

1 Enfermeira. Especialização em Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência (UNINTA). Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família (INTA). Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).
E-mail: maiserdias@hotmail.com

2 Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica (UNOESTE). Especialista em Enfermagem Forense (ABEFORENSE), Forensic Nurse Examiner (ABEFORENSE) e Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Forense da Região Centro-Oeste.
E-mail: enfpsiquiatricoantonio@gmail.com

1 Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC (2015). Licenciatura em Biologia (UVA-CE). Professora do Centro Universitário Inta - UNINTA.
E-mail: rafaele@uninta.edu.br

Artigo

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PERMANENT EDUCATION AS TRANSFORMATION STRATEGY TO PRACTICE IN PRIMARY CARE

Maria José Dias Gonzaga¹

Antônio Carlos Gelamos²

Rafaele Aragão dos Santos³

Resumo

A Educação Permanente (EP) está inserida como proposta pedagógica na saúde, repercutindo na prática profissional, transformando as práticas educativas no campo da saúde. O círculo de cultura referenciado por Paulo Freire rompe com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto. O objetivo descreve o processo da EP na atenção primária a partir da utilização do círculo de cultura. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, executado na Atenção Primária de Saúde (APS) com a equipe, acadêmico e residentes de saúde da família. Foram realizadas cinco reuniões de grupo, com círculos de cultura, abordando sobre acolhimento da demanda espontânea, com participação dos 29 profissionais, no período entre janeiro e fevereiro de 2019. Os círculos de cultura, seguindo as etapas: formação do grupo, investigação temática, tematização, problematização e avaliação. Os dados foram coletados e analisados com base nos encontros realizados, anotações do diário de campo, observação dos participantes, registro de informações e experiências relevantes. Os resulta-

dos obtiveram desfecho significativo, mudanças nos processos de trabalho e implementação do acolhimento com classificação de risco. O método utilizado contribuiu para concepção do conhecimento por meio da problematização, reflexões significativas das práticas de saúde, desenvolvimento de competências e motivação para a aprendizagem, com o intuito de melhoria na qualidade do acolhimento e assistência prestada aos usuários. Espera-se que outros estudos aconteçam no sentido de inovar as práticas e olhares, com a proposta de disseminar dessa proposta nos espaços coletivos no sistema de saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Círculo de cultura. Atenção primária à saúde e acolhimento com classificação de risco.

Abstract

Permanent Education (EP) is inserted as a pedagogical proposal in health, reflecting on professional practice, transforming educational practices in the health field. The culture circle referenced by Paulo Freire breaks with fragmentation and requires taking a stand before the problems experienced in a given context. The objective describes the PE process in primary care based on the use of the culture circle. This is a descriptive study, of the experience report type, performed in Primary Health Care (PHC) with the team, academic and family health residents. Five group meetings were held, with culture circles, addressing the acceptance of spontaneous demand, with the participation of 29 professionals, in the period between January and February 2019. The culture circles, following the stages: group formation, thematic investigation, thematization, problematization and evaluation. The data were collected and analyzed based on the meetings held, notes from the field diary, observation of the participants, recording of relevant information and experiences. The results obtained significant results, changes in the work processes and implementation of the reception with risk classification. The method used contributed to the conception of knowledge through problematization, significant reflections on health practices, development of skills and motivation for learning, with the aim of improving the quality of welcoming and assistance provided to users. It is expected that other studies will take place in order to innovate practices and views, with the proposal to disseminate this proposal in collective spaces in the health system.

Keywords: Health education. Culture Circle. Primary Health Care. Primary Care to health and reception with risk classification.

Introdução

O Brasil vive uma situação de saúde na qual a combinação entre transição demográfica acelerada e transição epidemiológica singular está expressa numa tripla carga: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carências, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012). Para isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde organiza-se com a Atenção Primária em Saúde (APS) no centro da rede assistencial, responsável por realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças e reabilitação dos usuários para a manutenção da saúde (BRASIL, 2012a). Inserida na APS está a Estratégia Saúde da Família (ESF) que é um modelo de assistência à saúde, voltado para o reconhecimento do panorama situacional da comunidade, das condições de vida e de vulnerabilidade, além do olhar holístico nos determinantes sociais, ambientais e psicológicos, operacionalizando suas ações com foco na família e na comunidade (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016). Por isso, a APS é compreendida como a porta de entrada do indivíduo para a rede assistencial de saúde no SUS, responsável pelo acolhimento de todos (FAUSTO, et al., 2018).

Para esse acolhimento, a Política Nacional de Humanização (PNH) alega que deve ser uma atitude que implica diretamente nas relações interpessoais de construção coletiva e acolhedora, objetivando a construção de relações de confiança, compromisso e conexão social e afetiva (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

A prática do acolhimento é uma ferramenta de maior relevância pública para a humanização da saúde que vem sendo trabalhada nos processos de mudanças de trabalho nas equipes da atenção básica. O acolhimento com classificação de risco vem sendo um tema discutido na área de saúde, difundido em todo o país, estabelecendo reflexão na equipe sobre o conjunto de ações e serviços a serem ofertados para lidar com as necessidades de saúde da população, reconhecendo riscos e vulnerabilidades para a realização de intervenções (BRASIL, 2011).

O sistema de acolhimento apresenta vantagens no processo de implementação de acesso a todos, fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde, estimula pôr em prática o princípio de igualdade e humaniza as relações (GIRÃO; FREITAS, 2016). A inserção

da Educação em Saúde, como proposta pedagógica para a qualificação dos profissionais de saúde, está repercutindo na prática dos serviços e transformando as práticas educativas no campo da saúde (SHUBERT, et al., 2018). Nesse sentido, Vieira e Santos (2011) enfatizam as diferentes potencialidades para promoção de práticas inovadoras para aprimorar a assistência do acolhimento, como, por exemplo, as atividades de educação em saúde como ferramenta que melhoram a adesão por maior afinidade com o profissional da saúde e o fortalecimento do cuidado.

O círculo de cultura é uma estratégia de educação em saúde utilizada aos profissionais da saúde, proposta por Paulo Freire, pois possui fundamentos pedagógicos que rompem com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto (MOURA, et al., 2019). Frente a esses pressupostos, o trabalho tem como objetivo descrever o processo da educação permanente na atenção primária a partir da utilização do círculo de cultura.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, executado na Atenção Primária de Saúde (APS). Constituída por equipe multiprofissional, acadêmico e residente de saúde da família, participaram 29 profissionais de ambos os sexos. Foram realizadas cinco reuniões de grupos ou círculo de cultura, cuja temática era sobre Acolhimento, realizado no período entre janeiro e fevereiro de 2019. A partir dos relatos dessa experiência, procurou-se observar de maneira sistemática a realidade, porém com um olhar crítico e reflexivo acerca do vivenciado (DYNIEWICZ, 2009).

Este estudo foi desenvolvido durante o período de estágio eletivo de Enfermagem, juntamente com os profissionais da unidade e residentes, onde foram estabelecidas estratégias de como reorganizar o acolhimento da demanda espontânea de um Centro Saúde da Família (CSF). O intuito de intervir emergiu a partir da realidade presenciada e discutida entre os profissionais, o que provocou inquietações e questionamentos, como por exemplo, as dificuldades enfrentadas na reorganização do processo de trabalho e da vinculação com a comunidade, filas intermináveis, atendimentos focais de queixa-conduta, a medicalização do cuidado, a fragmentação do processo de trabalho multidisciplinar e a supervalorização do saber médico.

A experiência de campo ocorreu no Centro Saúde da Família (CSF) Dr. Mont'Alverne, o qual possui duas equipes de Saúde da Família do Sistema de Saúde Escola, no município de Sobral – CE, e apoio dos residentes RMSF. A

equipe da unidade era composta por 1 gerente, 3 enfermeiras, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 2 médicos, 9 agentes comunitário de saúde, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 atendente de farmácia, 3 assistentes administrativos, 1 digitadora, 1 vigilante, 1 residente enfermeira e 1 acadêmica de Enfermagem. Ressaltando, dos 30 profissionais apenas 1 médico não participou das intervenções, porém adere às proposições constituídas pela equipe.

O CSF, de acordo com a territorialização, tem sua divisão em área urbana abrangendo o bairro, parte do Centro Pedrinhas, Derby Clube, Parque das Nações e a zona rural Marrecas. Os bairros de abrangência do CSF são caracterizados por sua população flutuante devido à proximidade da área a algumas instituições de ensino privadas e faculdades.

A base metodológica utilizada foi o Círculo de Cultura, totalizando cinco encontros às quintas-feiras, no período da tarde, com estratégia de diálogos nos quais todos os profissionais de todas as categorias compartilharam suas experiências e conhecimentos para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários e com a finalidade da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco na APS. A meta está na participação da equipe nas atividades, para planejamentos, avaliações dos processos de trabalhos, discussão das demandas do território e educação permanente.

Resultados e discussão

O desenvolvimento do círculo de cultura, fundamentados nas ideias de Paulo Freire, segue cinco etapas: formação do grupo, investigação temática, tematização, problematização e avaliação. O primeiro encontro, formação do grupo, iniciou com os profissionais de diferentes categorias. Em seguida, foi realizada a exposição dos objetivos de cada círculo de cultura, a definição dos dias e horários, temática e sensibilização da participação, e o propósito de ressignificação das práticas de acolhimento. Foram registrados na sensibilização da equipe os relatos sobre o acolher e seus cuidados, os significados, sentidos do acolhimento e o momento de reflexão e problematização dos processos de trabalho em equipe.

O acolhimento viabiliza a criação e o fortalecimento de vínculos, uma vez que os usuários passam a se sentir seguros e apoiados, o que potencializa as relações afetivas, aumenta a interação e resolução das demandas que devem ser realizadas em qualquer horário na unidade de saúde e em todas as visitas domiciliares, consultas individuais e na chegada do usuário na ESF (REZENDE, 2013; FARIA, 2014; GIRÃO, FREITAS, 2016).

No segundo encontro, investigação temática, buscou-se o significado do acolhimento em saúde a partir da consciência no cotidiano do trabalho. Nos diálogos, foram relatadas tanto as palavras geradoras como a demanda espontânea, atendimento, desorganização e prioridade do acolhimento, bem como as potencialidades e fragilidades vivenciadas diante o acolhimento à demanda espontânea. Nos registros ficaram visíveis a percepção dos sujeitos quanto ao conhecimento da realidade, os significados e discussão de conceitos elencados a partir dos pontos chaves.

Torna-se essencial que todas as categorias profissionais estejam cientes da importância desse processo de triagem, pois o Círculo de Cultura, proposto por Paulo Freire, revelou-se um espaço dinâmico, onde o diálogo se mostrou um caminho para aprendizagem e de troca mútua de conhecimentos fundamentado em uma educação libertadora e que realmente constrói o mundo em que se vive (FREIRE, 2005).

O terceiro encontro, a tematização, foi um momento em que se permitiu uma participação ativa dos profissionais mediante discussão com pensamento crítico e reflexivo, com base nos pressupostos conceituais e princípios que embasam as práticas do acolhimento em saúde, correlacionando-os com os fundamentos elencados. Os profissionais perceberam as problemáticas e indagaram relatando o porquê dos acontecimentos, levando-os à compreensão da causa do problema, baseadas nas experiências e os princípios teóricos que os explicam. Foram utilizados os referenciais teóricos através da exposição visual, por meio de vídeos interativos, com o intuito de correlacionar os saberes dos profissionais e os conceitos que subsidiam o acolhimento. Assim, o uso da reflexão crítica sobre a própria prática acabou se mostrando elemento potencializador de transformações nessa prática (FRANCO, 2010).

No quarto encontro, a problematização, foram identificadas as hipóteses das soluções a partir de planejamento das ações de acolhimento diante do levantamento de potencialidades e fragilidades do acolhimento no CSF. A partir da execução dos círculos de cultura com os profissionais das diferentes categorias, realizou-se um consolidado, resultando na construção de consenso com esses profissionais.

Os participantes elaboraram estratégias para a vinculação e organização dos processos de atenção à saúde no CSF, como propostas de educação permanente, fluxograma de acolhimento à demanda espontânea, classificação de risco e vulnerabilidade e fichas de identificação de cores. Contudo, surgiram sugestões viáveis para solucionar os problemas identificados de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre teoria e realidade, com

o intuito de ressignificar saberes para a transformação da realidade.

A construção de consenso aliado ao referencial do círculo de cultura proposto por Paulo Freire propiciou um momento participativo que permitiu agregar ideias de todos os participantes, assim como a colaboração mútua deles (CAVALCANTE, et al, 2016). O resultado foi a construção do consolidado sobre acolhimento com classificação de risco, surgido em um espaço de negociação.

No quinto encontro foi realizada a avaliação qualitativa que consistia em uma autoavaliação dos participantes, em todos os círculos, de forma a promover a permanente reflexão sobre o que estava sendo desenvolvido. Nessa perspectiva, a reflexão sobre o próprio desempenho é um meio eficiente para aprender a identificar e potencializar pontos que estejam fragilizados, de forma a fornecer subsídios para uma melhoria na qualidade (FRADE, 2014).

Após esse momento, foi realizada a construção do fluxograma de acolhimento à demanda espontânea no CSF, a classificação de risco e vulnerabilidade embasados nas singularidades do território e a confecção das fichas para classificação, utilizada posteriormente durante o acolhimento.

Cada círculo de cultura foi submetido a uma avaliação, os dados foram coletados a partir das informações do diário de campo, observação do participante registrando todas as informações e experiências relevantes, com o intuito de coletar as informações para a análise sobre a percepção dos participantes. Segundo Gil (2010), a observação participante consiste na participação real do conhecimento da vida no grupo ou de uma determinada situação.

Desse modo, após os cinco círculos de cultura, o estudo resultou na construção do consolidado sobre acolhimento com classificação de risco, surgido em um espaço de negociação.

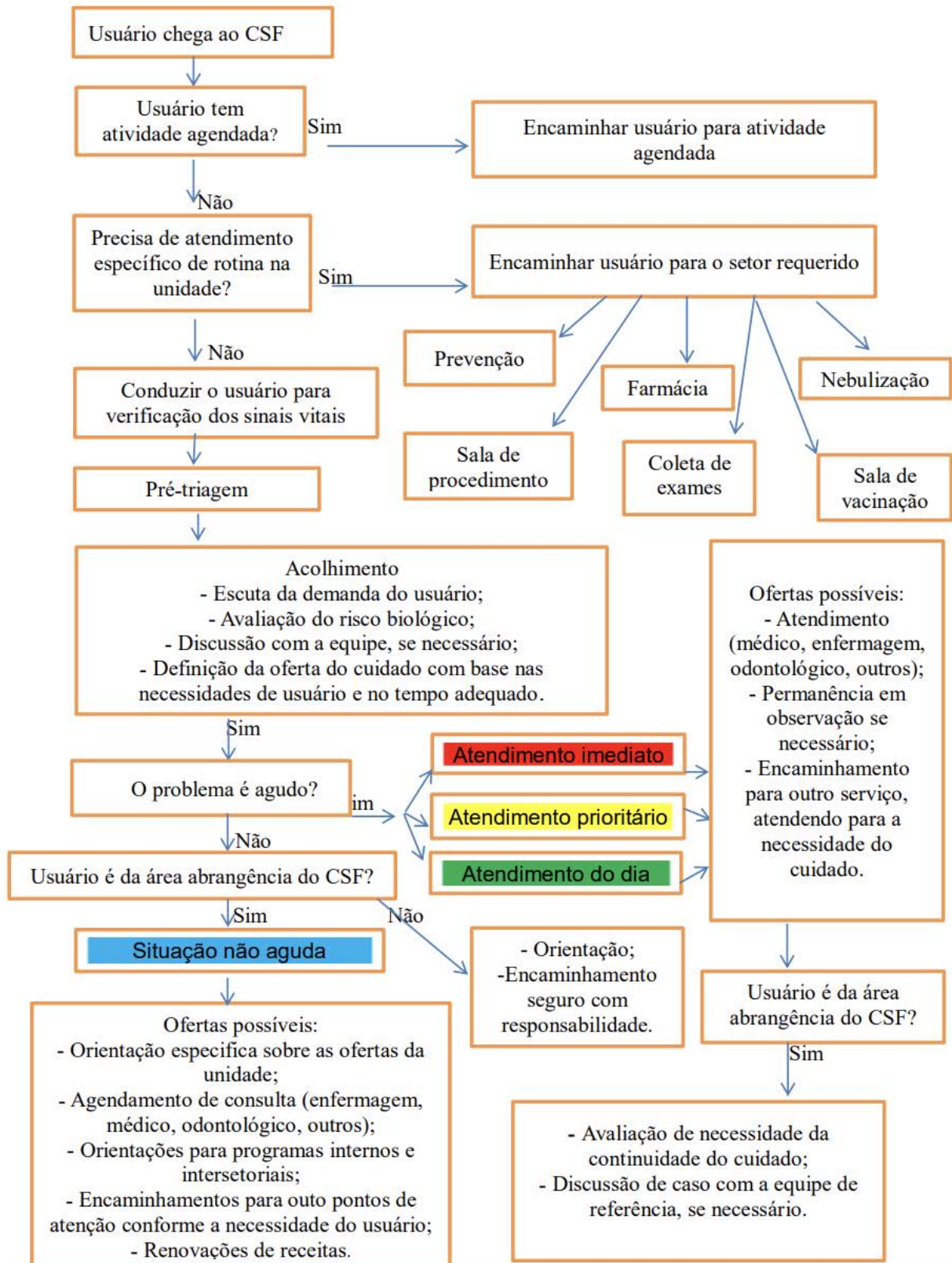
O acolhimento do usuário é realizado pela enfermeira. A classificação de risco é atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior e após capacitação específica para a atividade proposta (BRASIL, 2009).

O quadro 1 mostra o fluxograma de acolhimento com classificação de risco construídos a partir do consenso dos profissionais envolvidos, que exibe o fluxo do paciente ao chegar à unidade: atendimento, acolhimento, triagem e o encaminhamento de acordo com o risco e orientações.

O fluxo inicia quando o paciente chega à unidade onde é recebido pelo vigilante e é encaminhado para o assistente administrativo com o qual se comunica perguntando se tem atividade agendada. Se o paciente estiver consulta agendada, é encaminhado para o consultório ou para um setor re-

querido como sala de vacina, nebulização, sala de procedimento, coleta de exame, farmácia e prevenção. Caso não tenha consulta agendada, é verificado se precisa de atendimento específico da rotina da unidade ou se encaminha o usuário para verificação dos sinais vitais.

Quadro 1 - Fluxograma de acolhimento a demanda espontânea com classificação de risco



Após verificação dos sinais vitais, o usuário segue para pré-triagem e acolhimento, onde é atendido pela enfermeira da unidade. A enfermeira o escuta, orienta, avalia o risco biológico a partir dos sinais, sintomas e parâmetros, discute com a equipe se necessário, se o problema é agudo, se realiza a classificação de risco e encaminha para que o atendimento seja imediato, prioritário ou atendimento do dia, orientando quanto à classificação e o tempo de espera.

Mediante isso, as enfermeiras, a partir do que foi abordado ao usuário, podem encaminhar para o atendimento médico, enfermagem ou odontológico. Posteriormente ao atendimento, o paciente segue para os seguintes destinos: domicílio, sala de procedimentos, farmácia para receber algum medicamento, para recepção agendar alguma consulta ou caso o usuário precise ficar em observação ou encaminhar para outro serviço de acordo com a sua necessidade.





A partir desse cuidado, é confirmado se o usuário é da área de abrangência do CSF. Caso seja, o paciente é reavaliado da necessidade da continuidade do cuidado com programação oportuna de ações e discussão de casos com a equipe de referência, caso seja pertinente. Porém, se o usuário não for da área, segue com orientação e encaminhamento seguro com responsabilidade para a unidade básica do seu território.

Em outra ocorrência, durante o acolhimento, a enfermeira conversa com usuário para ver se a situação não é aguda e parâmetros normais. Verifica-se se a área de abrangência do usuário é do CSF, caso não seja, o paciente é orientado e encaminhado de forma segura e com responsabilidade para a unidade do seu território. Caso seja, o paciente é encaminhado para enfermeira da sua área para as devidas orientações e especificações sobre as ofertas da unidade, agendamento de consultas, renovação de receitas, discussão de caso com a equipe de referência, encaminhamentos para programas internos e intersetoriais ou para outros pontos de atenção, conforme a necessidade.

O fluxograma teve êxito em sua execução o que proporcionou um melhor entendimento à população, facilidade na comunicação com texto de leitura informal e compreensão rápida. Durante um mês, os agentes comunitários de saúde (ACS) ficaram se revezando no turno da manhã e da tarde na sala de espera, dialogavam com os usuários antes do atendimento, mostrando o fluxograma e acolhimento com classificação de risco, tirando suas dúvidas, ouvindo a população e testemunhando expressões de satisfação pela mudança, organização na unidade e atendimentos com a equipe multidisciplinar.

O quadro 2 mostra a classificação de risco e vulnerabilidade que foi elencada pelos profissionais de acordo com as necessidades dos usuários, a partir das vivências dos profissionais no cotidiano do referido CSF, de forma a garantir coerência com a realidade local. O consolidado foi dividido em quatro cores de prioridade de atendimento.

Quadro 2 - Classificação de Risco e Vulnerabilidade

	<p>Atendimento Imediato</p> <p>Alto risco de vida, situação aguda ou crônica agudizada. Necessita de intervenção da equipe no mesmo momento. Casos: recém-nascido ou crianças com alterações, puérperas ou gestantes com sinal de risco, intoxicação exógena ou tentativa de suicídio, alterações hemodinâmicas. Encaminhado ao Médico.</p>
	<p>Atendimento prioritário</p> <p>Risco moderado. Necessitam de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada avaliação e observação pela enfermagem. Casos: dor abdominal aguda, náuseas e vômitos, diarreia aguda sem sinais de desidratação, dor de garganta com febre, dor no ouvido, queixas urinárias, dor de cabeça intensa, suspeita de violência.</p>
	<p>Atendimento no dia</p> <p>Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade. Necessita ser manejada no mesmo dia pela equipe. O manejo pode ser feito pelo enfermeiro, médico, odontólogo, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou Residentes.</p>
	<p>Situação não aguda</p> <p>Condutas possíveis: Orientações específicas e/ou sobre as ofertas da unidade, agendamento/programação de intervenções, adiantamento de ações previstas em protocolos (ex: teste de gravidez, imunização).</p>

Conclusão

A educação permanente contribuiu para a transformação da prática, concepção do conhecimento por meio da problematização, reflexões significativas acerca de suas práticas de saúde, desenvolvimento de competências e motivação para a aprendizagem.

O estudo possibilitou o alcance de resultado significativo, bem como desenvolvimento do fluxograma, sucesso na efetuação do acolhimento, re-

organização dos serviços, atendimento à necessidade de saúde, garantia do acesso universal, continuidade do cuidado e aos trabalhadores e usuários a orientação do processo de acolhimento, facilitando os direcionamentos.

A proposta de formação coletiva da equipe nos encontros, a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco na APS, viabilizou assim a resolubilidade das demandas, atendimento humanizado e a construção de um fluxograma de acolhimento a partir da singularidade do território dos casos vivenciados na unidade de saúde.

A educação em saúde baseada no círculo de cultura permitiu a integração dos profissionais em atividades propostas, compreensões acerca da temática, relatos de experiências e possibilidades concretas de autonomia na construção do conhecimento crítico e reflexivo. Diante disso, o estudo se mostrou eficaz a subsidiar melhoria na qualidade do acolhimento e assistência prestada aos usuários. Espera-se que outros estudos aconteçam no sentido de inovar as práticas e olhares, como forma de disseminação dessa proposta nos espaços coletivos no sistema de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4_ed.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. Disponí-

vel em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. (2013). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CAVALCANTE, A.S. Pedrosa, Ribeiro, M. Aguiar, Tomás, S. M. Caetano, Vasconcelos, M. I. Osawa, Albuquerque, I. M. Napoleão, Mira, Q. L. Muniz, Queiroz, M. V. Oliveirs. **Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 18 (2016): 124-131p. Disponível em: <<https://doi.org/10.21722/rbps.v18i4.16740>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

DYNIEWCZ, Ana M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul (SP): Difusão, p. 207, 2009.

FARIA, Roberta S. R. **Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha-MG**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/812M.PDF>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FAUSTO, Márcia C. Rodrigues, Rizzoto, Maria L. Frizon, Giovanella, L., Seidl, H., Bousquat, A., Almeida, Patty F. de Almeida, Tomasi, E. **O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Revista Saúde em Debate 42, n especial 1, p.12-14, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500012>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FRADE, Francisca L.S. **Avaliação e autoavaliação no ambiente escolar**. Monografia Especialização em Fundamentos da Educação. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba; 2014. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/6467/1/>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FRANCO, Maria A. S. **Pesquisa-ação: a produção partilhada de conhecimento**. UNOPAR Científica Ciências Humanas e Educação, p. 5-14, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/31/res03_31.pdf>. Acesso em: 18 jun.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRÃO, A. L. Araújo; FREITAS, C. H. Aires de. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha Enfermagem** 37, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

GOMES, M. F. Pereira, Mendes, E. da Silva, Fracolli, L. Aparecida. **Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família**. Revista de Atenção à Saúde, p. 27-33, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312343459_Qualidade_de_vida_dos_profissionais_que_trabalham_na_estrategia_saude_da_familia>. Acesso em: 26 jun. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saud_e.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.

MOURA, Á. Danilo, Barbosa, I. C. F. Juvenal, Nery, I. Sampaio, Luz, N. S. Alves, Fernandes, A. F. Carvalho. **Educação para saúde das mamas de mulheres idosas através de círculos de cultura**. Cultura de los cuidados, p. 330-339, 2019. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91850/1/Cult-Cuid_53-330-339.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

REZENDE, Veronica A. **(Im)possibilidade de acesso à atenção à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2013. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/786M.PDF>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SANTOS, I. M. Vieira dos, SANTOS, A. Maia dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista Salud Pública**, p. 703-16, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2011.v13n4/703-716>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SHUBERT, C. Oliveira, de Carvalho, C. M. S. Motta, dos Santos, L. F. D. Mello, da Silva, C. B. Freires, de Almeida, E. Vasconcelos, da Silva, S. Lucas. A Promoção da Saúde do Homem no Contexto da Atenção Primária em Saúde. **Ciência Atual – Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**, p. 2-12, 2018. Disponível em:< <http://www.cnad.edu.br/revista-ciencia-actual/index.php/cafsj/article/view/218> >. Acesso em: 27 jun. 2019.

Recebido em: 9 de dezembro de 2019.

Aprovado em: 23 de abril de 2020.