cuidado ao usuário e ao trabalho em equipe (PREVIATO; BALDISSERA, 2018; RAVIOLI; SORAEZ; SCHEFFER, 2018).

Diante do abordado, o presente estudo tem como objetivo relatar experiências vivenciadas nas aulas práticas, por acadêmicos de Medicina, durante o primeiro período da graduação, como instrumento da formação médica. Com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento profissional realizando melhoria na capacitação dos alunos nas atividades, pois ao conhecer a promoção e prevenção de doenças e agravos na comunidade assistida, percebem-se as necessidades e as demandas da comunidade.

2 METODOLOGIA

O estudo em questão refere-se a um relato de experiência, descritivo, com fonte secundária, natureza qualitativa e observacional. Realizado por um grupo de estudantes do primeiro período do Curso de Medicina no Módulo de Atenção em Saúde I (AS I), no primeiro semestre de 2020.

Inicialmente a divisão dos grupos foi feita entre os alunos formando-se assim quatro equipes compostas por dez estudantes, seguindo cada grupo para quatro áreas distintas. Os grupos foram selecionados de acordo com a preferência dos alunos, havendo dez pessoas constituindo cada grupo. A experiência ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em João Pessoa, no Estado da Paraíba.

O módulo de AS I tem a finalidade de integrar os alunos do Curso de Medicina na vivência prática do funcionamento de uma USF desde o primeiro período apresentando os agravantes clínicos do mais básico ao mais complexo de ser resolvido através de encaminhamentos para áreas específicas. Nesse módulo entendemos os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e a importância da territorialização para o planejamento e execução de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma eficiente.

As informações apresentadas nesse relato foram fundamentadas a partir das experiências vivenciadas nos dias dos encontros que foram coordenados pela ACS e pela professora orientadora. Sendo assim, esse relato foi construído baseado em experiências pessoais e em citações e referências mencionadas dentro da norma.

3 RELATO

No decorrer da primeira visita à USF, após as orientações da supervisora, foi iniciada a visita de reconhecimento territorial, com o acompanhamento da Agente Comunitária de Saúde (ACS), que é responsável por uma das microáreas do território área. Este processo de reconhecimento do território é chamado de territorialização em saúde, levando em conta as condições ambientais, de vida e da situação de saúde da população de determinado território, para melhorar o desenvolvimento de práticas de saúde voltada para a realidade das pessoas que vivem nele (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Portanto, este processo ocorre através da construção da integralidade, na humanização, na qualidade da atenção, na gestão em saúde, no sistema de serviços que acolhe o outro, na responsabilidade com os impactos das práticas adotadas, na efetividade

dos projetos terapêuticos e na afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos, que são os usuários, a população e os profissionais de saúde. O aspecto técnico-assistencial valoriza o acolhimento dos usuários, o vínculo entre a equipe e a população, a humanização continuada e a orientação comunitária (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Durante as visitas foi visto que a orientação familiar considera a família como o sujeito da atenção com intuito de realizar melhor interação da equipe de saúde da família com a unidade social. É através de dados epidemiológicos e da abordagem familiar que se busca suprir as necessidades da comunidade possibilitando um melhor enfrentamento dos determinantes sociais (PAULA *et al.*, 2016; STARFIELD, 2002).

Em adição, a ACS expôs as divisões territoriais, barreiras geográficas e sociais, relatando quais as microáreas de risco no território. Após o remapeamento que teve no início de 2019, o território foi reduzido de cinco microáreas para três, com seus respectivos ACS, decisão essa que foi tomada de acordo com o município. O território da USF é dividido de acordo com os três níveis de atuação, o território área, território microárea e território moradia. Em síntese, o território moradia é o espaço de menor agregação social que permite desenvolvimento de ações de saúde, já o território microárea é a área de atuação do ACS, podendo ser de risco ou não. E por fim, o território área caracterizado pelo espaço da população que estabelece o vínculo com a USF, com objetivo de permitir a relação e fluxo da população aos serviços ofertados (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Do mesmo modo, devido ao remapeamento, as ACS estão realizando o recadastramento da população e relatam êxito com aqueles que moram na comunidade mais precária. A USF fica localizada em um bairro nobre do município de João Pessoa/PB, e há uma resistência de um grupo de moradores com um nível econômico mais alto para efetuar cadastramento, pois alegam possuírem plano de saúde e não utilizam os serviços do SUS. Tornando-se um fator preocupante, pois a verba da saúde vem reduzida para o município e a população mesmo sem estar cadastrada, utiliza o SUS para vacinação e em outras eventualidades.

Portanto, a USF uma equipe de saúde da família deve ser responsável por uma área com no máximo 750 pessoas por ACS e a quantidade desses profissionais será definida de acordo com a base populacional, considerando: critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Cada equipe deve se organizar para atender a população, assumindo a responsabilidade sanitária sobre ela de acordo com as

características do território em que vivem (BRASIL, 2017). A USF, na qual tivemos as práticas, cada ACS é responsável por cerca de 150 famílias, em média são 550 pessoas, totalizando 1650 usuários cadastrados. Sendo assim, caso todas as famílias optassem pelo cadastramento, incluindo as que possuem poder aquisitivo maior, o total chegaria a 4000 usuários cadastrados o que seria ideal para o financiamento da Atenção Básica.

Dessa forma, as visitas domiciliares dos ACS acontecem diariamente, com uma maior assiduidade para aquele usuário que se encontra com enfermidade ou se enquadra nos grupos prioritários, necessitando de suporte e que não pode comparecer a USF. Nestes casos, a ACS relata equipe multiprofissional à situação daquele paciente havendo o atendimento de forma domiciliar.

De acordo com a ACS, a USF tem um projeto encaminhado para desenvolver ações voltadas a grupos de idosos, crianças e adolescentes. No entanto, esse projeto ainda não foi executado. O território não conta com escolas ou creches municipais, havendo apenas uma creche particular em uma das microáreas, onde a Equipe de Saúde Bucal (ESB) realiza atividades de prevenção e promoção à saúde. Possui também uma igreja católica, onde eram realizadas as oficinas de educação em saúde com idosos da USF, porém devido à distância e algumas reformas, o acesso da população tornou-se inviável.

Mais adiante na caminhada pelo território, em outra microárea, observamos o processo de verticalização, sendo composta por vilas. E, a maioria da população trabalha fora sendo difícil coincidir o horário que os moradores estão em casa com os horários das visitas domiciliares, por esse motivo a ACS faz no turno noturno. Há nesse território uma ligação com a microárea 3, atravessando o rio, onde existe criadouros de porcos, mais um fator contribuinte para riscos à saúde da população.

Todavia, devido à diversidade no Brasil ocorrem transformações no território de forma não harmoniosa, pois a ação humana modifica não apenas a paisagem, mas também, o modo de vida das pessoas, onde as construções são adaptações das necessidades da população, que vivem em diversas condições em termos de infraestrutura, saneamento e transporte. As famílias com maior renda localizam-se nas melhores áreas restando aos de menor renda os lugares de piores condições para a urbanização que determinam as desigualdades sociais, com efeito de juntar os semelhantes dando origem ao processo denominado segregação espacial. Cada território possui suas particularidades, com diferentes perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, que se encontra em constante transformação e as equipes de saúde da família se baseiam nesses perfis (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

De fato, durante o reconhecimento territorial constatou-se territórios com áreas de risco com barreiras naturais geográficas e outras criadas pelo homem, que dificultam o deslocamento dos usuários a USF. Onde uma delas foi na terceira microárea, pois havia uma barreira feita de muro de arrimo, pontos de venda de drogas, presença de terrenos ocupados com materiais de reciclagem, observou-se a falta de saneamento básico, com fossas construídas pelos moradores, burros e aves dentro das moradias, proliferação de mosquitos, ocasionados pela proximidade com o Rio que corta a cidade. Nessa mesma microárea, grande parte da população trabalha com reciclagem e com auxílio da carroça recolhem o lixo, gerando grandes problemas de saúde, tendo em destaque as parasitoses e a dengue.

Em resumo, o território microárea de risco é definido quando possuem áreas de risco para a população, como o acesso precário a bens e serviços, ausência dos serviços de tratamento de água, tratamento de esgoto, coleta de lixo, poluição, violência, consumo de drogas, desemprego e analfabetismo (MACIEL, 2020; COLUSSI; PEREIRA, 2016).

De acordo com a ACS, um relato marcante foi que há anos, os moradores de duas microáreas foram realocados para casas do governo em um bairro distante. Mas logo retornaram, pois o antigo local era próximo do trabalho e da praia, construindo assim, novas casas irregulares de madeira e barro, ocupando novamente uma área privada.

Efetivamente, estes processos são acompanhados através dos Distritos Sanitários, que através do processo de regionalização e municipalização, foram estruturados com uma base territorial definida geograficamente e são unidades do sistema de saúde com a função de organizar o território e a rede de serviços de saúde de acordo com as características epidemiológicas da população atendendo suas necessidades (MACIEL, 2020; MALUCELLI, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência dos discentes quanto à vivência na USF foi de grande valia tendo em vista que foi um período de conhecimento sobre uma realidade em que não era conhecida por tais, possibilitando assim uma melhor compreensão da necessidade do atendimento aos usuários do SUS. Vale salientar o empenho das ACS em desenvolver suas funções por mais que a remuneração seja baixa e o risco apresentado pelas microáreas visitadas seja alto.

Mesmo que o tempo tenha sido curto para serem analisadas as melhorias dia após dia no serviço de assistência à saúde, foi possível aprender sobre a organização do espaço

por meio das tarefas que abordavam o trabalho coletivo para que houvesse um planejamento a partir de dados concretos por meio da interação da USF com a comunidade, sem que ocorresse um prejuízo na demanda.

É imprescindível destacar a importância do SUS para todos, visto que, todo o tempo utilizamos o mesmo, desde a comunidade mais necessitada até as pessoas de condições econômicas mais favoráveis. Fica evidente também a relevância dos programas de promoção e prevenção da saúde disponibilizado e a oferta de meios como o cadastramento para que ocorra o auxílio necessário através da humanização da equipe de saúde da USF.

Em suma, a experiência vivida mostrou a importância do contato com os serviços de saúde contribuindo para a formação médica, trazendo a oportunidade de ter contato prévio com a comunidade para que seja possível enxergar a realidade do paciente de forma holística, sem centrar apenas no processo saúde-doença e visando sempre a humanização no atendimento.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, mai. 2016. Disponível em: [1413-8123-csc-21-05-1499.pdf](https://scielo.br/p1413-8123-csc-21-05-1499.pdf) (scielo.br) Acesso em: 11/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF, v. 4, 2006a. Disponível em: [pag_rosto01](https://pag_rosto01.saude.gov.br) (saude.gov.br) Acesso em: 11/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 11/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, set. 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm Acesso em: 11/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. 1 ed. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: livrosaude-novo.indd Acesso em: 11/12/2020.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n.16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf> Acesso em: 11/12/2020.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiúscia Graziela. Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Volume 1.

DOMINGOS, Carolina Milena et al. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e00181314, mar. 2016. Disponível em: [0102-311X-csp-32-03-e00181314.pdf](https://scielo.br/p10102-311X-csp-32-03-e00181314.pdf) (scielo.br) Acesso em: 11/12/2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. Disponível em: [11.3 ligia giovanella.pmd](https://scielo.br/p11311314.pdf) (scielo.br) Acesso em: 11/12/2020.

MACIEL, Mariana Pereira Augusto *et al.* Territorialização e a atenção básica: conhecimento adquirido na prática. *Brazilian Journal of Health Review Braz. J. Hea. Rev.*,

Curitiba, v. 3, n. 5, p. 15125-15138 set/out. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/steph/Downloads/18736-48206-1-PB.pdf> Acesso em: 11/12/2020.

MALUCELLI, Andreia *et al.* Classificação de microáreas de risco com uso de mineração de dados. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 44, n. 2, p. 292-300, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200009&lng=en&nrm=iso Acesso em: 11/12/2020.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva *et al.* Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*, v. 50, n. 2, p. 335-345, abr. 2016. Disponível em: pt_0080-6234-reeusp-50-02-0335.pdf (scielo.br) Acesso em: 11/12/2020.

OMS, *Renewing Primary Health Care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization*, Washington, 2007. Disponível em: *Renewing Primary Health Care in the Americas - PAHO/WHO* Acesso em: 11/12/2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde Debate, Rio de Janeiro*, v. 36, n. 94, p. 343-347, set. 2012. Disponível em: <a04v36n94.pdf> (scielo.br) Acesso em: 11/12/2020.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre*, v. 39, e2017-0132, 2018. Disponível em: *Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde* (scielo.br) Acesso em: 11/12/2020.

RAVIOLI, Antonio Franco; SOAREZ, Patrícia Coelho; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 34, n. 4, e00114217, 2018. Disponível em: CSP_1142_17_Modalidades_en.indd (scielo.br) Acesso em: 11/12/2020.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: *Atenção primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia - UNESCO.pdf* - Google Drive Acesso em: 11/12/2020