



Processo de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Working process of nurses of the family health strategy

**Gabriela dos Santos¹, Fernanda Moura Lanza², Maria Helena Trindade Engela³, Juliana Ferreira da Silva⁴,
Vanessa Aparecida Júlio⁵, Ronimara Gonçalves de Souza⁶, Lucas Alves Gontijo⁷**

¹ Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Carmo do Cajuru (MG). Bolsista de Iniciação Científica PIBIC 2017/2018, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis (MG), Brasil; ² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora Adjunta IV do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis (MG), Brasil; ³ Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Onça de Pitangui (MG), Brasil; ⁴ Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte (MG), Brasil; ⁵ Enfermeira, Brasil; ⁶ Enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento, Divinópolis (MG), Brasil; ⁷ Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde, Nova Serrana (MG), Brasil.

*Autor correspondente: Fernanda Moura Lanza - E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br

RESUMO

Compreender o processo de trabalho dos enfermeiros que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família. Estudo de caso de abordagem qualitativa, fundamentada no interacionismo simbólico, realizado com nove enfermeiros. A coleta de dados ocorreu de março a junho de 2016 por meio de entrevista semiestruturada. Utilizou-se análise de conteúdo temática. O objeto de trabalho é identificado a partir da demanda espontânea, e algumas ações possuem agenda programada, além das questões gerenciais. Os enfermeiros reconheceram como instrumentos de trabalho as tecnologias relacionais e as duras. Sobre a finalidade do trabalho, destacaram que as ações ainda estão voltadas para o modelo curativo, porém apontaram uma aproximação com a promoção da saúde e prevenção de agravos. Fatores facilitadores foram o trabalho em equipe e a presença do residente de Enfermagem, e os dificultadores, a equipe incompleta. O cuidado reproduz o modelo biomédico e os profissionais indicaram a necessidade de mudança.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT

The work process of nurses in Family Health Strategy teams is analyzed. Current case study, foregrounded on qualitative approach and based on Symbolic Interactionism, was conducted with nine nurses. Data were collected between March and June 2016 by a semi-structured interview. Thematic content analysis was employed. Work object is identified by spontaneous demand, several activities have a scheduled agenda, besides management issues. Relational and hard technologies were acknowledged as working tools. The developed activities are still focused on the cure model, but an approach to health promotion and disease prevention is acknowledged. Facilitating factors comprised teamwork and Nursing Residence, whereas incomplete staffs made up the difficulties. Care reproduces the biomedical model and professionals acknowledge the need for change.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Family Health Strategy. Nursing.

Recebido em Fevereiro 12, 2020

Aceito em Novembro 04, 2020

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é referida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como a estrutura para o alcance de mudanças positivas no contexto da saúde pública. Isso se dá principalmente por ser responsável pela promoção da saúde, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, vigilância em saúde, cuidado integrado e gestão qualificada realizada com equipe multidisciplinar, visando à qualidade do cuidado e ao estabelecimento de melhorias nas condições de atendimento aos usuários, famílias e comunidades¹. A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem então para efetivar a APS com novas modelagens de produção de cuidado, uma organização que objetiva promover a assistência individual e coletiva de modo a alcançar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de se ter uma longa trajetória da ESF na história do SUS, o processo de trabalho na APS ainda se mantém desarticulado e centrado na atenção curativa e imediatista – tendo como focos a doença e a queixa principal dos usuários –, e as intervenções permeiam procedimentos normativos, prescritivos e, conseqüentemente, aumento da demanda espontânea².

Para que os profissionais das equipes da ESF atuem em coerência com os princípios, atribuições e organização do processo de trabalho conforme previsto na PNAB,¹ é necessário que haja planejamento conjunto e participação efetiva de todos. Isso vai tornar possível refletir suas práticas e estabelecer estratégias transformadoras no cotidiano dos serviços com vistas a reestruturar o processo de trabalho³.

Dessa forma, é importante que o processo de trabalho das equipes da ESF esteja bem definido, assim os seguintes componentes devem atuar em conjunto: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. O objeto é aquilo sobre o qual incide a ação do profissional, caracterizado no processo de trabalho em saúde pelas necessidades humanas. Os instrumentos, por sua vez, permitem a apreensão do objeto de trabalho, podendo ser materiais ou não materiais. Os agentes de trabalho imprimem finalida-

de ao objeto, podendo até ser os próprios instrumentos⁴. É importante ressaltar que os agentes podem ser tanto aqueles que conduzem o cuidado quanto o próprio indivíduo e a família, pois a atenção é centrada no usuário (objeto) e ao mesmo tempo é realizado um trabalho para que ele seja agente do processo de trabalho e participe do plano terapêutico a fim de alcançar o bem-estar que procura².

Mas, a forma como os trabalhadores em saúde percebem cada componente do processo de trabalho tem reflexos na maneira como eles o organizam e, conseqüentemente, no modo de instituir a produção do cuidado como finalidade desse processo de trabalho em saúde³.

No contexto da ESF, o enfermeiro tem o papel cada vez mais consolidado na realização da prática assistencial em todo o ciclo da vida e do gerenciamento da equipe. Trata-se de dois amplos eixos a serem executados no seu processo de trabalho⁵, mas que ainda estão fortemente permeados pelo modelo médico-centrado⁶⁻⁸.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de estudos que discutam, de acordo com as realidades locais, como é organizado o processo de trabalho dos enfermeiros na ESF a fim de dar subsídios para aproximação de uma saúde pública conforme recomendado na PNAB¹, pois “superar as inúmeras fragilidades é decisivo para o aprimoramento de um sistema universal e, conseqüentemente, uma APS mais abrangente, coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde”⁹⁻¹³.

Considerando-se a centralidade desse profissional dentro de uma equipe da ESF e a sua potencialidade de atuação para consolidar a APS no âmbito do SUS, este estudo teve como objetivo compreender a organização do processo de trabalho dos enfermeiros que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, fundamentada no interacionismo simbólico.

O estudo de caso é utilizado quando se objetiva contribuir com o conhecimento preexistente por meio do desejo de compreender fenômenos sociais complexos. Ele permite uma investigação para se preservarem as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, dentre eles os processos organizacionais, principal objeto deste trabalho¹⁰.

O presente estudo busca entender a organização do processo de trabalho da ESF a partir da percepção dos enfermeiros de acordo com sua realidade social, analisando como cada um interpreta o papel que desempenha nas equipes, os reflexos de suas ações no cotidiano dos serviços e a maneira como o trabalho é compartilhado com os demais membros. Sendo assim, a abordagem qualitativa é a mais adequada para responder ao problema de pesquisa, visto que ela se ocupa com uma realidade que busca o universo dos significados, motivos, valores e atitudes¹¹.

Escolheu-se o interacionismo simbólico para fundamentar esta pesquisa por se tratar de um referencial teórico que descreve o ser humano como um ser ativo no seu mundo, tendo seu comportamento definido a partir do significado e do sentido que ele atribui às coisas, aos outros indivíduos e também às situações da vida cotidiana. A interação social, portanto, permite a construção de ações individuais e coletivas definidas no contexto social a que pertence. Sendo assim, o interacionismo simbólico permite compreender o modo como os indivíduos interpretam os objetos e as pessoas com as quais interagem¹².

O cenário da pesquisa foi o município de Divinópolis, situado na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, que possui aproximadamente 238 mil habitantes e 31 equipes de ESF – apenas 44,9% da população é coberta por essa modalidade de serviço de APS¹³. Destaca-se que essas equipes são campos de formação de estudantes da área da saúde de duas universidades públicas e duas privadas, além de três Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde. Nesse sentido, esse cenário utilizado para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde deve ser orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, com conhecimento das prioridades e necessidades do sistema.

Elegeram-se como cenário de estudo as equipes da ESF desse município que possuíam profissionais enfermeiros que atuavam há, no mínimo, um ano na atual unidade. Esse limite temporal foi estabelecido pelas pesquisadoras para garantir minimamente o vínculo com a equipe e com a população da sua área de abrangência.

O número de unidades envolvidas no estudo não foi definido *a priori*, mas por meio de um sorteio aleatório do universo de equipes da Saúde da Família que atenderam ao critério de inclusão. Todos os enfermeiros que atuavam nas respectivas equipes da ESF escolhidas e que não estavam de férias ou em licença médica foram convidados presencialmente por uma das pesquisadoras a participarem do estudo. Um profissional recusou-se a participar após ser informado sobre os objetivos da pesquisa.

A coleta de dados, realizada no período entre março e junho de 2016, foi interrompida ante a saturação de dados, ou seja, os pesquisadores conseguiram compreender em campo a lógica interna do grupo em estudo¹⁴, portanto, obtiveram a resposta ao problema de pesquisa. Dessa forma, a amostra foi constituída por nove enfermeiros, isto é, o cenário foi composto por nove equipes da ESF.

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, modalidade que facilita a abordagem do entrevistado por permitir flexibilidade na conversa, assegurando que hipóteses e pressupostos dos entrevistadores serão abordados e possibilitando absorver novos temas e questões apontadas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância¹¹.

O roteiro foi composto por duas partes. A primeira voltou-se para caracterização do entrevistado e a segunda constituiu em questões norteadoras que possibilitaram aos participantes discorrerem sobre as percepções do seu trabalho na ESF, o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade, bem como fatores facilitadores e dificultadores do desenvolvimento das atividades. Esse roteiro foi submetido a um teste-piloto e não houve necessidade de ajustes.

A entrevista ocorreu na ESF em que o participante atua, mediante agendamento prévio e assina-

tura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Realizada individualmente em local privativo de forma a preservar a identidade do profissional, a entrevista foi gravada em dispositivo *smartphone*; seu conteúdo foi transcrito na íntegra de forma criteriosa por duas pesquisadoras, garantindo-se o caráter confidencial das informações. Não houve o retorno da entrevista transcrita aos depoentes para possíveis comentários e/ou correções.

As falas dos entrevistados foram utilizadas em partes para a compreensão do objeto em estudo. Com vistas a assegurar o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra E (de entrevistado) com o respectivo número da entrevista (exemplo: E1, E2, E3, etc).

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática, considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde, a qual consiste em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação¹¹.

Na etapa de pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante do material obtido em campo, de forma a aprofundar o conteúdo das entrevistas e conhecer os temas abordados, visando responder aos objetivos inicialmente propostos. Nessa fase, as entrevistas foram submetidas a recortes que obedeceram aos temas-chave identificados pelos pesquisadores, o que gerou as unidades de registro e as unidades de contexto¹¹.

Na segunda etapa, definiram-se as categorias empíricas, que organizou o conteúdo das unidades de contexto com temas semelhantes a fim de apresentar os resultados que remetem ao problema de pesquisa¹¹. Por fim, na etapa de tratamento dos resultados obtidos, foram feitas inferências e interpretações dos dados, relacionando-as com o conteúdo teórico encontrado na literatura científica, a fim de corroborar os achados dos dados empíricos¹¹.

Todas as informações utilizadas para este estudo estão em conformidade com os aspectos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética, CAAE 49972715.2.0000.5545, parecer 1.292.298, e financiada com recursos do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de São João del-Rei 2017/2018.

RESULTADOS

Nove enfermeiros participaram do estudo, dos quais a grande maioria era do sexo feminino (88,9%). Apenas dois não possuíam pós-graduação (22,2%) e o tempo médio de atuação na equipe da ESF foi de 4 anos e 2 meses (mínimo de 1 ano e 6 meses e máximo de 10 anos).

As categorias empíricas resultantes da análise de conteúdo temática foram: “Elementos do processo de trabalho no cotidiano dos enfermeiros na ESF” e “Potencialidades e desafios para o trabalho em saúde”.

CATEGORIA 1: ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO NO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS NA ESF

O processo de trabalho em saúde compreende a articulação de seus elementos, a saber: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes; no caso desta pesquisa, foi composta apenas por enfermeiros.

Sobre o primeiro elemento, é necessário compreender o significado da ESF para os participantes. Eles a definem como um dos pilares da APS, em que é desenvolvido o vínculo com a população que lhe é delimitada, contando com equipe mínima e/ou apoio dos demais profissionais.

ESF é, pra mim, a porta de entrada mesmo da atenção primária, né? E é uma forma, é uma unidade onde a gente conhece de perto os usuários. Então é um vínculo que tem. Eu acho bastante importante esse vínculo que a gente tem. Que a gente trabalha com uma população delimitada, sendo mais fácil o planejamento mesmo das ações. (E1)

Um programa do governo dentro da atenção primária, faz abordagem pro grupo familiar

de uma comunidade adscrita, com a população é determinada, com profissionais de equipe mínima, é médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde, podendo ser complementado por outros profissionais também. É isso. (E9)

Essa equipe multiprofissional realiza ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, além do tratamento e manutenção da saúde.

Pra mim é um serviço diferenciado aonde você não trabalha só a parte curativa, né? Você se preocupa com a promoção da saúde, com prevenção de doenças, com a qualidade de vida desse usuário. Então é uma atenção mais completa, mais integrada, o paciente não vai lá só trata a doença vai embora, você cuida mesmo da família, cuida da vida dele, você tenta proporcionar uma vida melhor pra ele, estratégia saúde pra mim é isso. (E6)

Os entrevistados reconhecem que o processo de trabalho não compactua com os objetivos da atenção primária e que, apesar de entender o perfil e necessidades da população, não conseguem planejar estratégias para controlar sua demanda e construir uma agenda capaz de organizar e prever os atendimentos de usuários em condições crônicas.

A Estratégia Saúde da Família não deixou de ser um postão, uma unidade básica, porque a nossa população aqui infelizmente a característica dela é muito de receita, receita controlada, muito medicamento, então essa parte da promoção, da prevenção, de trabalhar informação em saúde, da estratégia da saúde mesmo da família que é o cuidado todo do familiar, no contexto geral ainda nós temos que trabalhar muito pra melhorar isso. (E4)

A gente ainda trata mais do que promove saúde. A gente age mais na doença, não é? Pode ver até mesmo pela agenda nossa: noventa por cento é atendimento de consulta direcionado

pra queixa de paciente. A gente trabalha noventa por cento em cima de doença e de medicação. Medicalizar o paciente a maioria dos que vem é querendo um remédio. (E2)

Esse entendimento por parte de alguns enfermeiros influencia a forma como eles percebem a proposta da ESF, ou seja, apenas um serviço que possui área de abrangência delimitada e que inclui o domicílio como espaço de cuidado.

Estratégia Saúde da Família é o atendimento que a unidade de saúde oferece à família e às pessoas da área de abrangência. É não só na unidade de saúde, aquele atendimento realizado também no domicílio dos pacientes. (E2)

Eu entendo que é um programa que atende um número específico de usuários em uma área de abrangência definida. (E3)

Os profissionais reconheceram que, para o estabelecimento do seu objeto de trabalho, seria necessário o conhecimento de seu território de atuação da ESF.

Essa ESF [Estratégia Saúde da Família] a gente ainda não conhece a realidade local, apesar de ela existir há mais de 4 anos [...]. Há mais de 2 anos eu estou aqui mas a gente ainda não conhece a população total nem a realidade mesmo, porque a gente não tem cadastrado todos os usuários. (E1)

Como afirmaram esse desconhecimento, o objeto então caracteriza-se por indivíduos que procuram a unidade de saúde em situações agudas e pontuais. Dessa forma, o processo de trabalho é a partir da demanda espontânea.

O processo de trabalho aqui a gente tenta organizar de acordo com a demanda espontânea, né? Igual eu falei, como a gente não conhece certinho a realidade mesmo da área de abrangência, a gente tem aquele atendimento

que são os pacientes agendados. Então a gente tenta fazer o acompanhamento principalmente dos hipertensos e diabéticos, consulta de enfermagem, consulta médica [...]. A gente tem aqueles atendimentos de livre demanda, que todos os dias a gente já atende a demanda espontânea. (E1)

Pela manhã, quando a gente chega na unidade, o primeiro passo é a demanda espontânea, a gente faz o acolhimento, [...] geralmente a gente tenta fazê-lo até nove horas da manhã. Depois eu faço as atividades agendadas: puericultura ou visita, curativo e também questão de sala de vacina. (E2)

A gente tenta fazer um agendamento de puericultura, preventivo e pré-natal. A maior parte dos atendimentos nossos é a demanda espontânea [...]. A gente está aqui, a gente atende tudo, né? Muitas vezes pra olhar PA [pressão arterial] ou pra algum encaminhamento, mas aqui, o tempo todo, a maior parte é a demanda espontânea. (E7)

Nas falas acima pode-se perceber que os enfermeiros elencaram algumas demandas para a construção da agenda programada, o que também foi corroborado pelos entrevistados 3 e 4.

Agenda programada são as puericulturas, preventivos, pré-natal, visita domiciliar, a gente faz, eu tenho cada dia da semana eu já deixo fixo pra população já ir acostumando [...]. As vezes a gente pega, vai fazer atendimento de vacina, a gente vai fazer pré-consulta, a gente vai atender telefone, a gente vai pro balcão, então a gente faz serviço do enfermeiro e também faz outras atribuições. (E4)

Para consulta de enfermagem, puericultura é agendada, preventivo é agendado, visita não consigo agendar, [...] vacinas, supervisão da sala de vacina é uma coisa

assim que eu faço sempre todos os dias. [...] A gente tem a parte burocrática, que a gente assume por ter um coordenador não tão presente. (E3)

Por fim, os enfermeiros estabelecem como objeto de trabalho prioritário os serviços administrativos.

Entra a parte administrativa também que é olhar recursos dos materiais, fazer solicitação, aquisição, estar verificando a questão de material, como que está a sala, organização, treinamento também que a gente faz, não é? Todo treinamento que a gente tem a gente repassa pra equipe, então tem as reuniões que a gente tenta fazer todo mês. (E4)

O enfermeiro fica muito a cargo das demandas burocráticas que vêm da Semusa [Secretaria Municipal de Saúde]: vacina, ajuda na sala de vacina, coordenação dos agentes comunitários, organização de reuniões, a gente faz e participa de reuniões, faz reunião com a equipe, faz capacitações este tipo de coisa. (E5)

Apenas três dos nove entrevistados apontaram quais são os instrumentos de trabalho que utilizam no cotidiano. Um deles estabeleceu a tecnologia leve, comunicação verbal e não verbal, como principal instrumento.

O principal instrumento é a fala mesmo [...] os pacientes são muito carentes, então o olhar, o tocar, o abraço que você dá no paciente, isso tudo ajuda demais. (E5)

Um enfermeiro elencou os protocolos e recomendações do Ministério da Saúde como instrumento.

A gente segue as linhas-guia do Estado e o uso do manual, caderno da atenção básica do

Ministério da Saúde, os protocolos, quando tem algum protocolo ou alguma coisa do município também. (E8)

Tecnologias duras também foram apontadas como parte dos principais instrumentos de trabalho.

O que a gente utiliza é o aparelho de pressão, o aparelho de glicemia, o material pra preventivo, a gente faz muito folder, informativo, cartilha, às vezes a gente faz teatrinho, improvisa, mais 90% a maioria é a fala mesmo é a garganta, é a orientação mesmo. (E4)

No que se refere à finalidade como parte do processo de trabalho, observou-se entre os entrevistados que as reflexões dos enfermeiros trazem a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde como principais fins para a família e os indivíduos em todos os ciclos da vida.

A finalidade é estar proporcionando um atendimento de saúde com qualidade e promovendo saúde pra população da nossa área de abrangência. Aí isso inclui todos os ciclos de vida desde a gestante, quando vem pra fazer o cadastro, aí depois o acompanhamento durante o pré-natal [...] depois a gente faz o acompanhamento do recém-nascido, faz as atividades do quinto dia, a gente tenta visitar sempre que nasce. (E2)

A finalidade eu acho que o principal é a educação em saúde, é prevenção, mas acaba que a gente faz outras coisas também, mas eu acho que o principal é esse. (E8)

Meu objetivo é oferecer atendimento, prestar um atendimento de qualidade de modo que o usuário se sinta acolhido, no contexto geral não só na questão do problema em si, né? [...] o vínculo da gente estar conversando [...] e ele sai dali satisfeito porque ele se sentiu acolhido,

ele se sentiu que ele foi ouvido, então o meu trabalho não é só cuidar do doente, que é uma realidade nossa, mas o principal, eu falo, passar mais informação pra ele saber se cuidar, informações do autocuidado mesmo, da prevenção, da promoção, esse acolhimento, espero que ele saia daqui sentindo que ele foi bem atendido. (E4)

Contudo, apesar de alguns enfermeiros destacarem que a assistência ao usuário, à família e à comunidade é uma finalidade do seu trabalho, a coordenação dos processos de trabalhos também é elencada como finalidade dentro do cotidiano da ESF.

Eu sou responsável técnica pela equipe de enfermagem, pelo que eu entendo também eu sou responsável de direcionar o trabalho dos agentes de saúde. Os demais membros da equipe, eu entendo que eu não sou responsável pelo trabalho deles, mas como a gente tem uma harmonia muito boa de trabalho, [...] eles me respeitam como se eu fosse a enfermeira-chefe da unidade. Eles até falam assim: "Você é a chefe da unidade". Mas eu não entendo que eu sou assim, eu entendo que eu sou responsável técnica pelo serviço de enfermagem e dos agentes de saúde. Os demais a gente vai trabalhando junto em equipe mesmo. (E3)

É fazer uma supervisão da minha equipe porque [...] enfermeiro é o supervisor da equipe. Então a gente toma conta pouquinho de cada coisa, desde responsabilização pelos insumos da unidade, pelo pessoal, recolher e fazer programação de férias, enviar todos os documentos da unidade, solicitar serviço à Semusa [Secretaria Municipal de Saúde], dar esse suporte pra toda minha equipe, técnico de enfermagem, fazer uma parceria de atendimento com médico [...], discutir os casos e com o agente de saúde dar o suporte pra ele também, direcionando as ações que ele precisa, trabalhando, fazendo os treina-

mentos, capacitações [...] tudo para equipe, todo esse suporte, todo administrativo que fica ao meu cargo e também suporte como membro de enfermagem da equipe, fazer abordagem da equipe, da família, fazer atendimento, meu acolhimento para os pacientes, consultas de enfermagem, de consultas agendadas. (E2)

CATEGORIA 2: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Os principais fatores facilitadores identificados pelos participantes foram o trabalho em equipe e a presença do residente de Enfermagem.

Sobre o trabalho em equipe, os entrevistados mencionaram que o bom relacionamento entre os profissionais da ESF facilita a tomada de decisões, o cotidiano de trabalho e a resolutividade do serviço.

Principal aspecto facilitador que eu acho é a equipe, porque nossa equipe é muito boa, muito coesa, é assim muito unida, então acho que o principal aspecto é a equipe, às vezes, se a gente não tiver a equipe bem centrada falando a mesma coisa entre a mesma linha de pensamento, a gente não consegue, né? (E5)

A presença do residente favorece a ampliação do escopo de ações da APS e auxilia no estabelecimento de um elo entre teoria e prática.

São vários os facilitadores, desde o residente que vem pra gente facilita demais, não é? [...] Eu sempre falei que a gente trabalha com uma equipe mínima demais, não é? Pra gente conseguir fazer saúde da família precisaria de mais profissionais, às vezes eu até brinco assim: o certo seria duas equipes pra fazer o trabalho [...]. Mas um profissional a mais, um residente, por exemplo, que já é enfermeiro, ajuda demais, é uma troca mesmo, além de trazer

conhecimento pra gente também, além de lembrar algumas coisas porque eles estão mais próximos da academia do que a gente, são uma mão de obra mesmo, dá pra redividir o trabalho, dá pra gente fazer um trabalho mais completo, sem dúvida. Sem o residente aqui eu não conseguiria fazer grupo de gestante, eu não conseguiria fazer visita, [...] eu ficaria mais pra parte curativa mesmo, eu não conseguiria sentar pra fechar uma vacina tranquila, porque tem paciente o tempo todo, então a gente dividindo isso fica muito mais fácil. (E7)

A equipe incompleta, principalmente a falta do agente comunitário de saúde, associada à área de abrangência grande, dificultam a cobertura total, além de sobrecarregar o grupo.

A nossa população, ela é basicamente toda cadastrada, nós estamos com uma média já de dez mil habitantes [...] caberia não só duas ESF [Estratégia Saúde da Família], mas sim três Estratégias Saúde da Família. (E4)

A população que é muito grande, muito dependente da ESF [Estratégia Saúde da Família]. Área de abrangência é enorme. A falta de profissionais igual de agentes comunitários que nós deveríamos ter pelo menos cinco nós temos três, aí sempre um está de atestado, outro está de férias, ou isso ou aquilo, então assim dificulta muito, muito mesmo. (E5)

Fatores geográficos, tais como a distância da unidade e a estrutura física prejudicam o acesso dos usuários à ESF. O horário de funcionamento das unidades de saúde também foi identificado pelos entrevistados como entraves ao vínculo e à adesão da população.

Unidade física ainda não está na área de abrangência, ainda tem uma certa resistência da população de estar fazendo o cadastro na nossa unidade. O ACS [Agen-

te Comunitário de Saúde] já passou na residência, mas tem gente que ainda não quis ser cadastrado vinculado na nossa Estratégia Saúde da Família [...] [a população] está vinculada na unidade tradicional [...], que era a antiga referência deles. Porque a maioria relata que é muito difícil de eles virem e muitos, às vezes, trabalham no centro, então eles já seguem de lá pro centro, vir para aqui consultar, para depois voltar para lá, para eles é muito difícil, questão financeira. (E2)

Questão de horário que a gente oferece, porque a gente hoje trabalha de sete às cinco, mas, às vezes, o paciente não pode ir nesse horário, o usuário da área trabalha fora e coincide o horário, então isso também é um dificultador. (E2)

A educação permanente em saúde foi apontada como a possibilidade de ressignificar o processo de trabalho dos enfermeiros na ESF.

Eu acho que assim o que poderia melhorar também no processo de trabalho seria talvez alguma educação permanente. Acho que tem hora que falta um pouquinho, não é? Que tenha alguma coisa para capacitar a gente pra estar atuando de acordo com aqueles problemas visíveis que a gente tem. (E1)

DISCUSSÃO

A primeira premissa do interacionismo simbólico estabelece que a maneira como as pessoas agem está diretamente relacionada aos significados que o mundo lhes oferece¹². A compreensão do modo de fazer saúde ultrapassa o conhecimento do que se é instituído e protocolado¹⁴; deve-se permitir a renovação e ir além do que se entende por processo saúde-doença. Para isso, tornam-se necessárias a manipulação e a modificação desses significados a partir de interações sociais com novos elementos¹². Nesse caso,

o trabalho vivo é apontado para produzir cuidado, e utilizar elementos diferentes daqueles já estruturados, como os instrumentos, objetos e finalidades¹⁴.

De fato, a ESF abarca responsabilidades – citadas pelos entrevistados – que são operacionalizadas na APS de acordo com a mais recente PNAB¹, exemplificadas por: coordenação do cuidado, porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde, prevenção, integralidade e população adscrita, entre outras ações. Entretanto, a atenção primária, especificamente a ESF, tem papel primordial de vínculo, continuidade e gestão do cuidado, e estabelecer entre profissionais, usuários e família ações e interações que permitam o processo complexo de saúde-doença ainda se constitui em um forte obstáculo^{6,15} na prática dos entrevistados. Isso porque quebrar paradigmas dos serviços de saúde e ver além das doenças e condições clínicas permanece um desafio tanto para profissionais da ponta, quanto para gestores e usuários, é ir além do que é cultural¹⁶. O interacionismo simbólico explica que os significados atribuídos pelas pessoas são provenientes da interação social existente, por isso é tão necessário entrar em contato com novos elementos para modificar o processo interpretativo¹².

Na perspectiva dos profissionais da equipe da ESF, compartilhar saberes e ter o apoio multiprofissional configuram-se como uma prática diferenciada e integral, mesmo que o processo de trabalho da ESF se caracterize em ações pensadas em: como vamos abordar essa doença? A integralidade supera a ideia de se ter a doença como foco principal, sendo necessário reinventar o modo de fazer saúde para além dos muros da unidade; isso implica que os envolvidos tenham a autonomia e liberdade para desenvolver ofertas de atividades que contemplam direta ou indiretamente os determinantes sociais à saúde^{6,15}.

Soma-se a isso o fato de que, para os entrevistados, uma das finalidades do trabalho elencada foi a continuidade do cuidado, realizando um trabalho contínuo com o usuário ou ainda compartilhando informações com demais profissionais. Entretanto, à luz do interacionismo simbólico, o termo mais adequado para esse caso seria “continuidade de gestão”, pois há a coordenação da assistência de profissionais

diferentes que atendem àquela situação específica do usuário/família: com isso temos a ação-interação entre profissionais com olhares multidisciplinares e a ação-interação entre serviços da rede¹⁷.

O desafio de abordar determinantes sociais de saúde, de consolidar a prática da intersectorialidade e com isso fortalecer o papel da ESF não é somente uma realidade do cenário deste estudo e de todos os municípios brasileiros. Países que possuem modelos semelhantes com o SUS, bem como a atenção primária, também enfrentam dificuldade para envolver o usuário no escopo de ações sociais que influenciam a saúde dele^{8,18}.

Na Europa, os anseios para que a saúde seja incorporada às políticas públicas de outros setores estão confrontando os gestores dos sistemas de saúde. Ainda que haja forte incentivo financeiro na assistência médica, pouco se investe em ações de promoção à saúde; por isso, foi implantado o *Health in All Policies* (HiAP) como maneira de tentar abranger todos os setores e colocá-los envolvidos total ou parcialmente com a saúde pública¹⁸.

Ainda no tocante ao (des)conhecimento do objeto de trabalho na ESF, a percepção limitada do enfermeiro – conforme ilustrada pela frase “Eu entendo que é um programa que atende um número específico de usuários em uma área de abrangência definida” (E3) – dificulta a visão ampla e o planejamento de estratégias para superar os desafios da atenção primária¹⁹. Não se pode negligenciar o significado da ESF atribuído pelos participantes, pois, na perspectiva do interacionismo simbólico, trata-se de um elemento que é responsável pelo comportamento humano¹².

Na atenção primária, os enfermeiros têm incorporado à rotina as atividades administrativas – também conhecidas como burocráticas. Isso vem ocasionando a sobrecarga dos profissionais, e assim as tarefas burocráticas nas unidades de saúde mecaniza a assistência e fragiliza a produção do cuidado, colocando em alerta o risco de prejuízo ao usuário, visto que a gestão é uma atividade-meio que propicia a assistência, ao passo que o cuidado caracteriza a atividade-fim²⁰. Entretanto, assim como exposto pelos entrevistados, as funções gerenciais são as mais

demandadas do enfermeiro e suas principais finalidades no processo de trabalho. A gerência do serviço de saúde é competência dele na realidade da APS no Brasil¹⁹, agregando desafios para o cotidiano, uma vez que a sobrecarga profissional²¹, por vezes, dificulta o planejamento das diversas ações¹⁵, o que requer mudanças estruturais e institucionais a fim de promover transformações na organização e como forma de incentivo à adaptabilidade²².

Em contrapartida, no que se refere ao papel do enfermeiro, a realidade brasileira mostra-se um escopo de ações diversas, ou seja, competências de várias dimensões. Progressivamente, a gama de funções desse profissional vem se ampliando durante a assistência com consultas, projetos terapêuticos, gestão de casos e acompanhamento das condições crônicas^{21,23}. Consequentemente, a ampliação da sua função assistencial repercute positivamente tanto para os usuários (adesão ao tratamento, melhor acesso ao serviço) quanto para ele mesmo (valorização e competência profissional)²⁴.

Ainda que mencionado sucintamente pelo entrevistado E4 como “treinamento”, uma das competências para a atuação do enfermeiro é a educação permanente da equipe e para o coletivo, pois há troca de experiências, conhecimento, compartilhamento de ideias e ressignificação da finalidade de sua saúde ou de seu trabalho. A educação permanente em saúde (EPS) foi citada como uma estratégia para superar os desafios e ressignificar o processo de trabalho na APS.

A EPS constitui uma iniciativa voltada ao estabelecimento de novas práticas de aprendizagem e de produção de cuidado que contribui para o exercício da organização do processo de trabalho. Nesse contexto, com vistas à consolidação da ESF, tal organização é fundamental para que se possa avançar na integralidade da atenção e na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. A ampliação do núcleo de saberes possibilita o desenvolvimento das dimensões políticas e da gestão do trabalho e do cuidado¹⁹. Contudo, é importante destacar que se a EPS ficar no plano simbólico e não houver preocupação com o significado dos elementos, isso significa falsificar o comportamento que se analisa¹².

Corroborando as falas dos entrevistados, um estudo realizado com enfermeiros da ESF revelou que o processo de trabalho também é definido a partir da demanda espontânea. Esse modo de organização das atividades é um fator que desencadeia sobrecarga de trabalho, o que prejudica a realização de ações programáticas que compõem as atribuições desse profissional. São momentos raros em que ele consegue realizar uma capacitação com a equipe, elaboração de Procedimentos Operacionais Padrões, programação com agentes de saúde, intervenções preventivas comunitárias e articulação com demais profissionais e serviços²⁵.

Pesquisa sobre acessibilidade, vínculo e acolhimento à demanda espontânea na APS²⁶ apresentou resultados convergentes com as entrevistas deste estudo. O impacto da demanda espontânea *versus* cuidado continuado repercute na longitudinalidade/continuidade do cuidado quando referido às condições crônicas, embora a literatura destaque a importância do acolhimento para garantia do acesso e a flexibilização do atendimento.

Entretanto, alguns autores acreditam que, com o livre acesso da demanda espontânea à ESF, os princípios do cuidado possam ficar comprometidos, pois os usuários têm preferência para a demanda espontânea em substituição às consultas eletivas. Dessa forma, não há o planejamento das atividades, pois a demanda espontânea tende a aumentar e, consequentemente sobrecarrega a equipe, principalmente o enfermeiro, que é o principal responsável pelo delineamento do processo de trabalho da ESF²⁶.

Em relação ao uso das tecnologias em saúde, os depoimentos dos enfermeiros evidenciaram saberes superficiais quanto ao tema abordado, que correlaciona-se com outra análise na qual também realçaram desconhecimento e superficialidade sobre o assunto. Assim, é possível inferir a fragilidade da compreensão, embora isso não seja um fator dificultador para a prática em saúde, pois mesmo tendo conhecimento superficial, é possível aplicar o uso das tecnologias de acordo com suas finalidades do processo de trabalho e interação social com usuários²⁷.

Ainda assim, a literatura traz diversas narrativas e discussões acerca do tema^{3,14}, o qual propõe

a reflexão a respeito do modo de produzir saúde ao destacar o trabalho vivo e as possibilidades de renovação, para além dos protocolos já instituídos. Dessa forma, ao se fazer saúde, é preciso transitar por todas as tecnologias, sem deixar de considerar a importância de cada uma, já que se faz necessário o uso correto conforme cada estação do cuidado, ou seja, o processo de trabalho deve elencar as tecnologias propostas durante a assistência ao usuário, e estas devem estar bem compreendidas por parte de cada profissional para ser utilizadas²⁸. Os significados são produtos sociais, isto é, nascem e são reelaboradas no processo de interação humana¹².

Como representado por um dos participantes da pesquisa, a tecnologia leve surge na própria conexão humana entre profissional e usuário para efetivar a integralidade do cuidado. Em um estudo com trabalhadores da ESF, percebeu-se também que os profissionais usam as tecnologias duras como uma “moeda de troca” para o uso das leves, pois assim é possível, em algumas situações, alcançar a aproximação com outro indivíduo²³.

Não somente no cotidiano, mas também durante o processo de enfermagem, o uso das tecnologias também está inserido por meio da escuta qualificada e das implementações de intervenções baseadas em evidência. Tal processo organiza o trabalho do profissional metodologicamente, com isso abrange elementos-chave da prática em saúde e determina em que deve basear-se cada etapa dele²⁹. Nesse sentido, quando o enfermeiro realiza o processo de enfermagem com os usuários, ele aplica as tecnologias em saúde em cada estação do cuidado.

Os participantes mencionaram o trabalho em equipe como principal potencialidade para o processo de trabalho. Assim como nas entrevistas do presente estudo, os depoimentos dos enfermeiros da pesquisa realizada com ESF de Belo Horizonte (MG) destacam como potencialidades o trabalho em equipe, a importância das interações interpessoais, com objetivos similares, além de planejamento e metas bem delimitados, o que propicia o alcance dos resultados, somado a um ambiente harmônico, satisfatório e produtivo²⁵.

Destaca-se a presença do residente de Enfermagem, o qual impulsiona o trabalhador a querer construir práticas coerentes com a perspectiva da ESF. Pesquisa evidenciou que ele se constitui como força de trabalho para operar tais mudanças e fazer enfrentamento ao modelo biomédico – ainda tão cristalizado no cotidiano das práticas em saúde³⁰ –, apesar das inúmeras limitações existentes para o desenvolvimento das suas atividades que impactam o processo de trabalho. Entre elas, destacam-se: más condições de trabalho, ausência de aprendizado sobre gestão, desvio de função dentro do serviço e dificuldade em associar o aprendizado teórico com as práticas já instituídas nas equipes³¹.

Essa realidade traz consequências diretas para os trabalhadores dos serviços, principalmente os enfermeiros, uma vez que, além do papel de liderança que exercem dentro da equipe⁵, também desenvolvem a função de preceptoria/supervisão com os residentes³¹.

Ainda que os residentes tragam essa ressignificação da finalidade da APS, os participantes do estudo também ressaltaram o número insuficiente de ACS dificulta a operacionalização do processo de trabalho de toda a equipe. Pesquisa mostrou que quando há quantidade adequada de ACS para a área de abrangência, a demanda espontânea tende a diminuir, uma vez que as demandas são identificadas já nas visitas domiciliares, e o ACS e demais profissionais têm capacidade de realizar o acolhimento às necessidades do usuário e de sua família².

Os participantes também apontaram o acesso como fator dificultador para a implementação do processo de trabalho. Os obstáculos evidenciados neste estudo para a utilização dos serviços de saúde sugerem uma limitação da consolidação da APS como porta preferencial de entrada no SUS e entraves ao direito à saúde⁹.

Apesar dos desafios pontuados pelos entrevistados, é necessário que paralelamente se construam planejamentos com os demais colaboradores, se fortaleça o trabalho em equipe para alcance das finalidades e se encontre o equilíbrio entre a abordagem individual e coletiva para se tratarem os determi-

nantes sociais, como realça um estudo de revisão de literatura⁷.

A presente pesquisa contribuiu para descrever o processo de trabalho de enfermeiros na ESF em um município brasileiro de médio porte. Também apresenta subsídios que apontam para a necessidade de desenvolvimento de habilidades e competências específicas e indispensáveis ao exercício da Enfermagem nos serviços de APS com vistas à implementação do modelo de atenção idealizado na PNAB. Além disso, evidencia o protagonismo do residente de Enfermagem no fortalecimento do SUS e da APS.

Dentre as limitações deste trabalho, menciona-se o fato de ser realizado em um único município, mas ressalta-se que essa realidade apreendida pode ser semelhante a muitos outros espalhados pelo país. Acredita-se que novos estudos com enfermeiros e também com os demais membros da equipe da ESF fazem-se necessários com vistas a mapear as realidades que convergem para a APS de alta qualidade, aspecto fundamental no sentido de alcançar a saúde para todos.

CONCLUSÃO

O enfermeiro em atuação na ESF lida com vários processos de trabalho, com objetos, finalidades e instrumentos diferentes. Como visto nas entrevistas, os profissionais destacam o cuidado para promover saúde e a coordenação gerencial como principais finalidades, sendo assim trata-se de processos distintos. Mesmo elencando esses dois eixos como protagonistas das atividades do enfermeiro, os entrevistados revelaram que não têm clareza do seu objeto de trabalho, bem como das finalidades e do uso das tecnologias: entretanto, não basta ter conhecimento dos elementos, mas da metodologia, ou seja, o modo de operar faz a diferença no desenvolvimento do processo de trabalho, além de distinguir os agentes ali operantes.

No cenário deste estudo, o *modus operandi* se aproxima mais do modelo biomédico do que da vigilância em saúde. Mesmo quando os enfermeiros

reconhecem o trabalho multiprofissional, as ações de prevenção e promoção e o atendimento no domicílio do usuário, são todas ações voltadas a doenças, uma vez que a atuação da equipe se limita a dar suporte às necessidades de doença dos usuários.

Contudo, o processo de trabalho empregado pelo enfermeiro está condicionado ao contexto das interações sociais. Não é algo possível de palpar, mas pode-se perceber no decorrer das ações e da dinâmica entre os indivíduos, como propõe o interacionismo simbólico, em que a atuação do enfermeiro na ESF depende exclusivamente do envolvimento e da ação-interação com sua equipe para que se obtenham resultados na continuidade do cuidado. Essa prática requer comunicação, vínculo, interdisciplinaridade e compartilhamento da gestão do cuidado, além do protagonismo do usuário e da família dentro do processo de trabalho.

Os profissionais reconhecem a necessidade de mudança, mas ainda mantêm articulação das ações cotidianas sem transformações de ordem simbólica. O residente de Enfermagem foi um agente destacado pelos participantes do estudo que aumenta o escopo de ações da ESF. Ele constitui uma força de trabalho capaz de modificar a fragmentação do cuidado e de impulsionar novas relações entre os agentes do trabalho na equipe de ESF a fim de reorientar as práticas de saúde e contribuir com o papel da ESF de reestruturadora do atual modelo de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Braghetto GT, Sousa LA, Beretta D, Vendramini SHF. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. Cad. saúde colet. [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Nov 24]; 27(4): 420-426. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000400420&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900040100>.
3. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. Integrality in the health care perspective: an experience of the Unified Health System in Brazil. Saúde Coletiva [Internet]. 2016 ago [cited 2019 July 2]; 12(1):113-123. Available from: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/874/pdf> <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.874>
4. Mendes-Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo (SP): HUCITEC; 1994.
5. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2018 Nov [cited 2020 Nov 20]; 71 (supl1):784-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
6. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Jun [cited 2020 Sep 21]; 20(6):1869-78. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
7. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 May [cited 2019 Ago 06]; 21(5): 1499-1510. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_arttext&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
8. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Saúde debate [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Sep 01]; 41(112):63-76. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000100063&script=sci_abstract&lng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.
9. Nascimento LC, Viegas SMF, Menezes C, Roquini GR, Santos TR. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da

- Atenção Primária à Saúde. Physis [Internet]. 2020 [citado 2020 Nov 24]; 30(3): e300330. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300612&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300330>.
10. Yin RK. Estudo de Caso Planejamento e Métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.
 11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2012, 408p.
 12. Blumer H. Symbolic Interactionism: Perspective and Method. Berkeley: University of California Press, 1969.
 13. Brasil, Ministério da Saúde. E-Gestor atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Nov 24]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
 14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Onoko R, Merhy EE, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.
 15. Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DEP. Manners of producing care and universality of access in primary health care. Saúde soc. [Internet]. 2017 Dez [cited 2019 Aug 06]; 26(4):888-903. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000400888&script=sci_abstract doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>.
 16. Camelo MS, Lima LR, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. Welcoming in primary health care from the viewpoint of nurses. Acta paul. enferm. [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Jun 26]; 29(4):463-468. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400463&script=sci_arttext&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600063>.
 17. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 16]; 27(2): e4250016. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200308&script=sci_arttext&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.
 18. Mattig T, Cantoreggi N, Simos J, Kruit CF, Christie DPTH. HIA in Switzerland: strategies for achieving Health in All Policies. Health Promotion International [Internet] 2017 Nov [cited 2020 nov 21]; 32 (1), 149-56. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/32/1/149/2950937> doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav087>
 19. Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of collective health: conceptions and competencies. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 Oct [cited 2019 May 27]; 68(5): 830-836. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000500830&script=sci_arttext&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510i>.
 20. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. Esc. Anna Nery. [internet]. 2016 Mar [cited 2020 Nov 12]; 20 (1): 90-98. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>.
 21. Celedônio RM, Fé MCM, Mendes AHL, Mendes AHL, Chaves TLF. Gestão do trabalho em unidades básicas de saúde. Rev. Enferm. UFPE online [Internet]. 2017 jan [cited 2019 may 27]; 11(supl.1):341-50. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11914/14403> doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201713>
 22. Lowen IMV, Peres AM, Crozeta K, Bernardino E, Beck CLC. Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Sep 15]; 49(6): 964-970. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600964&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000600013>.
 23. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Aug 09]; 23(3):861-870. Disponível

- em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300861 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.
24. Toso Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira, Filippou Jonathan, Giovanella Ligia. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 Fev [cited 2019 Sep 23]; 69(1):182-191. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100182&script=sci_arttext&tlng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>.
25. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2015 Jul [cited 2019 Oct 02]; 19(3):612-19. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027> <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>
26. Girão ALA, Freitas CHA. Hypertensive patients in primary health care: access, connection and care involved in spontaneous demands. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2016 May [cited 2019 Feb 19]; 37(2):e60015. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200408&script=sci_arttext&tlng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>.
27. Abreu TKK, Amendola F, Trovo MM. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Out [cited 2019 Jan 16]; 70(5):981-987. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000500981&script=sci_abstract doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>.
28. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Mar 21]; 32(8): e00183415. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000803001&script=sci_abstract&tlng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.
29. Gutiérrez MGR de, Morais SCR. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Nov 23]; 70 (2): 436-441. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200436 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>.
30. Silva JF, Fonseca DF, Silva J, Viegas SMF, Lanza FM. The daily work in the Family Health Strategy: between the real and the ideal. *R. Enferm. Cent. O. Min.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 29]; 9:e3488. Available from: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3488>
31. Silva CA, Araujo MD. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Rev. Saúde debate* [Internet] 2020 Mar [cited 2020 Nov 22] 43(123) 1240-58 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n123/0103-1104-sdeb-43-123-1240.pdf> doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>.