

UMA VISÃO PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TRÍPLICE FRONTEIRA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

A PRACTICAL PERSPECTIVE ON PRIMARY HEALTH CARE IN A FAMILY HEALTH UNIT IN A TRIPLE-BORDER REGION: AN EXPERIENCE REPORT

UNA VISIÓN PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA EN UNA REGIÓN DE TRIPLE FRONTERA: RELATO DE EXPERIENCIA

Bruno de Omena Moritz¹
Marco Antônio Almeida Ramires²
Fernanda Ferreira Evangelista³
Anália Rosário Lopes⁴

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde, sendo a principal porta de entrada e responsável pela coordenação do cuidado. Este estudo teve como objetivo relatar uma experiência desenvolvida em uma unidade de saúde da família, com foco na análise de seus princípios, atributos e ferramentas de trabalho, em um contexto de tríplice fronteira. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em uma unidade de saúde no município de Foz do Iguaçu. Durante o período de vivência, foram realizadas visitas guiadas às instalações da unidade e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e usuários. Também foram observadas as principais ferramentas que estruturam o processo de trabalho, como visitas domiciliares, acolhimento, ações de educação em saúde, organização do fluxo de atendimento e classificação de risco. Os resultados evidenciaram uma compreensão ampliada sobre as percepções dos usuários em relação ao acesso e à qualidade da atenção, bem como sobre a atuação dos profissionais e o papel dos agentes comunitários de saúde. Entretanto, foram identificados desafios, como fragilidades na coordenação do cuidado, demora no acesso à atenção especializada e baixa visibilidade das ações educativas. A experiência possibilitou aos estudantes uma aproximação crítica com a realidade do sistema público de saúde, favorecendo a reflexão sobre desafios, potencialidades e estratégias no cotidiano dos serviços. O estudo contribuiu para o processo formativo, promovendo o desenvolvimento de competências alinhadas aos princípios do sistema e à prática profissional em contextos complexos.

Palavras-chave: Atenção Primária À Saúde. Humanização. Sistema de Saúde.

¹Discente do curso de Medicina na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

²Discente do curso de Medicina na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

³Docente no curso de Medicina na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

⁴Docente no curso de Medicina na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

ABSTRACT: Primary Health Care constitutes the first level of care within the Unified Health System and serves as the main entry point, being responsible for coordinating care. This study aimed to report an experience developed in a Family Health Unit, focusing on the analysis of its principles, attributes, and work tools in a triple-border context. This is a descriptive study, characterized as an experience report, conducted in a health unit located in the municipality of Foz do Iguaçu. During the immersion period, guided visits to the unit's facilities and semi-structured interviews with healthcare professionals and users were carried out. The main tools structuring the work process were also observed, including home visits, patient reception (welcoming), health education activities, organization of care flow, and risk classification. The results revealed a broader understanding of users' perceptions regarding access and quality of care, as well as the performance of healthcare professionals and the role of community health workers. However, challenges were identified, such as weaknesses in care coordination, delays in access to specialized care, and low visibility of health education activities. The experience enabled students to develop a critical understanding of the reality of the public health system, fostering reflection on challenges, potentialities, and strategies within daily service practices. This study contributes to the educational process by promoting the development of competencies aligned with the principles of the health system and professional practice in complex contexts.

Keywords: Primary Health Care. Humanization. Health Care System.

RESUMEN: La Atención Primaria de la Salud constituye el primer nivel de atención en el Sistema Único de Salud, siendo la principal puerta de entrada y responsable de la coordinación del cuidado. Este estudio tuvo como objetivo relatar una experiencia desarrollada en una Unidad de Salud de la Familia, con enfoque en el análisis de sus principios, atributos y herramientas de trabajo, en un contexto de triple frontera. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, realizado en una unidad de salud en el municipio de Foz do Iguaçu. Durante el período de vivencia, se realizaron visitas guiadas a las instalaciones de la unidad y entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud y usuarios. También se observaron las principales herramientas que estructuran el proceso de trabajo, como visitas domiciliarias, acogida (recepción), acciones de educación en salud, organización del flujo de atención y clasificación de riesgo. Los resultados evidenciaron una comprensión ampliada de las percepciones de los usuarios en relación con el acceso y la calidad de la atención, así como sobre la actuación de los profesionales y el papel de los agentes comunitarios de salud. Sin embargo, se identificaron desafíos, como debilidades en la coordinación del cuidado, demora en el acceso a la atención especializada y baja visibilidad de las acciones educativas. La experiencia permitió a los estudiantes una aproximación crítica a la realidad del sistema público de salud, favoreciendo la reflexión sobre desafíos, potencialidades y estrategias en el cotidiano de los servicios. El estudio contribuye al proceso formativo, promoviendo el desarrollo de competencias alineadas con los principios del sistema y la práctica profesional en contextos complejos.

Palabras clave: Sistema Único De Salud, Atención Primaria De Salud, Humanización, Atención Integral.

INTRODUÇÃO

As ações e o funcionamento da Atenção Primária à Saúde, fundamentados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), orientam-se pela Estratégia Saúde da Família, que ultrapassa o modelo biomédico ao incorporar uma abordagem centrada nas necessidades da população e na construção de vínculos entre profissionais e usuários, em interação com o território (BRASIL, 2017). Essa estratégia baseia-se em atributos essenciais e derivados que ampliam a capacidade de resposta às demandas em saúde e qualificam o cuidado (STARFIELD B, 2002).

No Brasil, essa estratégia busca cumprir três funções essenciais: resolutividade, comunicação e responsabilização (MENDES EV, 2010). Esse desafio é implementado na prática com a utilização de ferramentas de trabalho que permitem às equipes de saúde organizar, planejar, implementar e avaliar ações na APS (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o acolhimento, a educação em saúde, a visita domiciliar e as estratégias de organização do acesso configuram-se como dispositivos centrais para a efetivação do cuidado. O acolhimento destaca-se como tecnologia relacional baseada na escuta qualificada e na organização do fluxo assistencial, sendo responsabilidade de toda a equipe (CONSTANTINIDIS TC e MENDES DE OLIVEIRA MC, 2019). A educação em saúde, por sua vez, promove a participação e corresponsabilização dos usuários, por meio de práticas coletivas que favorecem o protagonismo no cuidado (BRASIL, 2007).

Outra ferramenta é a visita domiciliar, que amplia o acesso e possibilita intervenções contextualizadas, considerando as condições familiares e sociais (SAVASSI LC, 2016). De forma complementar, estratégias como o acesso avançado contribuem para a reorganização da demanda, priorizando o atendimento oportuno e a redução de filas (OLIVEIRA LGF e FRACOLLI LA, 2023).

No plano organizacional, a Estratégia Saúde da Família estrutura-se em equipes multiprofissionais responsáveis por territórios definidos, com parâmetros de cobertura e composição estabelecidos em normativas nacionais, o que exige planejamento, organização do trabalho e adaptação às especificidades locais (BRASIL, 2017).

Desse modo, diante da implementação da APS no Brasil, o antigo ensino da medicina, baseado no modelo biomédico, mostrou-se limitado na formação de profissionais aptos a atuar

nesse contexto, impulsionando a incorporação do modelo biopsicossocial e a necessidade de maior integração com a realidade da Atenção Primária.

Portanto, este estudo busca compreender, de maneira abrangente e contextualizada, sob a ótica de acadêmicos de medicina, a aplicação prática dos atributos e ferramentas da APS em uma Unidade de Saúde da Família localizada em uma região de fronteira que enfrenta desafios singulares.

METODOLOGIA

Relato de experiência vivenciado por discentes do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), durante a disciplina Programa de Integração Ensino Serviço Comunidade II (PIESC II). As atividades de campo são ferramentas indispensáveis para a consolidação do conhecimento teórico trabalhado em sala de aula, pois introduzem os alunos nas práticas do SUS, proporcionando reconhecimento das necessidades nos diferentes momentos de atenção aos usuários dos serviços de saúde pública. Além disso, permitem o contato direto com a realidade dos territórios, favorecendo a compreensão das desigualdades sociais, dos determinantes sociais da saúde e da importância do trabalho em equipe interdisciplinar. Dessa forma, as vivências em campo tornam-se fundamentais para a formação integral dos estudantes, alinhando ensino, serviço e comunidade (CAMPOS & FORSTER, 2008; MUSSI et al., 2021).

4

2.1 Local de estudo:

As atividades descritas foram realizadas em dois momentos distintos durante o período de agosto a dezembro de 2024 na UBS Morumbi III, situada no bairro Morumbi II, em Foz do Iguaçu, Paraná.

A UBS abrange quatro áreas, cada uma sob a responsabilidade de uma equipe da ESF (Figura 1). Cada equipe é composta por três agentes comunitários de saúde (ACS), um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Além disso, a unidade conta com duas equipes de saúde bucal (ESB), cada uma formada por um dentista e um auxiliar de saúde bucal. O atendimento é complementado pela equipe multiprofissional (e-Multi), que inclui profissionais como fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico e nutricionista.

usuários entrevistados afirmaram não receber visitas domiciliares regularmente, destacando que, quando ocorrem, são predominantemente direcionadas à busca ativa de gestantes. Isso indica que a VD está sendo implementada de maneira deficiente e inconsistente, não atingindo seu potencial máximo como ferramenta de acompanhamento e intervenção na saúde da comunidade (OLIVEIRA & PEREIRA, 2013).

No segundo momento, os discentes acompanharam o processo de acolhimento de dois pacientes, conduzido por técnicas de enfermagem da mesma equipe. Durante a observação, analisaram a recepção dos usuários, a estratificação de risco, a escuta ativa das demandas e as orientações fornecidas sobre os próximos passos do atendimento. Em seguida, os estudantes entrevistaram pacientes que aguardavam atendimento na recepção da UBS, abordando temas como expectativas em relação ao serviço, eficácia na resolução de problemas de saúde, percepção sobre mudanças em seu estado de saúde após o atendimento e experiência tanto em consultas agendadas quanto em atendimentos por demanda espontânea. Também foram entrevistados funcionários responsáveis pelo acolhimento, a fim de compreender os métodos utilizados no processo.

No terceiro momento, os estudantes analisaram as práticas de educação em saúde promovidas pela UBS, investigando tanto as orientações individuais fornecidas pelos profissionais quanto a participação dos usuários em atividades educativas em grupo. Para avaliar a eficácia e o impacto dessas ações, utilizou-se um método qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas.

2.3 Procedimentos de coleta e análise de dados qualitativos

Com o objetivo da interface teórico-prática os docentes do módulo do PIEESC II forneceram um plano de trabalho que auxiliou no processo de ensino e aprendizagem na observação da prática de trabalho da USF e na elaboração deste relato. O referido documento constava de leituras prévias, pontos para observação e análise e um roteiro de perguntas para cada temática de estudo e observação.

A análise e apresentação dos resultados, deu-se de forma descritiva, a partir da percepção de usuários do serviço e profissionais da ESF em estudo sobre atributos da APS e elementos constitutivos do processo de trabalho em equipe.

Os participantes do estudo incluíram funcionários da recepção, profissionais da ESF e usuários atendidos no acolhimento da UBS Morumbi III. A coleta de dados foi realizada por

meio

de:

- a) Entrevistas semiestruturadas com funcionários da recepção para compreender suas funções, os fluxos organizacionais e os desafios enfrentados na rotina de trabalho.
- b) Observação participante para analisar a modelagem do acolhimento adotada pelas equipes da ESF.
- c) Análise documental para examinar a gestão da agenda da equipe de saúde e identificar dificuldades no processo de acolhimento.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise de conteúdo, buscando identificar temas e padrões emergentes. O foco da análise foi nos serviços prestados ao usuário, nos modelos de atendimento, na gestão da agenda e no processo de classificação de risco.

2.4 Organização, análise e representação dos dados

Os dados coletados foram organizados em tabelas e posteriormente sintetizados em formato visual por meio da elaboração de um infográfico, utilizando ferramenta de inteligência artificial (NotebookLM). O conteúdo do infográfico foi integralmente baseado nos dados obtidos no CNES, sendo revisado pelos autores para garantir a fidedignidade das informações apresentadas. O uso da ferramenta teve caráter exclusivamente auxiliar, não interferindo na análise dos dados.

7

RESULTADO

Na tabela 1, são dispostas informações sobre o território cadastrado para a USF Morumbi III. Todavia, ressalta-se que nem toda a população do território está cadastrada e sendo atendida na USF.

Tabela 1. Informações sobre o território da USF

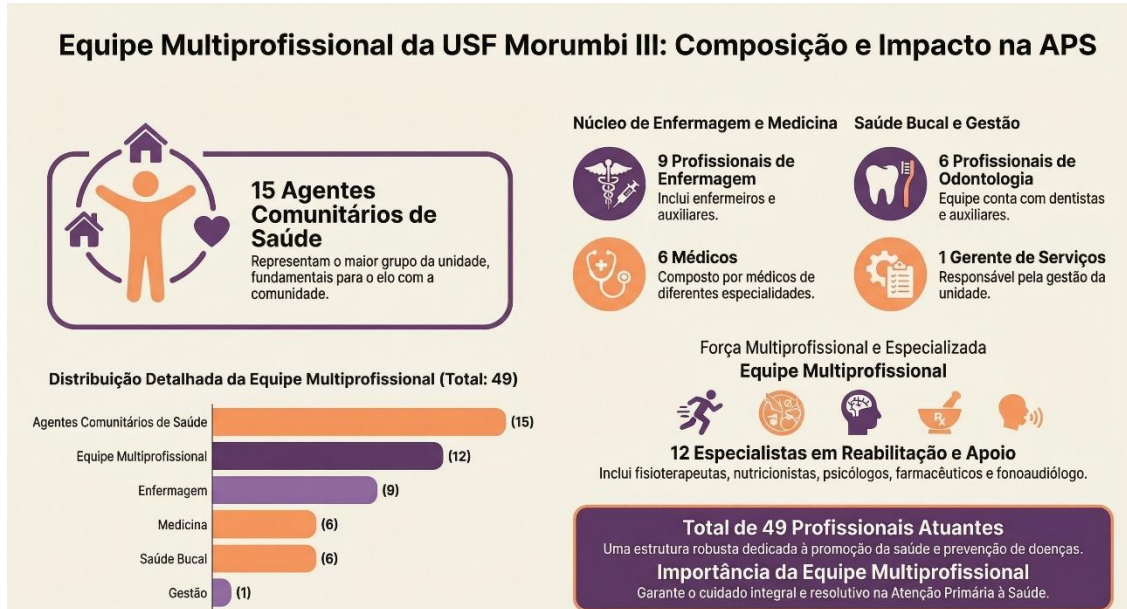
Área em Km ²	5,73
Número de domicílios	6.287
Número de moradores	21.029
Média de moradores por domicílios	3,34
Número de setores censitários	27

Fonte: (Censo Demográfico , 2010)

Na figura 1, está representado em formato de infográfico os profissionais que atuam nessa USF. Como é possível observar, nesta unidade de saúde não possui nenhum técnico em

enfermagem, apenas auxiliares de enfermagem, no entanto, grande parte dos auxiliares em enfermagem possuem a formação e atuam como técnicos de enfermagem.

Figura 1. Profissionais atuando na USF Morumbi III



Fonte: Elaborado pelos autores com auxílio de inteligência artificial (NotebookLM), a partir de dados do CNES (2025).

Na tabela 2 e 3, está descrito a infraestrutura e os principais equipamentos presentes na USF.

Tabela 2. Instalações Físicas para Assistência

Instalações:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
Clínicas básicas	3	0
Odontologia	1	0
Outros consultórios não médicos	1	0
Sala de curativo	1	0
Sala de imunização	1	0

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 3. Equipamentos presentes na USF Morumbi III

Equipamento	Existentes	Em uso	SUS
câmara para conservação de imunobiológicos	1	1	SIM
Amalgamador	1	1	SIM
Caneta de alta rotação	3	3	SIM
Caneta de baixa rotação	3	3	SIM
Compressor odontológico	1	1	SIM

Equipo odontológico	3	3	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

3.1. Atributos da APS identificados

Acesso de primeiro contato

Foi observado que os usuários e os profissionais caracterizavam a USF como a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, normalmente, a primeira opção dos usuários ao buscar aconselhamento médico não emergencial ou agudo. Todavia, como a unidade não implementava a ferramenta de acesso avançado, era comum a realocação da demanda espontânea para outros horários. Ademais, o acolhimento era realizado com todos que buscavam atendimento, mas a consulta médica, em situações normais, só era realizada com a equipe de referência daquele usuário. Ressaltou-se, também, que o encaminhamento para especialistas ocorria na consulta médica.

Longitudinalidade

Entre os atributos da APS identificados, a longitudinalidade se destacou. Foi notória a criação de vínculo e o acompanhamento de longo prazo realizado pela USF e a ESF. Nesse contexto, era comum os usuários se identificarem com a unidade e relatarem um acompanhamento e preocupação de longo prazo e em várias etapas da vida. Além disso, era exigido o cadastramento dos usuários para o acesso normal aos serviços, etapa ignorada apenas em emergências. Notou-se, também, que as famílias eram atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo, o que favorecia a criação do vínculo.

Integralidade

No quesito integralidade, foi possível observar que a USF participava de ações de promoção, prevenção, reabilitação entre outros serviços que garantiam uma intervenção integral na saúde dos usuários. Além disso, quando necessário, os usuários eram encaminhados para especialistas pelo médico da equipe, que resolvia a maioria das queixas dos pacientes.

Coordenação do cuidado

A unidade apresentou uma grande dificuldade com a utilização do sistema RP Saúde. Esse sistema não se comunicava com os outros níveis de atenção, sendo utilizado apenas na APS em Foz do Iguaçu, ou seja, dificultava a coordenação e a manutenção das informações. Em virtude das recorrentes instabilidades do sistema, que ocasionalmente apagava dados previamente inseridos, a USF mantinha um arquivo físico, amplamente utilizado como respaldo para recuperação das informações perdidas. Na organização interna da unidade, havia um reconhecimento e entendimento dos problemas mais comuns da região e a passagem de informações dentro da unidade ocorria normalmente.

Orientação para a família e comunitária

Os prontuários eram digitais, havendo fácil acesso ao grupo familiar daquele paciente, sendo comum a obtenção de informações sobre todo o grupo familiar quando um dos integrantes realizava uma consulta na USF. Todavia, não era comum que os profissionais conhecessem os membros da família de um usuário, principalmente quando essa família não estava presente no território da USF.

Competência cultural

Em relação à competência cultural, observou-se o reconhecimento das peculiaridades locais, com o tratamento sendo adequado a essas especificidades. Destacou-se, inclusive, a presença de alguns profissionais que falavam espanhol, o que facilitava a comunicação com os estrangeiros que rotineiramente buscavam atendimento na USF.

3.2. Ferramentas do processo de trabalho

Nesta USF, destacaram-se as seguintes ferramentas que apoiavam o processo de trabalho: infraestrutura e ambiência, acolhimento, visita domiciliar, grupo de educação em saúde, organização do fluxo dos usuários, agenda e apoio matricial.

Infraestrutura e ambiência

A comparação entre a estrutura teórica e a observada revelou convergências e divergências significativas. Em relação aos ambientes físicos, a unidade apresentou adequação em aspectos essenciais, como a presença de três consultórios clínicos, sala de imunização e curativos, além do consultório odontológico completo. Esses dados indicaram capacidade para

atendimento básico e odontológico, alinhando-se parcialmente às diretrizes. Entretanto, a ausência de salas dedicadas a expurgo, esterilização e observação destoava das recomendações. Além disso, ambientes administrativos e multiprofissionais, embora presentes, não foram descritos com clareza nos registros, o que limitou a análise sobre sua conformidade com as orientações teóricas.

Em relação aos equipamentos, a unidade está bem equipada na área odontológica, com quantitativo superior ao mínimo necessário. A câmara para imunobiológicos, operacional e vinculada ao SUS, também estava em consonância com às normas. Contudo, a falta de menção a equipamentos específicos para salas de esterilização reforçou a desconexão entre a infraestrutura física existente e as exigências técnicas para práticas seguras.

Já no quesito ambiência, não foram observados os horários de atendimento, nem o mapa de abrangência de cada equipe, não havia identificação clara da gerência, da escala de atendimento de cada equipe, nem dos serviços disponibilizados na USF.

Acolhimento

Na ferramenta de acolhimento, tratando o acolhimento como processo de trabalho, notou-se que os usuários eram acolhidos, falando com os auxiliares de enfermagem e recebendo orientações iniciais. Todavia, a ferramenta de acesso avançado, muito relacionada com o acolhimento, não se fazia presente, ou seja, essa USF não comportava bem a demanda espontânea (Oliveira & Fracolli, 2023). A unidade possuía uma modelagem mista, em que o acolhimento era realizado pela equipe disponível no dia, mas a consulta só era realizada com a equipe de referência do usuário ou em emergências.

Notou-se, também, que no acolhimento não havia uma classificação de risco, com o atendimento ocorrendo em ordem de chegada. Todavia, observando o acolhimento como postura, na perspectiva dos usuários, que entendiam o acolhimento como respeito, eficiência e primeiro contato, o acolhimento se fez presente, com elogios ao pouco tempo de espera. Já na perspectiva dos profissionais, o acolhimento resumia-se a ouvir as queixas do usuário, sendo uma ferramenta utilizada para uma escuta inicial de prioridades, postura ausente nos funcionários da recepção. Ainda sobre o acolhimento, como a Unidade de Saúde da Família Morumbi III estava em uma zona de fronteira com o Paraguai e a Argentina, era comum que estrangeiros buscassem acessar o SUS em busca de tratamento (Feitosa et al., 2020). Essa situação foi percebida na USF, sendo comum que estrangeiros alegassem estar morando no

Brasil para ter acesso ao SUS, informação que era constatada como falsa em visitas domiciliares. Apesar disso, o acolhimento dos estrangeiros ocorria normalmente e exemplarmente, garantindo que todos que estavam no território brasileiro tivessem a oportunidade de serem atendidos.

Visita domiciliar

As visitas domiciliares foram identificadas como uma ferramenta que facilitou o acesso de primeiro contato para diversos usuários da USF. Observou-se, contudo, que a unidade contava com número de ACS inferior ao mínimo recomendado. Essa limitação refletiu-se na necessidade de alguns ACS atenderem fora de seus territórios de abrangência e na priorização das visitas às gestantes, em detrimento de outros grupos populacionais. Ainda assim, registrou-se que os usuários contemplados pelas visitas relataram satisfação com o serviço, destacando a importância dessa ação para a relação com a equipe da USF.

Grupos de educação em saúde

Na USF foram identificados grupos fixos organizados semanalmente para atendimento de diferentes demandas. Entre eles, destacaram-se: Vida mais leve, voltado a hábitos saudáveis para maiores de 18 anos e associado ao grupo multiprofissional de mudança de estilo de vida; Ginástica da mente, destinado a idosos com 60 anos ou mais; Acolhimento em psicologia infantil, realizado em formato coletivo e com acesso por ordem de chegada; e Cuide-se, grupo de saúde mental para adultos com livre acesso.

12

Fluxo de usuários

Observou-se a adoção de práticas voltadas para um atendimento humanizado, com destaque para a escuta ativa realizada principalmente por enfermeiros. Verificou-se também a presença de pacientes classificados como hiperutilizadores, em sua maioria idosos, que frequentavam repetidamente o serviço devido a queixas físicas ou emocionais sem causa clínica aparente. Esses pacientes recebiam o mesmo atendimento destinado aos demais usuários, com registro de suas demandas em todas as consultas.

Organização das agendas

Na USF Morumbi III, observou-se uma agenda rígida, ocorrendo o acolhimento da demanda espontânea em horários específicos do dia. Além disso, o atendimento espontâneo só ocorria em três dias da semana: segunda-feira, terça-feira e quinta-feira, apenas com a equipe de referência do usuário. Essa organização não estava facilmente disponível para os usuários, gerando problemas de entendimento do fluxo da USF pelos pacientes, sendo comum a busca por demanda espontânea em momentos reservados para as consultas programadas. Já a quarta-feira era reservada para consultas agendadas com gestantes e a sexta-feira para a realização de visitas domiciliares. Além disso, observou-se uma longa fila para os usuários acessarem a equipe multiprofissional, com relatos de até dois anos para uma consulta psicológica. Devido a essa demanda, ocorria a implementação de atendimentos em grupos e encaminhamento para grupos de educação em saúde.

Apoio matricial

Um aspecto relevante identificado na USF Morumbi III foi a presença do apoio matricial, ofertado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF Leste). Essa equipe multiprofissional era composta por psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico e fonoaudiólogo, entre outros, e desempenhava papel estratégico no suporte técnico às equipes de Saúde da Família.

DISCUSSÃO

Uma análise dos dados da USF Morumbi III revela avanços e desafios típicos de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em contextos urbanos complexos. A composição da equipe multiprofissional, a infraestrutura física e a organização dos processos de trabalho refletem tanto exigências quanto lacunas em relação às recomendações nacionais e internacionais para a APS.

As equipes de Atenção Primária (eAP) são organizadas conforme os princípios e diretrizes da PNAB. Essas equipes assumem a responsabilidade sanitária por uma população adscrita, garantindo o cuidado contínuo e integral. Para fins de cofinanciamento federal, as eAP devem ser compostas minimamente por médicos, preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade, e enfermeiros, preferencialmente especialistas em saúde da família. O processo de trabalho, a combinação das jornadas e os horários de funcionamento

devem ser organizados de modo a garantir o acesso, o vínculo, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Diferentemente das equipes de Saúde da Família (eSF), que representam o modelo prioritário da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), as eAP possuem maior flexibilidade quanto à composição e carga horária. No caso da USF Morumbi III, observou-se ausência de técnicos de enfermagem e número reduzido de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), inferior ao recomendado para a população atendida, o que pode comprometer a cobertura e a efetividade das ações domiciliares e comunitárias, dificultando a equidade no acesso e o acompanhamento longitudinal.

No caso de Foz do Iguaçu, observa-se divergência entre o modelo normativo da eSF, fundamentado na população adscrita, e a realidade prática de regiões de fronteira. A não recusa de atendimento a estrangeiros amplia significativamente a população atendida, sem o correspondente registro no e-SUS, gerando subfinanciamento e sobrecarga das equipes. Nesse cenário, torna-se urgente discutir políticas diferenciadas de custeio e organização do trabalho em saúde para áreas de fronteira, garantindo a universalidade e integralidade do cuidado sem comprometer a qualidade dos serviços.

No que se refere ao acesso de primeiro contato, observou-se que a unidade foi reconhecida pela população como porta de entrada preferencial do SUS, em consonância com a definição clássica de STARFIELD B (2002). Contudo, a ausência de estratégias como o acesso avançado restringiu a resolutividade imediata, uma vez que a demanda espontânea foi redirecionada para horários específicos ou reencaixada em agendas futuras. Estudos nacionais apontam que a falta de acesso oportuno constitui um dos principais fatores de insatisfação dos usuários com a APS, além de potencializar a sobrecarga nos serviços de urgência (OLIVEIRA LGF e FRACOLLI LA, 2023).

O atributo da longitudinalidade esteve presente, sobretudo pela atuação dos ACS, que permaneceram como elo mais estável no território. Os usuários relataram acompanhamento contínuo ao longo da vida, destacando o papel desses profissionais na criação de vínculos de confiança. No entanto, o número reduzido desses trabalhadores comprometeu a cobertura integral. De acordo com MENDONÇA, et al. (2018), a longitudinalidade se consolida plenamente quando há estabilidade profissional e equipes completas, o que nem sempre ocorre na realidade brasileira.

Em relação à integralidade, a USF Morumbi III ofertou um conjunto diversificado de serviços, incluindo imunização, pré-natal, odontologia e acompanhamento multiprofissional. Todavia, a baixa divulgação e adesão da comunidade aos grupos educativos comprometeram a efetividade dessa dimensão. CAMPOS MAF e FORSTER AC (2008) ressaltam que práticas coletivas potencializam a corresponsabilização do usuário, reduzindo a demanda espontânea. A discrepância entre oferta e adesão sugere fragilidades no planejamento e na comunicação entre equipe e comunidade (RYCROFT-MALONE J, et al., 2015).

Coordenação

A coordenação do cuidado depende da integração de informações entre diferentes níveis de atenção, sendo fundamental para a continuidade do cuidado (OLIVEIRA LGF, et al., 2024). Barreiras tecnológicas e organizacionais, como sistemas de informação não integrados, constituem entraves importantes (ALVES A e BARBOSA RR, 2010).

O acesso digital aos prontuários facilita a visualização do grupo familiar, porém a ausência de vínculo com todos os membros limita a orientação familiar e comunitária. A integração das informações e o fortalecimento do vínculo territorial são essenciais para o desenvolvimento desse atributo (OLIVEIRA MAC e PEREIRA IC, 2013).

Competência cultural

A presença de profissionais bilíngues e o reconhecimento das especificidades locais demonstram avanços nesse atributo. A competência cultural envolve a adaptação das práticas às necessidades dos usuários, promovendo equidade. Estratégias como treinamento contínuo e envolvimento comunitário são recomendadas (DIMENSTEIN M, et al., 2025; OLIVEIRA MAC e PEREIRA IC, 2013).

Infraestrutura e ambiência

A adequação parcial da infraestrutura reflete desafios na conformidade com diretrizes técnicas. A infraestrutura adequada é essencial para a qualidade do cuidado e organização dos fluxos assistenciais (SARAIVA FELIX R, et al., 2023).

Acolhimento

O acolhimento é prática central na APS, baseado na escuta qualificada e na orientação dos usuários (LOPES AS, et al., 2015). Contudo, a ausência de classificação de risco e de

estratégias como o acesso avançado limita a resolutividade (OLIVEIRA MAC e PEREIRA IC, 2013). A postura acolhedora influencia diretamente a satisfação dos usuários (ALEXANDRE V, et al., 2019).

Visita domiciliar

As visitas domiciliares fortalecem o vínculo e a continuidade do cuidado. A insuficiência de ACS compromete a cobertura e prioriza grupos específicos, reduzindo a efetividade da ESF (FONSECA AF e MOROSINI MV, 2021). A ausência dessas visitas está associada à menor satisfação dos usuários (CUNHA MS e SÁ MC, 2013).

Grupo de educação em saúde

A realização de grupos educativos é prática relevante, mas ainda pouco explorada coletivamente. Estratégias educativas fortalecem a promoção da saúde e mudanças de estilo de vida (BRASIL, 2023; FRANCELINO AO, et al., 2025).

Fluxo de usuários

A adoção de práticas humanizadas, como escuta ativa, é fundamental para o atendimento, especialmente de hiperutilizadores. O registro adequado das demandas e o atendimento equitativo são essenciais para a integralidade do cuidado (LUCCA HC, 2018; RAYMUNDO CUNHA A, 2023).

CONCLUSÃO

Os achados referentes à USF Morumbi III demonstraram que, embora a unidade tenha garantido o reconhecimento da APS como porta de entrada, a integralidade e a coordenação do cuidado permaneceram limitadas por déficit de profissionais, barreiras informacionais e rigidez na organização das agendas. Ao mesmo tempo, a estabilidade dos ACS, a postura humanizada no acolhimento e a sensibilidade cultural frente à população fronteiriça se configuraram como pontos fortes, reforçando a importância de investimentos estruturais e de políticas específicas para a consolidação da APS em territórios de fronteira.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDRE V, et al. O acolhimento como postura na percepção de psicólogos hospitalares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2019; 39.
2. ALVES A, BARBOSA RR. Influências e barreiras ao compartilhamento da informação: uma perspectiva teórica. *Ciência da Informação*, 2010; 39(2): 115-128.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
5. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
6. CAMPOS MAF, FORSTER AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina sobre a importância do estágio em saúde da família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2008; 32(1): 83-89.
7. CENSO DEMOGRÁFICO. Censo Demográfico 2010.
8. CONSTANTINIDIS TC, MENDES DE OLIVEIRA MC. Práticas de acolhimento na perspectiva de profissionais da atenção básica. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 2019; 3(4): 494-507.
9. CUNHA MS, SÁ MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: desafios no território. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2013; 17(44): 61-73.
10. DIMENSTEIN M, et al. Competência cultural na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *RECIIS*, 2025; 19(1): 1-16.
11. FEITOSA TVN, et al. O acesso à saúde em região de fronteira: tríplice fronteira em meio à pandemia. *Boletim de Conjuntura*, 2020; 4(11).
12. FONSECA AF, MOROSINI MV. O caráter estratégico do agente comunitário de saúde na APS integral. *APS em Revista*, 2021; 3(3): 210-223.
13. FRANCELINO AO, et al. Atuação da equipe multiprofissional na estratégia de saúde da família. *Brazilian Journal of Health Review*, 2025; 8(2).
14. LOPES AS, et al. O acolhimento na Atenção Básica: relações entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate*, 2015; 39(104): 114-123.
15. LUCCA HC. Utilização do prontuário eletrônico do cidadão na atenção primária. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.
16. MENDES EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(5): 2297-2305.
17. MENDONÇA MHM, et al. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
18. MUSSI RFF, et al. Pressupostos para elaboração de relato de experiência. *Práxis Educacional*, 2021; 17(48): 1-18.
19. OLIVEIRA LGF, et al. Coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2024; 17(1): 1890-1905.
20. OLIVEIRA LGF, FRACOLLI LA. Estratégias colaborativas para acesso avançado: revisão de escopo. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 2023; 27(296): 185-213.

21. OLIVEIRA MAC, PEREIRA IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a ESF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2013; 66(spe): 158–164.
22. RAYMUNDO CUNHA A. Plano de intervenção para usuários hiperutilizadores na ESF. Trabalho de conclusão (Especialização) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2023.
23. RYCROFT-MALONE J, et al. Collective action for implementation: a realist evaluation. *Implementation Science*, 2015; 11(1): 17.
24. SARAIVA FELIX R, et al. Percepções dos enfermeiros sobre condições de trabalho na APS. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 2023; 16(4).
25. SAVASSI LCM. Os atuais desafios da atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2016; 11(38): 1–12.
26. STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Oxford: Oxford University Press; 2002.