

EVOLUÇÃO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: DESAFIOS, PERSPECTIVAS E A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO LONGITUDINAL MÉDICO-PACIENTE

EVOLUTION OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE IN BRAZIL: CHALLENGES,
PERSPECTIVES, AND THE IMPORTANCE OF THE LONGITUDINAL PHYSICIAN-
PATIENT RELATIONSHIP

EVOLUCIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN BRASIL: DESAFÍOS,
PERSPECTIVAS Y LA IMPORTANCIA DEL VÍNCULO LONGITUDINAL MÉDICO-
PACIENTE

Natália Barreto e Sousa¹
Isabella Vidal de Souza²
Paulo Jorge da Silva Campos Filho³

RESUMO: Esse artigo buscou retratar a evolução da Medicina de Família e Comunidade (MFC), desde a instituição da Alma-Ata em 1978 até os desafios enfrentados na atualidade. Além de destacar a longitudinalidade do cuidado médico-paciente, fundamental para a construção de vínculos duradouros, melhoria da adesão terapêutica e promoção de saúde. Ademais, alguns dos desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, como a desigualdade na distribuição de profissionais qualificados pelo amplo território, financiamento insuficiente e o impacto de crises globais de saúde, como a pandemia de 2019 ocasionada pelo SARS-CoV-2 impactam diretamente na melhoria do sistema de saúde. Uma outra dificuldade enfrentada na MFC é o déficit de especialistas e a necessidade de formação qualificada. Dessa forma, o artigo destaca iniciativas como a ampliação do número de vagas para os Programas de Residência Médica (PRM) e a valorização da equipe multiprofissional, essenciais para enfrentar os entraves. Por fim, o estudo ressalta a importância da APS na estruturação do sistema de saúde e propõe estratégias para fortalecer o cuidado longitudinal e superar desafios globais e nacionais.

361

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Vínculo. Longitudinalidade.

ABSTRACT: This article aimed to portray the evolution of Family and Community Medicine (FCM) from the Alma-Ata Declaration in 1978 to the challenges faced today. It highlights the longitudinal nature of the doctor-patient relationship, which is essential for building lasting bonds, improving therapeutic adherence, and promoting health. Additionally, some of the challenges faced by Primary Health Care (PHC) in Brazil, such as the unequal distribution of qualified professionals across the vast territory, insufficient funding, and the impact of global health crises—such as the 2019 pandemic caused by SARS-CoV-2—directly affect the improvement of the healthcare system. Another difficulty in FCM is the shortage of specialists and the need for high-quality training. Thus, the article highlights initiatives such as increasing the number of positions in Medical Residency Programs (MRPs) and valuing the multidisciplinary team as essential measures to address these challenges. Finally, the study underscores the importance of PHC in structuring the healthcare system and proposes strategies to strengthen longitudinal care and overcome global and national challenges.

Keywords: Family and Community Medicine. Bond. Longitudinality.

¹Professora da Universidade de Vassouras.

²Estudante de medicina da Universidade de Vassouras.

³Estudante de medicina da Universidade de Vassouras.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo retratar la evolución de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) desde la Declaración de Alma-Ata en 1978 hasta los desafíos actuales. Destaca la naturaleza longitudinal de la relación médico-paciente, fundamental para la construcción de vínculos duraderos, la mejora de la adherencia terapéutica y la promoción de la salud. Además, algunos de los desafíos que enfrenta la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil, como la distribución desigual de profesionales cualificados en un territorio extenso, la financiación insuficiente y el impacto de crisis sanitarias globales—como la pandemia de 2019 causada por el SARS-CoV-2—afectan directamente la mejora del sistema de salud. Otra dificultad en la MFC es la escasez de especialistas y la necesidad de una formación de alta calidad. Por ello, el artículo destaca iniciativas como el aumento del número de plazas en los Programas de Residencia Médica (PRM) y la valorización del equipo multidisciplinario como medidas esenciales para afrontar estos desafíos. Finalmente, el estudio subraya la importancia de la APS en la estructuración del sistema de salud y propone estrategias para fortalecer la atención longitudinal y superar los desafíos globales y nacionales.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria. Vínculo. Longitudinalidad.

INTRODUÇÃO

Através da Declaração de Alma-Ata, foi instituída a Atenção Primária à Saúde (APS) em 1978, tendo como objetivo o fornecimento de cuidados em saúde mais perto das famílias existentes em uma comunidade, com um enfoque na prevenção, promoção e reabilitação desses pacientes, por meio de um cuidado integral e contínuo. Entretanto, desde a sua criação até os dias atuais, a APS enfrenta alguns obstáculos, como: alteração no panorama epidemiológico, progressão de número de casos das doenças crônicas e, ainda adversidades para garantir um acesso universal dentro de um país com uma vasta extensão (ALVARENGA CGM, et al., 2023).

No primeiro momento, o objetivo da APS era atender populações e regiões mais vulneráveis. Contudo, com o passar do tempo aumentou-se o seu campo de atuação, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), passando a ofertar cuidado em saúde para todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo conhecido como a porta de entrada do sistema (FRANCO TB, MERHY EE, 2003).

Uma forma de destaque das características únicas presentes na APS são a presença dos atributos fundamentais, no que tange o contato entre os profissionais de saúde e os seus clientes, ou seja, a comunidade frequentadora da APS. Por conseguinte, os atributos essenciais, são: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade do cuidado, coordenação e integralidade (BELO CEC, et al., 2023).

Gusso GDF (2011) reafirma que a ESF apresenta um histórico de sucesso na APS do Brasil mesmo com os obstáculos enfrentados ao longo do tempo, como precariedade de infraestrutura, financiamento insuficiente e a ausência de desenvolvimento profissional

contínuo. Dentre os obstáculos enfrentados, podemos citar: os problemas de acesso e qualidade na Atenção básica que persistem apesar da ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF); a desigualdade na distribuição territorial de médicos; a escassez na organização de registro médico e sociais dos pacientes, o que impacta diretamente a construção do vínculo médico-paciente; a pouca valorização dos profissionais capacitados; os desafios na formação de especialistas, como déficit e necessidade de formação mais qualificada para atender as demandas da APS; e o impacto das crises globais de saúde (DA CUNHA EM, et al., 2017).

De São José BP (2013) destaca que os médicos generalistas desempenham um papel crucial no cenário da APS, uma vez que são os responsáveis pelo primeiro diagnóstico e manejo das doenças em grande parte do território nacional, devido ao pouco número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade. No entanto, desafios significativos impactam a qualidade desse atendimento, principalmente: as lacunas em seu conhecimento e a abordagem focada apenas na doença.

Outrossim, Sarti TD, et al. (2024) abordam sobre a crise mundial envolvendo a APS na qual afeta tanto países desenvolvidos como os demais países. Ocorrendo sobretudo devido ao aumento da demanda de atendimentos na APS e o déficit de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Além do mais, alguns fatores se destacam como intensificadores desse problema, por exemplo: restrições fiscais, barreiras migratórias e disseminação de informações falsas. Outra informação importante, foi a pandemia ocasionada pelo SARS-CoV-2 em 2019, onde ocorreu o aumento do desgaste de profissionais da saúde e do fluxo de pacientes, portanto, afetando a excelência do serviço de saúde ofertado.

Dessa maneira, é possível perceber que o cuidado longitudinal abordado na Medicina de Família e Comunidade (MFC) é parte vital do cuidado à comunidade. O objetivo deste trabalho foi analisar o contexto histórico da MFC no Brasil, bem como os desafios inerentes, além de abordar o vínculo longitudinal no cuidado médico-paciente.

DISCUSSÃO

Breve histórico da Medicina de Família e Comunidade no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi responsável em 1978, através da conferência Alma-Ata, por estimular os países a fazerem mudanças em seus sistemas de saúde. No Brasil, apenas no ano de 1981 ocorreu a formalização da Medicina Geral e Comunitária

(MGC) através da criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (DE OLIVEIRA VG, et al., 2014).

Franco TB, Merhy EE (2003) relataram que o foco da criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 foi para substituir o foco na medicina realizada que era de cura e hospitalar para uma abordagem focada em território e comunidade, de forma a modificar o modelo assistencial de saúde do Brasil.

A notoriedade da MFC começou com a ampliação do PSF para a atual Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, os primeiros Programas de Residência Médica (PRM) surgiram com o nome de Medicina Geral e Comunitária (MGC) no ano de 1976, passando a ser conhecido na atualidade como MFC (DE OLIVEIRA VG, et al., 2014).

Giovanella L (2003) afirma que foi através da instalação do Sistema Único de Saúde (SUS) que a APS passou a ser o centro do sistema na oferta de cuidados para comunidade, oferecendo reabilitação integral e contínua, promovendo saúde e prevenindo a ocorrência de doenças. Nesse contexto, ocorreu a incorporação da saúde da família à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de forma a valorizar a Estratégia Saúde da Família (ESF).

No Brasil, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) se deu através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Isso aconteceu devido a abordagem constante e abrangente do atendimento. Além disso, a participação de equipes multiprofissionais constituídas por enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos e técnicos de enfermagem são essenciais para o avanço da saúde (ALVARENGA CGM, et al. 2023).

O cuidado longitudinal médico-paciente é parte integrante da execução da APS, tendo o foco em atendimentos personalizados e no paciente como um todo e, não apenas a sua doença. Os médicos de família objetivam não apenas o tratamento da enfermidade, mas também compreender o contexto cultural, emocional e social que aquela pessoa se insere. Para dessa forma, buscar a realização de ações de prevenção e tratamento adequado para as condições médicas apresentadas (IZECKSOHN MMV, et al., 2017).

A ESF conta com a atuação de uma equipe multiprofissional, em geral, composta por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). A importância desses profissionais situa-se na promoção da saúde coletiva através de estratégias guiadas de cuidado (GIOVANELLA L, 2003).

Portela GZ (2017) afirma que existem falhas metodológicas na mensuração dos atributos essenciais da APS - acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade. Isso ocorre, porque

na aplicação prática dos mesmos, existem falhas devido à complexidade do sistema e à falta de indicadores precisos. Dessa maneira, como medida de fortalecimento da APS, é importante investir em infraestrutura, recursos humanos e financiamento, além de diversificar os modelos de atenção e aprimorar sua articulação com os demais níveis do SUS, garantindo um atendimento mais equitativo e eficiente à população.

Gusso GDF (2011) relata que a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) defendeu que a APS deve ter como ênfase o cuidado com o paciente em sua integralidade. Sendo, dessa forma, uma eficaz medida para o combate da fragmentação e do uso excessivo de prevenção secundária. Tendo uma APS focada na ciência e em um sistema que busca equidade, valorizando os pacientes e os trabalhadores de saúde.

O vínculo longitudinal médico-paciente e a Medicina de Família e Comunidade

Tratar um paciente obedecendo ao pilar essencial da longitudinalidade presente na APS e MFC no Brasil é cuidar de forma contínua de um paciente, buscando a construção de um vínculo ao longo do tempo. Esse modelo de cuidado é de fato o que mais impacta resultados positivos na adesão medicamentosa, promoção de saúde e também na prevenção de enfermidades. O reforço da continuidade do cuidado também tem impacto na valorização da APS como estruturadora do sistema de saúde, de maneira a promover maior equidade e eficiência no atendimento (IZECKSOHN MMV, et al., 2017).

365

Para Starfield B (2003) a longitudinalidade do cuidado pode ser entendido como um instrumento fundamental na APS devendo estar vigente desde o primeiro contato do paciente com as equipes de saúde. Além disso, esse atributo é reconhecido como parte vital dos modelos de atenção à saúde em todo o mundo.

Da Cunha EM, et al. (2017) afirmam que existem três dimensões do vínculo longitudinal: 1) Identificação da Unidade Básica de Saúde (UBS) como fonte de cuidados regulares; 2) Relação interpessoal entre equipe e paciente; 3) Cuidado continuado. Em geral, significa que deve ocorrer a percepção do paciente que a UBS é referência para o cuidado contínuo das suas necessidades; a criação de confiança através de uma adequada comunicação equipe-paciente, além do reconhecimento de aspectos psicossociais; a organização e compartilhamento dos registros médicos e sociais, a fim de se estabelecer a coordenação do cuidado entre equipes.

Alvarenga CGM, et al. (2023) acadêmicos de medicina da faculdade de Eunápolis no estado da Bahia, realizaram um estudo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município baseado no Programa Interinstitucional de Interação Ensino/Serviço/ Comunidade (PINESC) IV. O enfoque dos atendimentos e observação crítica situou-se em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), de forma a realizar táticas similares às utilizadas no Programa HIPERDIA. Dessa forma, a ação realizada pelos acadêmicos contou com o auxílio multiprofissional através da realização de antropometria e orientações de mudança do estilo de vida, como alimentação e atividade física. Foi observado que diversos pacientes não apresentavam o fornecimento correto de informação entre as consultas, fato que evidenciou o frágil vínculo existente entre a equipe de saúde e a comunidade local. Por isso, o fortalecimento do cuidado integral e a melhora da interação com a população foi possível com o estabelecimento dos estudantes na UBS. Como conclusão do estudo, é estabelecido que através da longitudinalidade do cuidado ao paciente é possível a realização de estratégias que visam superar os entraves envolvidos na manutenção de vínculo médico-paciente, além de fortalecimento da terapêutica.

Entretanto, ainda existem desafios que precisam ser superados no que tange o cuidado longitudinal. Podemos destacar a alta rotatividade de médicos e outros profissionais nas unidades de saúde e a qualificação deficitária de alguns médicos de família, fatores esses que comprometem diretamente o cuidado longitudinal. Como uma forma de superar esses entraves podemos citar para garantir a existência desse modelo, a criação de novos PRM, valorização profissional e implantação de políticas de capacitação permanente (IZECKSOHN MMV, et al., 2017).

Brissac JCS, et al. (2024) afirmam que a presença do cuidado longitudinal na relação médico-paciente auxilia na coordenação do cuidado, sobretudo em casos que demandam de vários níveis de atenção em saúde. Dessa maneira, a longitudinalidade se destaca como parte vital da promoção de saúde, uma vez que a mesma encontra-se alinhada aos princípios básicos do SUS.

Bastos EPB (2024) analisa em seu estudo o impacto da presença de médicos especialistas em Medicina da Família e Comunidade com médicos não especialistas (generalistas), no cuidado longitudinal dentro da Atenção Primária à Saúde (APS). Através de uma comparação entre duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro, uma com o PRM em MFC e outra sem o programa de residência médica, foi possível estabelecer comparações.

A unidade que conta com a presença dos residentes em MFC apresentou um desempenho maior na avaliação da longitudinalidade do cuidado, com escore médio de 7,02. Em contrapartida, a unidade sem residência teve um escore médio de 5,43. Na comparação de escore geral da APS, a unidade com residência também obteve um número superior de 6,32, enquanto a unidade sem o programa obteve 4,94. Dessa maneira, foi percebido que a presença do PRMFC possibilitou a criação de vínculos mais sólidos com os pacientes, mesmo diante da rotatividade dos residentes, fato que pode ser atribuído devido a supervisão contínua de preceptores experientes. Portanto, foi ressaltado que a qualificação profissional melhora a qualidade da APS e fortalece o cuidado longitudinal, trazendo benefícios tanto para a longitudinalidade do cuidado quanto para a qualidade do atendimento, em comparação ao modelo baseado em médicos generalistas sem essa especialização.

A atualidade da Medicina de Família e Comunidade e os seus desafios

De São José BP (2013) em seu estudo, apontou desafios na acurácia diagnóstica de médicos generalistas atuantes na APS, sobretudo no manejo de doenças respiratórias, como infecções respiratórias agudas (IRA), asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e tuberculose. Sendo, constatado subdiagnóstico da DPOC e sobrediagnóstico da asma, além da prescrição excessiva de antibióticos para IRA. Fato que compromete a efetividade da APS. Como forma de aprimorar a qualidade do atendimento, estratégias como exames complementares (espirometria, PCR e PCT) e os programas de educação médica continuada e abordagens estruturadas, como a Practical Approach to Lung Health (PAL), podem contribuir significativamente para o aprimoramento do diagnóstico e manejo dessas doenças. Capacitar médicos generalistas por meio dessas estratégias não só melhora a qualidade da atenção prestada, mas também reduz encaminhamentos desnecessários e otimiza o uso de recursos do sistema de saúde. Investir na formação desses profissionais é essencial para fortalecer a APS e garantir um atendimento mais eficiente e resolutivo.

O Ministério da Saúde brasileiro realizou a criação do programa HIPERDIA, apresentando como objetivo o cumprimento de um adequado suporte em promoção e prevenção em saúde, sobretudo das principais doenças crônicas não transmissíveis em nosso país, HAS e DM, por meio de cadastramento e acompanhamento. Através desse programa, foi percebido que atividades físicas e a realização de dietas contribuem para redução da pressão arterial e melhora da glicemia (ALVARENGA CGM, et al. 2023).

A distribuição territorial de médicos e especialistas no Brasil ainda é desigual, o que acaba sendo um dos principais desafios no que tange a qualidade do serviço ofertado, enfrentados pela APS e MFC. Por conta disso, houve a realização de medidas visando solucionar esses déficits, com o aumento de 2,6 médicos para cada 1.000 habitantes em 2023. Todavia, apesar disso, o número de profissionais especialistas em MFC corresponde apenas 2,3% do total de médicos, valor limitado para atender as demandas populacionais (SARTI TD, et al., 2024).

Outro desafio enfrentado na atualidade, é o crescimento da demanda em MFC e o aumento de médicos generalistas, o que acabou levando a formação de cursos de curta duração e capacitações na área que algumas vezes não correspondem às expectativas (DE OLIVEIRA VG, et al., 2014).

Para Sarti TD, et al. (2024) ainda é necessário a realização da ampliação do acesso e melhora da qualidade da APS, através da formação de profissionais qualificados em MFC. Além disso, os autores ressaltam que o Brasil apresenta uma propensão de foco mundial nessa área através do desenvolvimento contínuo, buscando a valorização dos profissionais e aprimoramento da atenção básica.

Por outro lado, Portela GZ (2017) enfatiza que a APS brasileira enfrenta desafios estruturais e conceituais que acabam afetando a efetividade e a equidade do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os desafios estruturais, podemos citar: o déficit na infraestrutura com carência de equipamentos, insumos e instalações adequadas em múltiplas unidades; a desigualdade na distribuição dos serviços devido a disparidades regionais entre grandes centros urbanos e áreas rurais ou periféricas; o financiamento insuficiente para garantir uma cobertura eficiente e infraestrutura adequada; a carência de profissionais e alta rotatividade de médicos, sobretudo em áreas remotas; a limitação da informação. Conceitualmente, a APS está ligada a ESP, o que acaba restringindo sua avaliação e abrangência. Há indefinições sobre seu escopo e hierarquização dentro do sistema, o que compromete sua resolutividade.

A crise mundial da atenção primária

Em países como o Canadá, Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido a crise de saúde primária ocorre devido ao diminuto número de médicos especialistas em Medicina da

Família e Comunidade, por conta dos obstáculos referentes à formação desses profissionais e a retenção dos mesmos (SARTI TD, et al., 2024).

Huffstetler A, et al. (2023) propõem, como forma de enfrentamento da crise da atenção primária nos EUA, a realização da elevação do número de trabalhadores da saúde associado ao uso de tecnologias, através do aumento de investimentos. Isso ocorreria de forma a diminuir os entraves da educação através de um incentivo para a permanência dos trabalhadores na área da atenção primária.

Entretanto, deve-se evitar a realização de medidas com um custo financeiro menor ou condensada que podem acabar interferindo nos serviços ofertados pela APS. Uma dessas medidas é a substituição do serviço médico especialista por outros profissionais que pode acabar adicionando trabalhadores sem a qualificação necessária para o atendimento na APS (SARTI TD, et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um importante papel na estruturação dos sistemas de saúde. A longitudinalidade do cuidado médico-paciente, um dos pilares fundamentais da APS, possibilita o estabelecimento de vínculos que transcendem o atendimento pontual, promovendo uma abordagem integrativa que considera todas as dimensões dos pacientes. No entanto, a APS enfrenta desafios complexos e contínuos. A alta rotatividade de profissionais, a formação insuficiente em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e a desigualdade na distribuição de médicos no território, comprometem a efetividade do cuidado longitudinal. Além disso, a sobrecarga de trabalho, o financiamento limitado e as crises globais, como a pandemia ocasionada pelo SARS-CoV-2 em 2019, intensificaram as dificuldades já existentes. Como forma de superar as adversidades apresentadas, temos: ampliação do número de vagas para os Programas de Residência Médica (PRM) em MFC, valorização dos profissionais e criação de novas políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. ALVARENGA CGM, et al. Desafios e perspectivas para a longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família: A experiência de estudantes de Medicina. *Research, Society and Development*, 2023.

2. BASTOS EPB. Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2024, 29 (11).
3. BELO CEC, et al. Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 2023.
4. BRISSAC JCS, et al. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2024, 6(12):455-466.
5. DA CUNHA EM, et al. Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: processo de validação por especialistas. *Cad. Saúde Colet*, 2017, 25 (2): 249- 258.
6. DE OLIVEIRA VG, et al. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2014, 9(30):85-88.
7. DE SÃO JOSÉ BP. Habilidade de médicos generalistas da atenção primária à saúde no diagnóstico das doenças respiratórias mais prevalentes. *Repositório UFMG*, 2013.
8. FRANCO TB, MERHY EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *Hucitec*, 2003.
9. GIOVANELLA L. Atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, 2003.
10. GUSSO GDF. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2011.
11. HUFFSTETLER A, et al. Health is primary: charting a path to equity and sustainability. *American Academy of Family Physicians (AAFP)*, 2023.
12. IZECKSOHN MMV, et al. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciênc. saúde colet*, 2017, 22(3).
13. PORTELA GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*, 2017, 27 (2).
14. SARTI TD, et al. Crise Global da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2024, 19(46):4070.
15. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. *Unesco: Ministério da Saúde*, 2002.