

O cotidiano dos técnicos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família

The daily life of nursing technicians in the Family Health Strategy

La vida cotidiana de los técnicos de enfermería en la Estrategia Salud de la Familia

Recebido: 26/09/2021 | Revisado: 01/10/2021 | Aceito: 06/10/2021 | Publicado: 10/10/2021

Vanessa Aparecida Júlio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9190-3437>
Universidade Dom Alberto, Brasil
E-mail: vanessaap.julio@outlook.com

Joseane da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0053-5764>
Secretaria Municipal de Saúde, Brasil
E-mail: josyds1@yahoo.com.br

Maria Marta Amancio Amorim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8268-2508>
Universidade Aberta de Lisboa, Portugal
E-mail: martamorim@hotmail.com

Juliana Ferreira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8057-2188>
Secretaria Municipal de Saúde, Brasil
E-mail: juliana.ferreiraufsj@gmail.com

Edna Mara Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4256-1407>
Instituto René Rachou, Brasil
E-mail: ednamaras@gmail.com

Maria Helena Trindade Engela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7371-5993>
Secretaria Municipal da Saúde, Brasil
E-mail: mhheleena@gmail.com

Fernanda Moura Lanza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8250-180X>
Universidade Federal de São João del Rei, Brasil
E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br

Resumo

O objetivo do estudo é compreender o processo de trabalho dos técnicos de enfermagem que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família. O estudo de caso é de abordagem qualitativa, fundamentado no interacionismo simbólico, realizado com oito técnicos de enfermagem da Estratégia Saúde da Família de um município brasileiro de médio porte. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados segundo a análise de conteúdo temática. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes identificam que a Estratégia Saúde da Família realiza basicamente ações curativas e pautam como atribuições cotidianas: pré-consulta, pós-consulta e procedimentos de enfermagem. As tecnologias relacionais foram apontadas como o principal instrumento de trabalho. Como finalidade do trabalho elencaram que é atender a demanda espontânea. Constatou-se que o processo de trabalho dos técnicos de enfermagem está voltado predominantemente para ações curativas no plano individual, o que reforça o modelo de atenção centrado na doença. Sugere-se a realização de educação permanente para ressignificar o trabalho desses profissionais. Por fim, ressalta-se a necessidade de repensar a formação dos técnicos em enfermagem, de modo que eles desenvolvam competências esperadas para atuação nos serviços de atenção primária à saúde, que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e para o estabelecimento de processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Técnicos de enfermagem; Papel do profissional de enfermagem; Pesquisa qualitativa.

Abstract

The aim of the study is to understand the work process of nursing technicians who work in the Family Health Strategy teams. The case study has a qualitative approach, based on symbolic interactionism, carried out with eight nursing technicians from the Family Health Strategy of a medium-sized Brazilian municipality. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to thematic content analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee. Participants identify that the Family Health Strategy basically performs curative actions and have daily attributions: pre-consultation, post-consultation and nursing procedures. Relational technologies were identified as the main working tool. As the purpose of the work, they stated that it is to meet spontaneous demand. It

appears that the work process of nursing technicians is predominantly focused on curative actions at the individual level, which reinforces the care model centered on the disease. Continuing education is suggested to give new meaning to the work of these professionals. Finally, it emphasizes the need to rethink the training of nursing technicians, so that they develop skills expected to work in primary health care services that meet the health needs of the population, from the perspective of comprehensiveness of health care and for the establishment of work processes that consider the determinants, risks and damages to health.

Keywords: Primary health care; Family health strategy; Licensed practical nurses; Nurse's role; Qualitative research.

Resumen

El objetivo del estudio es comprender el proceso de trabajo de los técnicos de enfermería que laboran en los equipos de la Estrategia Salud de la Familia. El estudio de caso tiene un enfoque cualitativo, basado en el interaccionismo simbólico, realizado con ocho técnicos de enfermería de la Estrategia Salud de la Familia de un municipio brasileño de tamaño medio. Los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas y se analizaron de acuerdo con el análisis de contenido temático. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación. Los participantes identifican que la Estrategia Salud de la Familia realiza básicamente acciones curativas y tiene atribuciones diarias: preconsulta, posconsulta y procedimientos de enfermería. Las tecnologías relacionales fueron identificadas como la principal herramienta de trabajo. Como objetivo del trabajo, afirmaron que es atender la demanda espontánea. Parece que el proceso de trabajo de los técnicos de enfermería se centra predominantemente en acciones curativas a nivel individual, lo que refuerza el modelo de atención centrado en la enfermedad. Se sugiere la formación continua para dar un nuevo significado al trabajo de estos profesionales. Finalmente, enfatiza la necesidad de repensar la formación de los técnicos de enfermería, para que desarrollen habilidades esperadas para trabajar en los servicios de atención primaria de salud que atiendan las necesidades de salud de la población, desde la perspectiva de la integralidad de la atención en salud y para el establecimiento de procesos de trabajo que consideren los determinantes, riesgos y daños a la salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Estrategia de salud familiar; Enfermeros no diplomados; Rol de la enfermería; Investigación cualitativa.

1. Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se no modelo de reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, abrangendo diversas políticas públicas em busca de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, de forma a garantir aos cidadãos brasileiros a universalidade, a equidade e a integralidade, princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2017).

Observa-se uma distância entre a APS prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o cotidiano da produção do cuidado na ESF, que ainda é permeada pelo modelo biomédico - centrado mais na doença que na saúde, no tratamento do que na prevenção e promoção, características que comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Paim, 2018). Diante desse cenário, torna-se necessário construir habilidades no cotidiano da ESF para que a equipe multiprofissional organize o seu trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade (Brasil, 2017; Mendonça & Lanza, 2020).

Nessa perspectiva, o estudo do processo de trabalho verifica como as atividades profissionais são desenvolvidas, ou seja, como ocorre a transformação de um objeto qualquer que seja em um produto/serviço final. Na área da saúde, o processo de trabalho tem como objeto o cuidado, que provém da demanda do indivíduo, família e comunidade. A dimensão desse processo é subjetiva e constitui-se como um campo de força a mobilizar e configurar o modo da produção, capaz de mover as pessoas (Brito, Mendes & Santos, 2018; Santos, Mishima, & Merhy, 2018).

Pesquisa recente sobre o processo de trabalho em saúde, especificamente na ESF, reafirma que a produção do cuidado ainda é fragmentada, atendendo principalmente a demanda curativa, nos quais o usuário utiliza o sintoma ou patologia como disparador para procura da unidade de saúde. Evidenciou-se ainda que a prática do acolhimento por meio da escuta qualificada e do diálogo é uma estratégia presente no cotidiano da ESF, porém não reconhecida como um instrumento de trabalho com potencial para efetivar a configuração de um modelo que atenda às necessidades de saúde e que se ampare na integralidade da atenção (Santos, Mishima, & Merhy, 2018).

Por responder às expectativas econômicas e práticas sociais, torna-se relevante a discussão do processo de trabalho dos técnicos de enfermagem (TE), profissionais que atuam no estabelecimento de vínculo, no cuidado integral ao indivíduo, nas ações de prevenção de agravos e promoção à saúde, desenvolvidas no processo de cuidar (Cardoso et al., 2011).

Para compreender o processo de trabalho dos TE na ESF, é importante atentar para suas responsabilidades nesse processo (Morosini & Fonseca, 2017), sendo que a PNAB apresenta suas atribuições que se dividem em atribuições comuns para todos os membros da equipe da ESF e as atribuições exclusivas ao cargo (Brasil, 2017). Em relação às atribuições específicas, compete ao TE realizar procedimentos de enfermagem e atividades delegadas pelo enfermeiro (Brasil, 2017).

Percebe-se que a própria PNAB privilegia os saberes e tecnologias da clínica médica. Por isso, existem muitos desafios a serem enfrentados no trabalho dos TE na ESF (Morosini & Fonseca, 2017), já que eles historicamente produzem o cuidado nos serviços de APS; fazem parte da equipe mínima prevista pela PNAB e, contribuem para a implementação e fortalecimento dos princípios do SUS (Cardoso et al., 2011).

Considerando a importância da abordagem multiprofissional para consolidação e qualificação da APS e o papel relevante que o TE desempenha nesse cenário esse estudo foi desenvolvido. Assim o objetivo do estudo é compreender o processo de trabalho dos TE que atuam em equipes da ESF.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso (Pereira et al., 2018) de abordagem qualitativa, fundamentada no interacionismo simbólico. A teoria interacionista, contribui para melhor compreensão da ação humana, ao seguir o princípio que as pessoas orientam suas ações em razão aos significados a elas atribuídos. Tais significados são consequências da interação social de cada pessoa com seu meio e as pessoas de seu convívio. Os significados podem ser modificados na medida em que o processo interativo entre as pessoas se desenvolve (Blumer, 1969).

O cenário da pesquisa foi constituído por oito unidades da ESF de um município de médio porte do estado de Minas Gerais, Brasil. Esse município possui 32 equipes de ESF, que são responsáveis pela cobertura da metade da população. Realizou-se sorteio aleatório, sendo que o número de unidades que participaram do estudo não foi definida *a priori*. A coleta de dados foi interrompida mediante a saturação de dados, ou seja, quando o pesquisador conseguiu compreender, em campo, a lógica interna do grupo em estudo (Minayo, 2020), portanto, conseguiu obter a resposta do seu problema de pesquisa.

Como critérios de inclusão ficou definido que todos os TE que atuavam nas respectivas equipes da ESF sorteadas seriam convidados, presencialmente, pela pesquisadora principal, a participarem do estudo. Definiram-se como critérios de exclusão do estudo: estar de férias ou qualquer outro motivo de afastamento no período da coleta de dados. Dois profissionais recusaram a participar no estudo, contudo os motivos não foram explicitados à pesquisadora.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados. O roteiro de coleta de dados foi composto por duas partes, sendo que a primeira permitiu a caracterização do entrevistado e, a segunda, foi composta por questões norteadoras que possibilitaram aos participantes discorrerem sobre as percepções do seu trabalho na ESF, suas funções, as finalidades e os instrumentos utilizados no cotidiano de trabalho, bem como fatores facilitadores e dificultadores do desenvolvimento das suas atividades. O roteiro foi submetido a um pré-teste e não necessitou realizar ajustes. O pré-teste consistiu na aplicação da entrevista a outros TE e foi fundamental aos aplicadores para a sua realização, aumentando a eficácia da pesquisa.

As entrevistas ocorreram entre março e junho de 2016 e foram conduzidas por uma única pesquisadora, na própria ESF onde o participante atua, mediante agendamento prévio e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo de forma a preservar a identidade do entrevistado, e gravada apenas em áudio no dispositivo *smartphone*, para permitir sua transcrição na íntegra pelos pesquisadores. A duração média foi de 17 minutos e não foi necessária a repetição de entrevistas. Não foi elaborado o diário de campo.

O conteúdo gravado das entrevistas foi transcrito de forma criteriosa por três pesquisadoras, que não retornaram aos participantes a transcrição para possíveis comentários e/ou correções. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra E de entrevistado com o respectivo número da entrevista.

Para a análise de dados, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo temática, método configurado para trabalhar com a fala e seu contexto. Segundo Minayo (2020, p.37), essa técnica “diz respeito à descoberta do que está por trás do conteúdo manifesto”. A análise foi realizada em três etapas, sendo elas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. A interpretação foi realizada comparando os resultados com outros estudos e com a teoria do interacionismo simbólico, ferramenta teórica que possibilita a compreensão do fenômeno de uma maneira mais ampla, que revela e aponta o significado que as coisas têm para os atores (Blumer, 1969).

Essa pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos pelas Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013, 2016, 2018). A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 49972715.2.0000.5545 em 21 de dezembro de 2015.

3. Resultados

Participaram do estudo oito TE, sendo a grande maioria do sexo feminino (87,5%), com tempo médio de atuação na equipe de ESF de três anos e três meses. A análise das entrevistas individuais originou três categorias empíricas, que serão apresentadas em seguida: percepções dos TE sobre a ESF; componentes do processo de trabalho dos TE na ESF: objeto, instrumentos e finalidades; fatores facilitadores e dificultadores do processo de trabalho dos TE.

3.1 Categoria 1 - Percepções dos técnicos em enfermagem sobre a estratégia de saúde da família

Os participantes relatam que o arcabouço teórico sobre a ESF está contemplado no trabalho com o indivíduo, família, comunidade e com os determinantes sociais da saúde, mas na prática ainda prevalecem as ações curativas.

É um programa que a gente visa estar trabalhando mais com a família, com a comunidade, conhecendo melhor a família, o ambiente onde a pessoa vive, convive, para poder estar lhe oferecendo melhores condições de vida e saúde. (E8)

Bom, a ESF a gente acaba fazendo parte da vida do usuário, não é? Então, é prevenção mesmo. E acaba que virou a medicina curativa, o que não deveria. Porque na verdade é uma medicina preventiva, não é? (E1)

Como a ESF trabalha com a família, a equipe consegue proporcionar um vínculo com os usuários de forma a realizar ações em todas as etapas de vida, com objetivo de diminuir agravos e complicações.

A gente acompanha melhor, eu acho que tem uma diferença de unidade de saúde com isso, é um acompanhamento mais específico, você consegue um vínculo maior com o paciente, eu acho que você cuida dele como um todo, igual fala lá: do neném até o idoso. (E7)

3.2 Categoria 2 - Componentes do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem na estratégia de saúde da família: objeto, instrumentos e finalidades

Os participantes do estudo reconhecem as necessidades de saúde dos usuários como objeto de trabalho, realizando assim uma atenção centrada no indivíduo.

Eu acho que, não, eu tenho certeza que trabalho para o bem comum do paciente. A gente trabalha para ele, é pro bem estar dele, pra prevenção de doenças, é pra preservar sua saúde. [...] tanto eu como a equipe toda a gente trabalha em prol do paciente, que é para ele, é para ele que a gente trabalha, a gente não tem outro objetivo, não é? (E7)

O atendimento na unidade de saúde é disparado pela presença de algum sintoma ou patologia, sendo que o acolhimento foi identificado como um instrumento de trabalho.

Vem todo mundo marcar exame, buscar exame, pedir receita nova, fazer vacina, curativo, a triagem, tudo de uma vez só, fica muito tumultuado. (E3)

Contudo, aponta-se a baixa resolutividade da APS em atender as necessidades dos usuários, sendo os mesmos criticados pela presença constante na unidade de saúde e, por isso, são rotulados como “piolhos de posto”.

São quase as mesmas pessoas todos os dias. (E4)

Olha, o meu objetivo final é a gente atender melhor a população, não é? Porque eu acho assim, ninguém vem, ninguém vem na unidade atoa. Até aqueles famosos “piolhos de posto” que a gente fala, até eles têm o motivo deles. A pessoa não vem no posto porque eu quero ver a cara de fulano e eu vou lá. Eles vêm por algum motivo, eles estão precisando de alguma coisa. Mesmo que seja o motivo que a gente considere irrisório, mas para eles não é. (E1)

Um único participante citou a importância da demanda de atendimento ao indivíduo programada pelo agente comunitário de saúde (ACS).

A gente depende muito do agente comunitário, o que o agente comunitário está planejando na área dele porque sem o agente comunitário a gente fica meio sem chão, meio perdido dentro da comunidade pra poder trabalhar, já que uma estratégia saúde da família. Sem o agente comunitário não é considerado uma estratégia saúde da família, vira um postão, não é? (E8)

Mesmo com dificuldades, o participante demonstra que o vínculo com o usuário e família ocorre por meio da longitudinalidade da atenção.

É uma proposta de longo prazo, não é uma coisa que você trabalha um mês e fala assim: o que eu tinha que fazer, eu fiz. Porque estratégia da família é uma coisa que você leva por muito tempo. Estratégia da família, o nome já diz: família. Família não é uma coisa que você desmembra, é uma coisa que você carrega, é uma coisa que você tem que ter começo, meio e fim, entendeu? Então assim, pra você falar assim, eu faço parte de uma estratégia de família, você tem que conhecer [...]. Então assim, é uma coisa que você não faz em dois anos. (E2)

Em relação ao objeto de trabalho “família”, suas necessidades são reconhecidas pelo ACS, que por meio de visitas domiciliares, disparam o cuidado para os TE (E6).

Os grupos realizados na unidade não são reconhecidos como objeto de trabalho dos TE.

Tem os grupos: tem o grupo com a fisioterapeuta, tem o grupo de gestante, grupo de mães com a enfermeira, agora vai implantar a caminhada. [...] participei de um de um grupo de mães por eu ser mãe. Só desse. Mas geralmente é específico de cada profissional. (E3)

Na comunidade, identificam os equipamentos sociais do território como objetos do trabalho, mas de forma esporádica, ou seja, eles são acionados quando há alguma demanda, sendo utilizadas práticas intrasetoriais ou intersetoriais.

A gente tem alguns projetos que a gente faz: às vezes são mutirões [...] para fazer mamografia, preventivo [...] fora do horário. [...] às vezes faz mutirão para fazer cadastro das pessoas que a gente não encontra durante a semana, as agentes de saúde saem para fazer sábado, final de semana, ou a noite. Projeto nas escolas fora do horário de trabalho. [...] Vacinação também, [...] traz a população só para ver se o cartão está em dia. (E7)

Sobre as atividades realizadas no cotidiano da ESF, os participantes indicaram que suas atribuições estão voltadas para a realização de procedimentos.

[o cotidiano] Segue uma rotina, porém não é todos os dias. Aqui, meu trabalho é: pré-consulta, pós-consulta, vacina, retirada de ponto, curativo. Não é todo dia que tem todas essas funções, mas no geral, é pré e pós-consulta, aferição de pressão e glicemia. [...] menor movimentação o curativo, retirada de ponto e vacina. Vacina maior quantidade nos dias de puericultura. (E3)

Eventualmente são realizadas visitas domiciliares e ações de prevenção e promoção da saúde.

Temos um grupo de hipertensos e diabéticos, que a gente faz mensalmente. Ele está suspenso [...]. Mas a gente tem sempre fazendo sala de espera, e pós-consulta pra tentar ao menos amenizar a falta do grupo. (E7)

Visita domiciliar do técnico quando solicitado. (E3)

Os participantes identificam que utilizam instrumentos para realizar o trabalho assistencial, como a fala, uma tecnologia relacional, e também os equipamentos médicos assistenciais (E7), que podem ser classificados como tecnologias leve-duras.

A fala mesmo, conversar com o paciente, estar sempre disposto a ajudar mesmo, ouvir o paciente. (E4)

Mas, em relação à tecnologia leve, a sobrecarga de tarefas do TE pode influenciar a qualidade da escuta, como relatado por um participante.

Meu cotidiano de trabalho é assim: desde a hora que eu chego até a hora de eu sair é direto correndo e atendendo o paciente. É um que chega, quer saber se meu exame está pronto, quero saber se chegou, já marcou meu exame, eu quero olhar minha pressão, quero tomar vacina, então é assim, são milhares ao mesmo tempo. Então assim, tem que ter um jogo de cintura muito grande para poder não se estressar com o paciente. [...] A gente consegue atender todo mundo, com calma, a gente vai dando prioridade para as consultas, porque as consultas eu não posso deixar o médico parado, então na medida que vai encaixando as outras necessidades no fim acabam tudo bom. (E8)

A finalidade do processo de trabalho é a transformação do objeto em produto, onde cada profissional opera essa transformação. Constatou-se a necessidade de retomar o significado da finalidade da ESF e a concepção de cuidado intrínseca a APS.

Já tem praticamente dezessete anos que estou na prefeitura, quinze anos dedicados à estratégia saúde da família. Então assim, eu estou passando boa parte da minha vida aqui, dando tudo de mim aqui e, desde que entrei até agora, eu só vi assim: a gente era direcionado mais a um programa mesmo, familiar, e aos poucos, a gente está se perdendo [...]. Parece que a gente tinha um programa assim mais definido, por exemplo, a cultura do povo levado a sério, hoje assim, a gente vê que mais virou quantitativo, é quantitativo e perdeu-se na qualidade, perdeu muita coisa. Eu não vejo que houve melhora não, e sim, uma piora, um declínio muito grande [...]. Agora ela está mais voltada para o curativo porque antes a gente tinha tempo de trabalhar o preventivo. Hoje a gente não tem mais porque [...] agora nós temos quantidade e não qualidade. (E8)

3.3 Categoria 3 - Fatores facilitadores e dificultadores do processo de trabalho dos técnicos em enfermagem

Os aspectos facilitadores elencados pelos participantes foram: trabalho em equipe; integração da equipe e a comunidade; as parcerias com os equipamentos sociais do território; bom relacionamento com os usuários e reconhecimento pelo cuidado prestado.

Evidenciou-se que o vínculo da ESF com outros lugares, como a igreja e a escola, favorece o desenvolvimento de projetos educacionais sobre a saúde para a comunidade.

As igrejas também nos apoiam muito: evangélica, católica e outras religiões também que aqui tem. O pessoal passa muito os nossos recados. [...] Através das agentes de saúde principalmente, através da gente também, a equipe mobiliza, quando um não pode, o outro vai faz o contato com essas pessoas. Com a escola, com as igrejas, e tentam uma união ali para gente estar fazendo o projeto. E a gente está sendo bem recebido, nunca tivemos problema em nos receber, não. (E7)

O reconhecimento do trabalho do profissional pelo usuário é fundamental para motivar o cotidiano do TE na ESF. O profissional identifica que deve estabelecer um bom relacionamento com o usuário.

Nos fatores dificultadores, abordaram-se as condições estruturais da ESF, destacando a equipe incompleta; a presença de áreas descobertas pelo ACS; ausência de técnico administrativo e falta de profissionais TE.

Eu acho que o que dificulta muito ali é a falta de mais companheiros assim, pelo menos mais um técnico de enfermagem, porque a demanda é muito grande ali. [...] Mais um técnico seria bem vindo. (E5)

É uma equipe incompleta [...] já têm duas micro áreas descobertas e agora mais uma ainda três micro áreas descobertas [...] Aí dificulta a entrega de encaminhamentos e exames que são agendados fica essa dificuldade porque não tem o agente comunitário nessas microáreas descobertas. (E1)

Devido ao número insuficiente de TE por equipe para dar conta às atribuições do cotidiano, há uma sobrecarga de trabalho sobre este profissional.

Como a gente é uma só pra atender a demanda toda, não tem como atender todos ao mesmo tempo então o que eu peço sempre quando chega, é que eu vou à sala de espera dá um bom dia pra eles eu pergunto e sempre que tem muita gente, quem chegou primeiro, aí começa: eu cheguei primeiro tal, tal... Calma gente, que a gente é uma só, e vai atender todo mundo. (E8)

A precariedade do trabalho do TE foi mencionada em relação à baixa remuneração e a forma do vínculo trabalhista, que a maioria é contrato temporário.

Por que não dizer do salário, não é? Um salário melhor. Porque a gente, eu acho que a gente é muito hipócrita. Fala assim: oh eu trabalho porque amo minha profissão. Também. Mas ninguém vive de vento, não é? [...] Eu acho que maior reconhecimento salarial também. Igual agora a gente está lutando para conseguir 11% de aumento e isso também então facilitaria porque quem trabalha satisfeito trabalha melhor. (E1)

Porque como nosso contrato está acabando, não vai ser renovado, não tem perspectiva de renovação. Tudo que nós fizemos vai ter que ser refeito. Eu não consigo continuar o caminho que você começou. Eu tenho que começar, eu tenho que ir lá no seu começo para ver como que você começou dar os passos. [...] Se eu te falar que o que nós propomos fazer nós fizemos, é mentira. Nós não fizemos. Agora que nós íamos firmar o que nós começamos. É como se nós estivéssemos arado a terra e plantado. Agora que a semente ia começar a germinar, porquê se eu te falar que ela germinou e deu fruto eu estou mentindo. Entendeu? Ela nem germinou e nem deu fruto. (E2)

Os participantes destacaram que os insumos de trabalho são insuficientes para a realização das tarefas desenvolvidas na ESF, como a falta de tecnologias leve-duras. A ausência de espaço físico e a infraestrutura inadequada, dificultam para o desenvolvimento do trabalho, além de acometer a assistência aos usuários.

Dificuldades a nossa infraestrutura é que são precárias [...]. Nós ficamos assim praticamente abandonados: sem telefone, sem internet e, às vezes, sem meios de comunicação nenhum. Então assim fica muito difícil você querer

ajudar o paciente naquele momento, sabe? Estar agendando uma consulta, um exame, então assim, nossas necessidades são muito precárias mesmo, e até mesmo questão de insumos que falta muito pra nós. (E8)

4. Discussão

Na primeira categoria foram abordadas as percepções dos TE sobre a ESF – eles sabem da importância da promoção da saúde, contudo reconhecem que o cuidado está focado na doença, sendo o próprio usuário que procura a unidade de saúde mediante uma queixa clínica ou em busca de exames/procedimentos. Essa evidência também foi constatada nos estudos brasileiros conduzidos por Brito, Mendes e Santos Neto (2018) e Santos, Mishima e Merhy (2018).

A ESF configura-se como um eixo estratégico reorganizador do SUS, preponderante para assistência no país (Paim, 2018). A promoção da saúde, a prevenção e o acesso ao cuidado têm um valor essencial nesta estratégia, a qual valoriza o cuidado individual, familiar e populacional. O TE deve participar dessas atividades voltadas para o indivíduo, família e comunidade, mas também realizar as atribuições previstas na PNAB. Essas medidas, quando exploradas e associadas, resultam em pontos positivos, proporcionando um pilar de qualidade do serviço (Santos, Andrade, & Spiri, 2018).

As práticas dos TE na ESF ainda estão focadas nos aspectos biológicos e na doença (Cardoso et al., 2011). A ação do ser humano ocorre sob a influência das definições geradas ao longo da vida, mantidas ou transformadas na interação social, consigo e/ou com o outro. Os significados da pessoa são criados e age-se a partir deles, envolvendo os processos significativos (Blumer, 1969). Nessa perspectiva, a formação profissional juntamente com as experiências de trabalho voltadas para o modelo de vigilância em saúde pode gerar movimentos favoráveis a mudança de práticas voltadas para o conceito ampliado de saúde, seguindo as premissas da APS.

Para consolidação da APS brasileira por meio da ESF, torna-se necessário reconhecer e garantir o Artigo 2º da PNAB.

“A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (Brasil, 2017, s.p.).

A categoria 2 tratou dos componentes do processo de trabalho dos TE na ESF: o objeto - matéria-prima, algo reconhecido como passível de transformações para se obter o produto, os instrumentos e as finalidades.

Alguns TE reconhecem que o objeto de trabalho da ESF são as necessidades evidenciadas pelos indivíduos, famílias e comunidades, porém, eles focam no atendimento do sujeito singular, principalmente na pré-consulta e na pós-consulta, ações que focam na recuperação de corpos doentes. No estudo realizado em Ribeirão Preto, Brasil por Cardoso et al. (2011) os TE também tiveram participação restrita e limitada na atenção à saúde familiar e nas ações na comunidade.

A partir dos discursos dos TE, pode-se afirmar que o atendimento é a reprodução do modelo biomédico, voltado para medicalização do usuário e consulta médica, prioritariamente por demanda espontânea, reforçando o modelo centrado na doença (Stewart et al., 2017). O profissional de saúde biomedicalizado atua de forma fragmentada, de forma pontual no corpo doente, num contexto em que o conhecimento científico que abordará a doença é o único válido (Seixas et al., 2016), que no caso, é exercido majoritariamente pelo médico.

Assim compreende-se a necessidade de reorganizar o processo de trabalho da ESF (Brito, Mendes, & Santos, 2018) para promover a saúde, prevenir agravos e complicações, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades próprias do trabalho em saúde (Lima et al. 2014). A utilização de instrumentos advindos das tecnologias relacionais – comunicação, escuta, empatia e acolhimento – legitima a real necessidade de saúde (Santos, Mishima & Merhy,

2018), objeto do processo de trabalho em saúde. Os profissionais da ESF devem ter uma escuta qualificada, respeito, confiança e diálogo, para que possa ser aprimorada a relação do trabalhador/usuário (Abreu, Amendola, & Trovo, 2017).

A ESF propõe uma mudança de perspectiva no modo de cuidar, de organizar o trabalho e de entender o processo saúde-doença, tendo como foco coletividades e propõe a assistência ao indivíduo na sua integralidade, considerando-o em seu contexto familiar e social. O alcance da atenção integral, de qualidade e resolutive pressupõe a disponibilização do cuidado centrado no usuário (Seixas et al., 2016). Contudo, atender a real necessidade e demandas de saúde do usuário ainda é um desafio no cotidiano da ESF (Santos, Mishima & Merhy, 2018) como evidenciado pelos entrevistados E1 e E4 na segunda categoria empírica.

Como consequência desse *modus operandi* há um desgaste da relação trabalhador da saúde-usuário, incluindo a relação médico-paciente, pois enxerga-se apenas a pessoa com o corpo doente. E o que tem por trás desse corpo doente? Seus conhecimentos, desejos e experiências são aniquilados no processo de elaboração do plano de cuidados (Seixas et al., 2016).

Segundo Blumer (1969) os seres humanos se norteiam de acordo com seus interesses suscitando consequências nas interações sociais estabelecidas no meio onde vivem e nas relações interpessoais.

Como o TE é um dos profissionais que tem maior contato com usuário da ESF, Santos, Andrade e Spiri (2019) e Stewart et al. (2017) afirmam que eles também têm o papel de integrar o cuidado, na perspectiva da manutenção da saúde, da prevenção de agravos e da promoção à saúde e viabilizar o trabalho usuário-centrado de forma a ampliar o escopo de sua atuação para promover uma assistência integral e equânime.

No encontro profissional-usuário de forma adequada o uso das tecnologias leves opera em todo momento e orienta a utilização das outras tecnologias. Nesse sentido, a oferta de tecnologias duras e leve-duras também são importantes para a efetivação da integralidade do cuidado no SUS. Deve ser utilizada de forma racional, mediante a necessidade de saúde do usuário (Seixas et al., 2016).

Os participantes apontaram que as atribuições do processo de trabalho estão voltadas para a execução de procedimentos - aferição de pressão arterial, glicemia, vacinação, curativos, pré-consulta e pós-consulta, reafirmando o modelo curativista e, eventualmente, realizam visita domiciliar. Esse reconhecimento das atribuições pode ser fruto da intensa fragmentação da assistência que afasta os trabalhadores da possibilidade de enxergar o ser humano que atendem (Cardoso et al., 2011). A fragmentação do saber dos profissionais compromete o sentido do acesso integral ao sistema de saúde, bem como promover um acesso aos serviços básicos e a resolutividade da assistência à saúde (Mendonça & Lanza, 2020).

Os achados sinalizam, ainda, a necessidade de investimentos na qualificação dos TE da ESF. Estudo realizado com médicos, enfermeiros e odontólogos da ESF mostrou que a formação profissional ainda está focada no modelo biomédico, o que reproduz, na prática, um trabalho fortemente voltado para a doença uma vez que se sentem inseguros para planejar e realizar ações de prevenção e promoção da saúde (Kessler et al., 2019). Nessa perspectiva, encontrar um equilíbrio entre prevenção de agravos, promoção da saúde e tratamento da doença transforma-se em um desafio diário na ESF (Bonfim et al., 2017).

Sugere-se que a insegurança pode ser a justificativa do participante E4 ter relatado de não ter participado de nenhuma ação educativa voltada para a comunidade. Tal achado remete à necessidade de educação permanente da equipe, que permite a construção de espaços coletivos, avaliação das ações produzidas durante o processo de trabalho da equipe e reflexão crítica sobre as práticas, favorecendo a ressignificação do cuidado prestado na ESF (Bonfim et al., 2017). O enfermeiro, que é responsável legal pelo trabalho do TE, deveria lançar mão da educação permanente em saúde para qualificar os recursos humanos e, da supervisão, para avaliar a execução das atividades (Coutinho et al., 2019).

A categoria 3 tratou dos fatores facilitadores do processo de trabalho dos TE - integração da equipe e a comunidade; parcerias com os equipamentos sociais do território; bom relacionamento com os usuários; trabalho em equipe e reconhecimento pelo cuidado prestado.

Um TE aborda em sua fala que eles criam estratégias para alcançar a finalidade do processo de trabalho, realizam alguns projetos nas escolas, mutirões de mamografia e exame de colo do útero. A inserção dos equipamentos sociais em sua comunidade também foi assinalada como objeto de trabalho pelos TE. Eles relatam que a equipe da ESF tem um bom relacionamento e mantém vínculo com a igreja e a escola, com objetivo de desenvolver projetos educacionais para a comunidade.

A intersetorialidade representa um princípio da APS, ao sinalizar como atribuições de todos os membros da equipe da ESF, o desenvolvimento de ações intersetoriais por meio de parcerias e de recursos da comunidade que possam potencializar ações de promoção à saúde, ou seja, promover projetos sociais com o intuito de oferecer continuidade do cuidado, de modo a favorecer a promoção de saúde, e prevenir complicações e agravos à saúde. O componente comunidade pode ser considerado como alvo no processo saúde-doença dos usuários (Mendonça & Lanza, 2020). Estudo realizado em Santa Catarina, Brasil, evidenciou que a realização de práticas de promoção da saúde em outros espaços do território favorece o desenvolvimento de atividades de educação em saúde com o olhar para a prevenção de doenças (Figueiredo et al., 2019).

O alcance da integralidade pressupõe a disponibilização de cuidado em outros pontos de atenção na rede, como a rede de atenção à saúde (RAS), que organiza os serviços de saúde no SUS, integrando os estabelecimentos de saúde em um determinado território de forma articulada ao atendimento às reais necessidades da população em prol da promoção de saúde. (Evangalista et al., 2019).

Outro achado deste estudo é que alguns participantes da pesquisa percebem a necessidade do trabalho em equipe e destacam que há um trabalho multiprofissional, com o objetivo em comum. Uma pesquisa conduzida por Ferreira & Abrahão, (2020) apontou que no trabalho em equipe há diferentes habilidades e conhecimentos para a gestão do cuidado. Compreende-se que cada membro da equipe deve reconhecer as habilidades/potencialidades de seu colega de trabalho, pois, dessa maneira podem se realizar diversas parcerias. Isso resulta em maior produtividade, melhora a comunicação e tomada de decisões. Ademais, proporciona aos profissionais melhora da autoestima, bem-estar e o apoio social.

Conforme resultados deste estudo, destacam-se que alguns TE indicaram a reunião de equipe como uma ferramenta para gestão do cuidado prestado. Ferreira e Abrahão (2020) afirmam que a reunião de equipe também pode ser uma estratégia de gestão de pessoal, principalmente pelo enfermeiro, para supervisionar o trabalho dos TE e dos ACS. As reuniões e o trabalho em equipe diminuem as falhas no serviço, possibilitando um serviço de qualidade, além da segurança do paciente. Embora ainda possam existir falhas de comunicação entre os profissionais da saúde, Ferreira e Abrahão (2020) mostraram que é essencial o desenvolvimento de treinamentos de habilidades de comunicação, para que ela seja eficaz.

Na visão interacionista, afirma-se que os trabalhadores identificam a necessidade de troca de informações, conhecimentos, angústias e experiências para ampliação das práticas. Nessa busca por alternativas, demonstraram utilizar “os encontros e os afetos, como ferramentas para resolver problemas e desafios cotidianos” (Blumer, 1969).

Quanto aos fatores dificultadores destacaram-se na categoria 3 a falta de vagas para especialidades, a escuta qualificada, a sobrecarga de tarefas, o desconhecimento do território, a manutenção do vínculo com o usuário, o trabalho em equipe, a insatisfação salarial e a falta de tecnologias duras.

Alguns TE destacaram como fator dificultador do processo de trabalho a falta de vagas para especialidades. Tal evidência reafirma que o modelo biomédico ainda é fortemente vivenciado no cotidiano dos serviços, pois os profissionais necessitam encaminhar o usuário ao serviço de média e alta complexidade mesmo quando não há uma real necessidade (Stewart et al., 2017). No dia-a-dia da ESF, a disputa com o modelo biomédico é desafiadora para os agentes do processo de

trabalho, apesar das ferramentas disponíveis para tal enfrentamento, como o trabalho multidisciplinar; corresponsabilização e expansão do cuidado para outros espaços no território (Santos, Mishima, & Merhy, 2018). A partir da perspectiva do interacionismo simbólico (Blumer, 1969), o qual possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam o objeto e o ambiente percebido, é possível identificar que nesse estudo, os profissionais ainda concebem o modelo biomédico para realização da assistência, o que implica que o cuidado prestado na ESF ainda não incorporou o conceito ampliado de saúde.

Verificou-se dificuldades na implementação da escuta qualificada (tecnologia relacional), bem como baixa resolutividade do cuidado. Percebe-se que mesmo com avanços na valorização do relacionamento interpessoal, ainda existem falhas nessa relação usuário-profissional. Para que possa ser melhorada esta relação, no contexto da ESF, faz-se necessário melhorar o diálogo, o respeito, a confiança (Abreu, Amendola, & Trovo, 2017). Para alcançar a integralidade da atenção, as necessidades de saúde implícitas devem ser detectadas, e isso somente ocorrerá se o profissional tiver uma escuta qualificada e despida de interpretações apenas para enfrentamento de doenças (Cardoso et al., 2011).

A sobrecarga de tarefas e atribuições dos TE pode estar dificultando a sua atuação centrada no usuário. Pesquisa sugere que o encontro do profissional com o usuário deve ser respeitoso, aberto para todas as possibilidades de produção de um cuidado integral (Seixas et al., 2016), e para isso ocorrer, é necessário ter disponibilidade de tempo. A produção do cuidado centrada no usuário pode ser capaz de potencializar a assistência à saúde, considerando o indivíduo e a coletividade, uma vez que aborda o contexto que estão inseridos, deve-se respeitar os aspectos sociais e culturais (Seixas et al., 2016). Assim, o acesso aos serviços da ESF deve ser definido de acordo com as reais necessidades apresentadas pela população adscrita (Brito, Mendes, & Santos Neto, 2018).

Entretanto, a pesquisa mostrou que a equipe desconhece o território e a realidade vivida pelo usuário, assim como o estudo realizado com auxiliares e TE em Ribeirão Preto, Brasil (Cardoso et al., 2011). A PNAB aponta esta ação como uma das atribuições comuns a todos os membros da equipe, ou seja, o TE deve conhecer o território, cadastrar e manter atualizado os dados de saúde das famílias e dos indivíduos, além disso, deve realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita (Brasil, 2017).

Um dos participantes relatou a dificuldade de manter vínculo com o usuário/família mediante a precariedade do contrato de trabalho na ESF. Santos, Mishima e Merhy (2018) afirmam que o vínculo é nutrido no cotidiano da ESF. Conforme a PNAB, o desenvolvimento de relações de vínculo entre a equipe e a população, facilita a adesão do usuário ao cuidado; além de proporcionar um atendimento humanizado e de forma contínua (Brasil, 2017). A longitudinalidade do cuidado se entende pela construção de vínculo em longo prazo, sendo permanente e consistente, além da intervenção na saúde e de outros elementos na vida desses usuários, de modo a diminuir os riscos e agravos (Kessler et al., 2019).

O participante E8 abordou a sobrecarga de trabalho devido condições estruturais da ESF, destacou-se a equipe incompleta, ausência de técnico administrativo, falta de profissionais TE e a presença de áreas descobertas pelo ACS. No estudo de Garcia e Marziale (2018), de modo igual, os profissionais da ESF relatam escassez de recursos humanos e físicos que leva a sobrecarga de trabalho, além da violência no ambiente de trabalho e dificuldade no trabalho em equipe.

A rotatividade profissional apareceu em um dos relatos deste estudo, o que resulta na perda da continuidade do cuidado segundo o participante. A alta rotatividade compromete a efetividade do serviço da ESF, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação do usuário (Kessler et al., 2019).

Já a satisfação pelo trabalho foi apontada por apenas um participante. Lima et al. (2014) afirmam que a satisfação pela profissão pode ser compreendida como um estado emocional prazeroso, que resulta em um trabalho bem desempenhado, essa característica pode ser vivenciada por diferentes profissionais, implicando em formas diferenciadas de lidar com os problemas e a tomada de decisões no cotidiano na ESF, ou seja, gostar do que faz têm forte implicação na determinação da situação.

Em contrapartida, houve relato de insatisfação salarial por outro profissional entrevistado. Quando a remuneração é o único fator mobilizador para o trabalho os profissionais podem ter desgaste levando ao adoecimento. O profissional que trabalha desmotivado desempenha suas atividades com menor entusiasmo, afetando na qualidade do cuidado. O TE quando trabalha, não utiliza apenas seus conhecimentos e habilidades, mas também sua motivação como uma ferramenta importante nesse processo. Quando não há o reconhecimento profissional, a tendência é conduzir-se ao sentimento de tristeza, desgaste e pode até adoecer (Lima et al., 2014).

Compreende-se que é fundamental que o profissional da ESF entenda os aspectos na unidade de saúde, para que haja a transformação do processo de trabalho e melhoria na qualidade dos serviços ofertados (Bonfim et al., 2017). Os resultados demonstram que há a falta de tecnologia dura para a realização das tarefas desenvolvidas no cotidiano de trabalho na ESF. A falta de material para o atendimento, ausência de espaço físico e infraestrutura foram as barreiras apontadas por alguns participantes. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo, no qual os profissionais enfrentaram dificuldades semelhantes para realizar o cuidado adequado ao usuário (Figueiredo et al., 2019). Mesmo sabendo que tais fatores interferem na qualidade da assistência prestada, as tecnologias duras e as leve-duras são as mais valorizadas e reconhecidas pela equipe da ESF (Santos, Mishima, & Merhy, 2018).

Os princípios norteadores do interacionismo simbólico foram evidenciados nos discursos dos profissionais de saúde: (1) as pessoas comportam-se em relação aos objetos com base no significado que esses objetos possuem para eles; (2) a interação social que os seres humanos têm uns com os outros resulta em significados; (3) os significados são utilizados ou alterados como meios para a orientação ou construção da ação no processo de interação social (Blumer, 1969).

Aponta-se como limitação da pesquisa a realização da coleta de dados antes da publicação da PNAB vigente nos dias atuais. Essa nova portaria altera algumas atribuições relacionadas ao TE no contexto do trabalho em equipe. Acredita-se que recusa de dois TE em participar desta pesquisa não impactou na realidade evidenciada pelos profissionais.

5. Considerações Finais

Este estudo permite concluir que o processo de trabalho dos TE na ESF do município em estudo está voltado predominantemente para ações curativas no plano individual. Eventualmente realizam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; visitas domiciliares e ações na comunidade. As ações realizadas no cotidiano de trabalho - realização da pré-consulta; pós-consulta; aferição da pressão arterial; glicemia capilar; aplicação de medicações; vacinação; curativos e retirada de pontos – infelizmente estão coerentes com a identificação do objeto de trabalho pelos TE, participantes desse estudo: atender pessoas com necessidade de enfrentar somente doenças/problemas de saúde.

Destaca-se que os TE sofrem com uma invisibilidade no processo de trabalho dentro da APS, ora pelo modelo biomédico, ora pela própria divisão de trabalho marcado pela fragmentação no processo de cuidar. O interacionismo simbólico favorece a opção por abordagens metodológicas qualitativas que possibilitam a produção de um corpo de conhecimentos baseado na realidade da prática dos TE da APS e que explica as variações observadas nesta realidade, permitindo que a riqueza e diversidade de experiências sejam assimiladas. Recomenda-se um olhar mais amplo para estes profissionais uma vez que eles têm uma importância dentro da equipe multiprofissional da ESF na implementação dos princípios e diretrizes do SUS. O TE é um ator que tem potencial para ser articulador do cuidado.

Compreende-se que os resultados aqui apresentados podem estimular os profissionais a participarem da educação permanente, tendo em vista que esta é uma ferramenta para construção e fortalecimento do cuidado da APS, pois permite a reflexão acerca do processo de trabalho não somente dos TE, mas também da equipe de ESF e pode contribuir para transformação das práticas em saúde. Espera-se que essa educação permanente seja disparada pelo enfermeiro da equipe, que é o profissional que responde legalmente pelo exercício da profissão do TE. Já a Secretaria Municipal de Saúde, instância

responsável pela implementação da PNAB, sugere-se a execução da qualificação dos seus trabalhadores da ESF em relação aos conceitos, políticas e diretrizes da APS, a fim de subsidiar, aos artesãos do trabalho em saúde, a capacidade criativa de fazer saúde para reversão do modelo hegemônico.

Por fim, ressalta-se a necessidade de repensar a formação dos TE, de modo que eles desenvolvam competências esperadas para atuação nos serviços de APS que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e para o estabelecimento de processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde.

Referências

- Abreu, T. F. K., Amendola, F., & Trovo, M. M. (2017). Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. *Rev. Bras. Enferm.*, 70(5), 981-987.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. University of California Press.
- Bomfim, E. S., Oliveira, B. G., Rosa, R. S., Almeida, M. V. G., Silva, S. S., & Araújo, I. G. (2017). Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? *J. Res. Fundam. Care Online*, 9(2), 526-35.
- Brasil. (2013). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Publicada no *DOU* nº 12, quinta-feira, 13 de junho de 2013. Seção 1, Página 59. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brasil. (2016). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510/2016. Publicada no *DOU* nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016, seção 1, páginas 44, 45, 46. <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Brasil. (2018). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 580/2018. Publicada *DOU* nº 135, segunda-feira, 16 de julho de 2018, seção 1, página 55. Recuperado de <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em 20 out 2020.
- Brito, G. E. G., Mendes, A. C. G., & Neto Santos, P. M. (2018). O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface*, 22(64): 77-86.
- Cardoso, T. Z., Pereira, M. J. B., Campos, L. V. O., Matumoto, S., Mishima, S. M., & Fortuna, C. M. et al. (2011). Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. *Rev. bras. Enferm.*, 64(6), 1087-1093.
- Coutinho, A. F., Medeiros, H. A., Andrade, L. D. F., & Ribeiro, L. C. S. (2019). Gestão em enfermagem de pessoal na estratégia saúde da família. *J Nurs UFPE on line*, 13(1), 137-47.
- Evangelista, M. J. O., Guimarães, A. M. A. N., Dourado, E. M. R., Vale, F. L. B., Lins, M. Z. S., & Matos, M. A. B. et al. (2019). O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 24(6), 2115-2124.
- Ferreira, A.S., & Abrahão, A.L. (2020). Comunicação como dispositivo de interação entre enfermeiros: controle socioclínica institucional na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Pós Graduação*, 16(35), 1-12.
- Figueiredo, D. S., Heidmann, I. T. S. B., Fernandes, G. S. M., Arawaka, A. M., Oliveira, L. S., & Magagnin, A. B. (2019). Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. *J Nurs UFPE on line*, 13(4), 943-951.
- Garcia, G. P. A. & Marziale, M. H. P. (2018). Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm*, 71(suppl 5):2469-2478.
- Kessler, M., Lima, S. B. S., Weiller, T. H., Lopes, L. F. D., Ferraz, L., & Eberhardt, T. D. et al. (2019). Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta paul. Enferm*, 32(2), Epub June 10.
- Lima, L., Pires, D. E. P., Forte, E. C. N., & Medeiros, F. (2014). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc. Anna Nery*, 18(1), 17-24.
- Mendonça, E. M., & Lanza, F. M. (2020). Perspectivas da intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde à Saúde no Brasil: uma reflexão teórica. *Research, Society and Development*, 9(1), e2549119834.
- Minayo, M. C. S. (Org.) et al. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. (32a ed.). Vozes.
- Morosini, M. V. G. C., & Fonseca, A. F. (2017). Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cd. Saúde Pública*, 33(1), e00206316.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(6), 1723-1728.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*, UFSM. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.
- Santos, D. S., Mishima, S. M., & Merhy, E. E. (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(3), 861-870.

Santos, L. C., Andrade, J., & Spiri, W. C. (2019). Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para o processo de trabalho na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*, 23(3).

Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., & Slomp Junior, H. (2016). Integrality in the health care perspective: na experience of the United Health System in Brazil. *Salud Colectiva*, 12(1), 113-123.

Stewart, M., Brown, J. B., McWilliam, C. L., Freeman, T. R., & Weston, W. W. (2017). O primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença. In: Stewart, M.; Brown, J. B., Weston, W. W.; McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., Freeman, T. R. *Medicina centrada na pessoa*. (3a ed.).