

Explorando a realidade socioeconômica e alimentar em comunidades desfavorecidas: relato de experiência

Exploring the socioeconomic and dietary reality in disadvantaged communities: experience report

Víctor Câmara Gusmão Cardoso¹ 
João Gabriel Alves Leite² 

Rafael Cabral de Carli³ 
Sarah Carolyne Lima Farias⁴ 
Maria das Neves Dantas da Silveira Barros⁵ 

¹Autor para correspondência. Universidade de Pernambuco (Recife). Pernambuco, Brasil. victor.camara@upe.br

²⁻⁵Universidade de Pernambuco (Recife). Pernambuco, Brasil.

RESUMO | INTRODUÇÃO: A concentração urbana das faculdades médicas limita a exposição dos estudantes aos desafios rurais, dificultando a implementação das diretrizes que visam humanizar a formação profissional. Surge, então, a necessidade de atividades acadêmicas que abordem tais demandas, principalmente sobre as endemias rurais. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência de estudantes de medicina com visitas clínicas domiciliares a famílias em condições socioeconômicas desfavoráveis no município de São Benedito do Sul, PE. **METODOLOGIA:** Os recursos obtidos pela venda de alimentos e doados por residentes do Procape/UPE custeou deslocamento e estadia de doze estudantes e orientadora. Com auxílio da Agente Comunitária de Saúde local, cinco famílias foram selecionadas. Aplicou-se formulários para coleta de queixas ligadas a alguma doença, conteúdo da alimentação e condições de moradia, além da realização de exame físico e de um eletrocardiograma. **RESULTADOS:** Notou-se grande precariedade em relação às moradias e condições de acesso à saúde. A renda total era em média inferior a um salário mínimo, enquanto a educação variou do analfabetismo ao fundamental incompleto. Nas residências não havia acesso a chuveiro ou vaso sanitário. Derivados do milho acrescido de carne embutida eram a base alimentar, com consumo esporádico de feijão, galinha ou ovo. Registrado diversos relatos sobre a assistência à saúde gratuita em estado precário. **CONCLUSÃO:** A vivência do projeto foi fundamental na construção crítica do conceito ampliado de saúde. Evidenciou-se que o SUS não atinge completamente as demandas da região. Torna-se necessária uma reavaliação da qualidade da assistência médica local, para que possa suprir as necessidades dos moradores.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica. Vulnerabilidade Social. Direito Humano à Alimentação Adequada.

ABSTRACT | INTRODUCTION: The urban concentration of medical schools limits students' exposure to rural challenges, hindering the implementation of guidelines aimed at humanizing professional education. Thus, there is a need for academic activities that address such demands, particularly regarding rural endemic diseases. **OBJECTIVES:** To report the experience of medical students with home clinical visits to families in socioeconomically disadvantaged conditions in the municipality of São Benedito do Sul, PE. **METHODOLOGY:** Resources obtained from food sales and donations from Procape/UPE resident doctors covered the transportation and accommodation of twelve students and a supervisor. With the assistance of a local Community Health Agent, five families were selected. Forms were applied to collect complaints related to any diseases, dietary content, and housing conditions, in addition to performing physical examination and an electrocardiogram. **RESULTS:** There was significant precariousness regarding housing and access to healthcare. The total income was on average less than the minimum wage, while education ranged from illiteracy to incomplete elementary education. The households lacked access to showers or toilets. Corn-derived products with processed meat were the staple food, with sporadic consumption of beans, chicken, or eggs. Numerous reports were recorded regarding the precarious state of free healthcare assistance. **CONCLUSION:** The project experience was crucial in constructing a critical understanding of the expanded concept of health. It was evident that the Sistema Único de Saúde (SUS) does not fully meet the region's demands. A reassessment of the quality of local medical care is necessary to meet the residents' needs.

KEYWORDS: Medical Education. Social Vulnerability. Human Right to Adequate Food.

1. Introdução

O modelo de educação médica proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina implantadas em 2014 exige o foco nas demandas preventivas e sociais para a compreensão do processo saúde-doença.¹ A mudança na estruturação do curso médico vai ao encontro das transformações que o sistema de saúde sofreu ao longo dos anos no Brasil. Isso se dá porque, ainda em 1994, houve uma reestruturação da Atenção Básica, através da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual foi criado com o objetivo de aproximar os profissionais de saúde da comunidade, afastando-se de um sistema de saúde curativo, voltado às doenças, e transformá-lo em um sistema preventivo, que visa a promoção de saúde.²

A partir dessa atualização, os estudantes foram inseridos em uma vivência mais prática da medicina, mediante visitas realizadas à atenção primária em suas cidades. Com a transformação do modelo "hospitalocêntrico" para um curso médico que insere os estudantes no campo de prática da realidade brasileira, evidencia-se os esforços para tornar o processo educativo da medicina mais eficiente e humanizado.³ Entretanto, as faculdades de medicina estão situadas, na sua maioria, em capitais ou grandes centros urbanos⁴, de forma que estudantes das escolas médicas no Brasil têm pouco contato durante a graduação com a realidade e os problemas socioeconômicos que atingem populações do interior. Dessa forma, é destacável a necessidade de vivências e trabalhos científicos que busquem compreender as necessidades dessas populações para favorecer uma formação médica que observe a realidade socioeconômica e geográfica brasileira.

As endemias rurais, assim definidas no Brasil como as doenças causadas por parasitas ou transmitidas por vetor, ainda atormentam a população brasileira, em particular as famílias mais pobres. Dentre as endemias no Brasil, estão inclusas: febre amarela, a esquistossomose, a leishmaniose, a filariose, a peste, a doença de Chagas, além do tracoma, da boubá, do bócio endêmico e de algumas helmintíases intestinais, principalmente a ancilostomíase. É evidente a redução da incidência da doença de Chagas (DC), com a melhora das condições de moradia, além do controle do vetor e identificação da fase aguda da doença, do controle do inseto transmissor e da qua-

lidade do sangue transfundido, como também da esquistossomose, que teve seu controle com a melhora das condições de saneamento básico e tratamento medicamentoso acessível nas regiões prevalentes, rompendo o ciclo de transmissão da doença. Em que pese seu controle, as endemias rurais ainda fazem parte da vida de milhões de brasileiros e a citação de Mario de Andrade em 1928 permanece presente nas vidas dos brasileiros e na atenção médica: "Inda tanto nos sobra, por este grandioso país, de doenças e insectos por cuidar!".^{1,3,5}

Assim, nessa realidade intimamente brasileira, entra a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de coordenação da assistência ao usuário do SUS, utilizando-se dos princípios de universalidade, integralidade e longitudinalidade para alcançar suficientemente a população.

Desde 2020, ficou instituído que os municípios deveriam oferecer o Programa Saúde na Hora, que define o funcionamento em horário estendido tanto em Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto em Unidades de Saúde da Família (USF), possibilitando maior acesso do usuário aos serviços, aumentando a cobertura da estratégia de saúde da família e reduzindo o volume de pacientes em Unidades de Pronto Atendimento. Dessa forma, também foi estabelecida a composição das equipes de ambos os tipos de unidade, sendo na UBS obrigatória a equipe de Atenção Primária, com composição mínima de um médico e enfermeiro, enquanto na USF é obrigatória a equipe de Saúde da Família, composta por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).⁶

Dessa maneira, a abrangência do cuidado pela APS vai desde estratégias de vigilância em saúde, como análises epidemiológicas, avaliação de áreas de risco e controle de vetores, imunização ou notificação de doenças de notificação compulsória, até estratégias de promoção à saúde, a partir de campanhas e aconselhamento aos pacientes, e também as estratégias do cuidado enquanto assistência à população, seja da criança, da mulher, do adulto ou do idoso.⁷ Apesar da importância e avanços alcançados pela APS nas últimas décadas, ainda há restrições na sua atuação para manutenção do seguimento dos pacientes, assim como limitações no encaminhamento de condições mais complexas para serviços secundários e terciários.⁸

Nesse contexto, o município de São Benedito do Sul, situado na Zona da Mata Sul de Pernambuco, foi o local escolhido para uma vivência de visitas clínicas em domicílio, por se tratar de um município conhecido pela orientadora do projeto, com um baixo índice de desenvolvimento humano e por registrar casos das endemias rurais como a doença de Chagas, esquistossomose e leishmaniose. No texto "Arte Como Experiência" de John Dewey, o conceito de experiência transcende a mera observação passiva para se tornar uma interação dinâmica e enriquecedora. Dewey argumenta que a experiência não é apenas sobre apreciar o feito em si, mas sim sobre o processo de envolvimento e reflexão que ela desencadeia no espectador.⁹ Dessa forma, ao pensarmos no contexto de atuação da Atenção Básica, bem como na relevância da vivência da experiência para o indivíduo, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de visitas médicas a famílias que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis em que se viu, ouviu e sentiu uma realidade que não faz parte do programa curricular do ensino médico, buscando assim redimensionar o papel do médico dentro do Sistema Único de Saúde.

2. Metodologia

Para a execução do projeto, o grupo arrecadou dinheiro por meio da venda de alimentos no campus da Universidade de Pernambuco (UPE), além de doação de membros do corpo de residentes do Procape/UPE. Essa arrecadação auxiliou parte do custo individual dos doze estudantes que participaram desse projeto, tornando possível custear o transporte e estada em um hotel no município de São Benedito do Sul. As famílias foram previamente selecionadas por uma agente comunitária de saúde local como as mais desfavoráveis da região, totalizando dez, das quais cinco foram sorteadas randomicamente para visita médica que ocorreria em um dia de sábado.

Os formulários para coleta de informações continham o número de habitantes, quantidade de camas, além das condições de moradia, condições de saneamento, origem da água na casa, presença de chuveiro, vaso sanitário ou fossa, acesso a eletricidade, a internet, renda familiar total, conteúdo da alimentação diária, incluindo café da manhã, almoço e jantar, se cultivavam alimentos, se possuíam microondas, tipo de fogão, criação de aves, nível de escolaridade,

peso, altura, exame físico dos sistemas, glicemia capilar e eletrocardiograma (ECG). O ECG entrou como screening para a busca da cardiopatia chagásica, uma vez que a presença de alterações eletrocardiográficas sugestivas da DC é capaz de causar maior impacto na vida de seus portadores. Cada família recebeu uma cesta básica e orientações sobre alimentação mais adequada para a manutenção da saúde dos indivíduos, considerando a renda das pessoas envolvidas.

Diante disso, foi planejada uma discussão com os estudantes envolvidos no projeto foi realizada para avaliar os aspectos biopsicossociais e econômicos dos indivíduos, a fim de refletir criticamente sobre as condições humanas não condizentes com os direitos básicos defendidos pelo conceito amplo de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir dessa experiência, o registro da prática além do campus universitário foi elaborado com a finalidade de registrar como o sistema público de saúde do Brasil ainda é inadequado e inacessível a uma boa parte da população, seja por desconhecimento do usuário, seja pela falta de prioridade que cada causa pede.

3. Resultados e discussão

O projeto aconteceu durante um dia. Foram visitadas três famílias das cinco selecionadas.

No decorrer das visitas e após a entrevista com as famílias, realizadas em setembro de 2022, foram percebidos uma série de padrões com relação à situação socioeconômica dessas pessoas e suas rotinas alimentares, sendo evidenciado o descaso público no verdadeiro suporte desses núcleos familiares e cumprimento dos princípios do SUS, na medida que, dentre outros fatores, podemos destacar: o acompanhamento precário das necessidades de saúde dos indivíduos, a falta de infraestrutura adequada para habitação, a crescente precarização da alimentação destas pessoas e a falta de planejamento reprodutivo, muito relacionado com o baixo acesso a educação em saúde.

Um dos aspectos a ser considerado é o acesso à saúde. As famílias visitadas viviam em zonas rurais, afastadas de qualquer área urbana ou unidades de saúde locais. Por isso, o acompanhamento desses indivíduos se mostra difícil, com intervalos longos entre as consultas, e cuja principal referência nos temas da saúde era a ACS que os acompanhava.

Serviços de complexidade secundária e terciária são ainda mais distantes, muitas vezes gerando a necessidade de deslocamento em quilômetros para o município de Palmares (PE), ou ainda mais longe, para a capital Recife (PE). Percebeu-se que a articulação entre a rede de saúde local e a assistência de maior complexidade era mínima, pois quando os pacientes necessitavam recorrer à regulação de encaminhamentos e exames, estava sempre presente um atraso muito grande e incabível para a realização desses e, somado à falta de recursos do município, limita ainda mais a realização de uma boa comunicação com esses serviços especializados. Dessa forma, o indivíduo se vê na obrigação de recorrer à rede de saúde complementar privada, realizando exames complementares, por vezes desnecessários ou até realizados com técnica inadequada.

Um aspecto positivo, valorizando a presença do SUS na vida dessas pessoas, foi a aplicação do cartão de vacinação, no qual seu cumprimento é sempre cobrado pela agente comunitária de saúde. Também, apesar das dificuldades geográficas, uma vez que o local visitado era localizado em um morro distante de um distrito do município, havia cobertura para atendimento via ambulância em casos de urgência. Contudo, foi dito claramente por todas as famílias que a assistência à saúde gratuita era precarizada e não supria suas necessidades: além de carecerem de um serviço de urgência por perto, sendo necessário o deslocamento até municípios vizinhos, foi relatado que os atendimentos no posto de saúde eram insatisfatórios e realizados com desatenção por parte dos médicos, além de uma grande dificuldade de se realizarem exames laboratoriais e de imagem na região. Diante dessa situação, a comunidade local tenta contornar esses obstáculos e promover a saúde para os moradores através da solidariedade, isto é, por meio de pequenas contribuições financeiras, que juntas conseguem pagar os exames necessários e atendimento de melhor qualidade em instituições privadas, assim como o transporte desses pacientes.

Essa realidade de precariedade se mostrou evidente ao escutar um relato de um subdiagnóstico de uma nodulação que surgiu na mama esquerda e que o médico se recusou a solicitar uma mamografia. Passado um ano, depois de se perceber uma outra nodulação surgida na axila do mesmo lado, a ultrassonografia da mama esquerda foi solicitada e os

exames seguintes - mamografia e a biópsia da mama - também foram solicitados, custeadas pela paciente, com seus 36 anos, a qual teve que arrecadar dinheiro com auxílio da vizinhança. O diagnóstico de câncer de mama foi realizado e dado o encaminhamento para o tratamento da capital pernambucana.

Ademais, ao conversar com as famílias, evidenciou-se também em muitos casos a prescrição de remédios com benefício controverso e desnecessários ao considerar o contexto desses indivíduos, como: vitamina C e complexo B, em populações onde o problema maior era a qualidade de comida e o desconhecimento dos seus direitos enquanto cidadãos.

Apesar das críticas, os entrevistados destacaram uma faceta majoritariamente positiva do sistema de saúde local: os Agentes Comunitários de Saúde. Mesmo em condições precárias, a ACS local é capaz de realizar visitas nos domicílios e estar a par dos principais problemas de saúde dos moradores, é essencial na articulação dos encaminhamentos de pacientes para outros centros mais especializados, e também contribui na educação em saúde desses indivíduos, tentando estimular a realização de práticas saudáveis e o cumprimento de aspectos importantes da saúde pública, como a vacinação.

Todas as rendas totais familiares se encontraram inferiores a um salário mínimo, variando de R\$ 800,00 a R\$ 1100,00, proveniente de contribuição governamental e acrescida a trabalhos eventuais que surgiam. Com relação às condições de moradia, duas das famílias viviam em casas de taipa e uma em casa de alvenaria, todas com energia elétrica e internet banda larga, porém nenhuma dispunha de vaso sanitário ou chuveiro, e apenas uma possuía fossa próximo ao domicílio. Todas utilizavam fogão à lenha para cozinhar, enquanto uma delas revezava-o com um fogão a gás. A média de cômodos por domicílio foi de quatro, todos com dois quartos, uma cozinha e uma sala de estar, sem acesso a meios de transporte coletivo ou rede de esgoto. Nem todos os habitantes de cada residência tinham camas próprias, de forma que várias crianças dormiam na cama dos pais, revelando uma grande disparidade de pessoas vivendo por domicílio: a primeira residência possuía nove habitantes, enquanto a segunda apenas três. No tocante ao grau de escolaridade, em todos os casos foi baixa, indo de analfabetismo até ensino fundamental incompleto (3ª série).

Quanto à alimentação, as refeições predominantes variaram pouquíssimo entre cada residência, prevalecendo as comidas feitas com flocos de milho designada de "quarenta", o que quer dizer cuscuz cozinhado com água acrescido de uma "carne": ora mortadela, ora salsicha; tanto no café da manhã, quanto no jantar. Já no almoço, foi relatado o consumo esporádico de arroz com feijão e galinha ou salsicha. Todas as famílias entrevistadas relataram não possuírem o costume de comprar frutas, apesar de afirmarem não haver falta de banana na região. O motivo dado para essa alimentação pouco nutritiva foi variado, sendo eles: o alto valor das comidas de melhor qualidade nutricional, pouco espaço no terreno para plantar o próprio alimento e a falta de informação da importância de comer bem. Por esses motivos, a orientação feita às famílias foi de valorizar a alimentação com os produtos do plantio, como o consumo de hortaliças, legumes e frutas, podendo ser disponíveis em suas terras, mas claramente foi relatado a dificuldade do cultivo pelo espaço competitivo entre a criação de galinha e o cultivo das hortaliças.

Nos referidos núcleos familiares, o número de filhos das famílias visitadas variou entre quatro e sete. Esse grande número de filhos também é reflexo da falta de planejamento reprodutivo e educação em saúde destas famílias, incluindo a falta de orientação quanto ao uso de métodos contraceptivos, sendo relatado também o medo da utilização de dispositivo intrauterino ou realização de laqueadura.

Por último, na anamnese individual realizada com os moradores, apenas a mãe da primeira família visitada citou queixas, relatando tonturas e fraqueza pela falta de alimentação, bem como dores abaixo do seio após esforços, principalmente ao lavar roupa. Ao exame físico, foi identificado na paciente valores elevados de PA, com ambas as aferições acima dos valores normais de referência (PA1: 158/94 mmHg; PA2: 154/98 mmHg), as glicemias capilares foram normais). Não houve alterações em nenhum ECG realizado.

Visitar as casas de famílias em São Benedito do Sul foi uma experiência transformadora. Pudemos transcender do que aprendemos nos livros até a realidade das casas em que adentramos. Foram exercidas as habilidades médicas através da anamnese e observação também do território em que fomos inseridos, chegando a raciocínios clínicos de possíveis agentes patógenos na vida daquelas famílias.

Nos cantos simples das casas, encontramos riquezas de afeto e solidariedade que transcendem qualquer carência material, exemplo disso, eram as trocas de frutas, animais, leite e ovos que as pessoas faziam entre si, sem a necessidade do uso do dinheiro. Além disso, ao discutir sobre alimentação saudável, proporcionamos conhecimentos que podem impactar positivamente a qualidade de vida dessas famílias a longo prazo. Realizar exames como ECG é um cuidado adicional que demonstra preocupação com a saúde integral dessas comunidades, promovendo a prevenção e o diagnóstico precoce de possíveis problemas cardíacos. São Benedito do Sul não apenas abriu as portas de suas casas, mas também de seus corações, deixando-nos com lições inestimáveis de humanidade e compaixão.

4. Conclusão

A reflexão sobre o que se aprende na faculdade sobre o processo de adoecimento, o papel de um SUS de qualidade para todos e o valor de um exame clínico voltado para escuta personalizada e um bom exame físico mostraram o grau de distanciamento, sem precedente, ao ora sentido, observado e registrado. Apesar da disponibilidade de uma ambulância em casos de urgência, os custos necessários para se ter um acesso a saúde de qualidade, relatados pelas famílias, evidenciam o contraste entre o serviço ofertado nos grandes centros e o do interior do Brasil.

Ainda, o pouco tempo viável para a ação e o pequeno alcance de nossa intervenção, tendo em vista que apenas três das cinco famílias escolhidas foram visitadas, são algumas das limitações do trabalho. Somado a isso, houve recusa por parte de alguns indivíduos dos núcleos familiares a realizar a entrevista, além das barreiras geográficas de acesso às residências, que geraram atrasos e dificuldade de contato com as famílias.

O sentimento da necessidade de reavaliação dos excessos de exames solicitados no SUS foi evidente durante a vivência, observados claramente nas unidades básicas de saúde e na atenção terciária. Essa ação pode redimensionar os custos para quem de fato necessita do cuidado e garantir à saúde como um todo, a partir da promoção de uma vida mais digna quanto ao processo alimentar e educacional. Talvez, esse modelo de experiência deva ir mais além de um projeto de extensão, logo, deve ser promovido

e fortalecido pelas escolas médicas no Brasil, mostrando aos futuros médicos do SUS uma realidade bem diferente da ensinada.

Percebeu-se, por fim, o distanciamento entre a promoção da saúde descrita na Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº 8080/1990) e a qualidade da assistência médica não voltada para a realidade local.¹⁰ Portanto, as experiências vividas trazem como lição o valor das orientações advindas a partir do bom exame clínico, atrelado a importância de cobrarmos o poder público por melhorias de condição de vida e políticas públicas de qualidade voltadas à saúde da população, as quais têm potencial para salvar vidas. Tais fatores são essenciais para uma verdadeira promoção e garantia à saúde em seu conceito amplo defendido pela OMS.

Agradecimento

PROCAPE - Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco.

Contribuições dos autores

Barros MNDS participou como orientadora do projeto, auxiliando na concepção da atividade e guiando os alunos durante a coleta, análise e interpretação dos dados objetivos e subjetivos do trabalho, bem como na revisão do artigo escrito e aprovação de sua versão final. Cardoso VCG e Leite JGA participaram da coleta e interpretação de dados, delineamento metodológico, interpretação dos dados e redação do artigo. de Carli RC e Farias SCL participaram da coleta e interpretação de dados e redação do artigo. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

Indexadores

A Revista Internacional de Educação e Saúde é indexada no [DOAJ](#) e [EBSCO](#).



Referências

1. Ministério da Educação e Cultura (Brasil). Resolução CNE/CES 3/2014 | Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [Internet]. Brasília: Ministério da Educação e Cultura; 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192
2. Dias JCP, Ramos Júnior AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016;25(21):7-86. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000500007
3. Machado CDB, Wu A, Heinzle M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018;42(4):66-73. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>
4. Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023.
5. Silva JL. O controle das endemias no Brasil e sua história. *Ciência e Cultura* [Internet]. 2003;55(1):44-47. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100026&lng=en
6. Portaria Nº 397, de 16 de março de 2020 (Brasil). Dispõe sobre o Programa Saúde na Hora [Internet]. Diário Oficial da União. 2020 mar. 16. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html
7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf
8. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2017;27(2):255-76. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>
9. Reis M, Bagolin LA. Arte Como Experiência. *Cadernos de Pesquisa*. 2011;41(142):314-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742011000100017>
10. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 1990 Set 20. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm