

## O ENIGMA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Ricardo Henrique Vieira de Melo; Mércia Lima de Melo; Maísa Paulino Rodrigues; Alexandre Bezerra Silva; Rosana Lúcia Alves de Vilar

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: ricardohvm@gmail.com*

### **Resumo:**

**Introdução:** A Estratégia Saúde da Família no Brasil tem suscitado uma grande circulação de ideias e de propostas, motivando diversas reflexões sobre a necessidade de reorientação das práticas nas unidades básicas de saúde, partindo do pressuposto de que essa modalidade de atenção, quando assumida de forma integral e resolutiva pode produzir mudanças significativas nas ações de saúde em nível local. **Objetivo:** Analisar as publicações no Brasil relacionadas à integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** Caracteriza-se enquanto revisão de literatura do tipo narrativa. A busca bibliográfica foi desenvolvida no ano de 2017, na plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) a partir das palavras “integralidade” e “Estratégia Saúde da Família”. O recorte temporal compreendeu o período entre os anos 2013 e 2017. Foram selecionados 21 artigos que se adequaram aos critérios de inclusão. Em seguida, foi realizada a análise criteriosa do material selecionado, segundo os preceitos da Técnica de Análise de Conteúdo nas etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos achados. **Resultados e Discussão:** Foram encontradas três categorias temáticas de sentidos: o trabalho em saúde como produção compartilhada; a operacionalização do trabalho em saúde na atenção básica; e o saber-fazer na Estratégia Saúde da Família enquanto desafio para a integralidade do cuidado em saúde. **Conclusões:** o artigo faz referência à necessidade de ressignificação do processo de trabalho por parte dos profissionais e discute a produção do cuidado em saúde com vistas à construção de um modelo de saúde humanizado.

**Palavras-chave:** Integralidade em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

### **Introdução**

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, propondo instituir uma nova prática em saúde, isto é, rompendo com a lógica fragmentada, predominante nas práticas e no modelo de formação em saúde, caracterizada pelo mecanicismo, individualismo, biologismo, com ênfase nas ações de caráter curativo. Assim, a integralidade propõe que para a compreensão dos problemas de saúde se considere as diversas dimensões de um indivíduo ou de uma coletividade.

Atualmente, diversos obstáculos se apresentam para a assistência à saúde no País, seja de ordem financeira, organizativa, política ou ética, suscitando o debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito de maneira indissociável ao emprego de tecnologias, saberes e recursos essenciais num contexto singular: o do encontro entre quem sofre e aqueles que se propõem a minimizar este sofrimento, profissionais de saúde, técnicos ou gestores (AYRES, 2004).

No Brasil é possível observar a insatisfação e a insegurança dos usuários com o tipo de assistência prestado pelos serviços de saúde e com a forma de atendimento dispensada pelos profissionais que operam esses serviços, isto é, através de práticas mecânicas, impessoais e pouco efetivas no tocante à resolução dos problemas de saúde. Tal prática centra sua atuação especificamente na clínica médica, valorizando os aspectos biológicos em detrimento do conjunto de necessidades apresentadas pelos indivíduos. Por prática de saúde, compreende-se aqui, a forma como uma sociedade, em um determinado momento, com base no conceito de saúde vigente e no paradigma sanitário hegemônico, organiza as respostas sociais frente aos problemas de saúde (SILVA et al, 2016).

As práticas sociais são produto das relações sociais que, por sua vez, condicionam o pensamento e as ações humanas em um dado momento, em dada sociedade. Dessa forma, há razões determinadas para que as práticas sociais surjam e se conservem correspondendo a interesses diversos. Portanto, apesar de ser resultado da ação humana, à medida que uma prática social se fixa e se repete, converte-se em uma ideia comum, naturalizando-se e impregnando o cotidiano da impressão de que as práticas são regras naturais, dificultando, desse modo, as mudanças (MENDES-GONÇALVES, 1994; LIMA et al, 2016).

De modo geral, os usuários dos serviços de saúde buscam por cuidado, mas, a maioria das vezes, o profissional está voltado para, a partir da queixa, diagnosticar e tratar a doença. Adicionalmente, o modelo de pensamento predominante, orientado por uma racionalidade científica, considera que a verdade sobre as doenças está na alteração dos tecidos, na alteração da anatomia e funcionamento dos órgãos do corpo. Assim, a prática em saúde, em particular a prática médica, está estruturada para identificar e eliminar as lesões do corpo doente e, por definir-se científica, busca a objetividade, a exatidão e a precisão (CAMARGO, 1993; VIEGAS; PENNA, 2013).

Tal racionalidade contribui para que a relação dos profissionais seja com a doença e não com a pessoa doente. Assim, o usuário doente passa a ser visto apenas como portador da doença, devendo ser excluído para não comprometer a objetividade da ciência em diagnosticá-la. Consequentemente, os profissionais tendem a restringir seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento. Esse modo predominante das práticas de saúde limita a percepção das necessidades de atenção reduzindo, também, a efetividade das intervenções. Faz-se necessário, portanto, uma reflexão/discussão sobre a complexidade dos processos de

subjetivação no contexto do trabalho em saúde que possibilitem uma ressignificação das práticas instituídas com vistas a um ‘novo fazer’, que atenda de forma efetiva os problemas de saúde dos usuários.

Diante desse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, uma vez que resgata conceitos fundamentais para o cuidado em saúde tais como: o aumento do vínculo entre usuário e equipe, possibilitando uma maior corresponsabilidade no processo terapêutico e o uso do dispositivo do acolhimento viabilizando uma maior acessibilidade aos serviços de saúde, entre outros. Tais aspectos potencializam a reorientação do modo de operar os serviços de saúde na atenção básica. Nessa perspectiva, buscamos estabelecer uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e os desafios necessários para a construção de um novo fazer no SUS.

Dessa forma, este estudo tem como questionamento de pesquisa: o que tem sido publicado na literatura brasileira sobre integralidade e Estratégia Saúde da Família, no escopo da discussão sobre a natureza do processo de trabalho e de cuidado em saúde? Assim, o objetivo da investigação é analisar as publicações no Brasil relacionadas à integralidade do cuidado na ESF, nos últimos cinco anos.

## **Metodologia**

Este estudo se caracteriza enquanto uma revisão de literatura do tipo narrativa, a qual se constitui na busca orientada e de forma mais aberta sobre informações acerca do tema recortado procurando descrever e discutir sob pontos de vista teóricos contextualizados. Essa categoria de artigo, segundo Rocher (2007), permite ao leitor a aquisição e atualização de conhecimentos sobre uma temática específica em um curto período de tempo, fomentando a educação continuada. A revisão narrativa estabelece relações entre produções anteriores e contemporâneas, identificando os temas relevantes e recorrentes, indicando novas perspectivas, contribuindo para a consolidação de uma área do conhecimento.

A busca bibliográfica foi desenvolvida no ano de 2017, na plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), filtrando pelas fontes da Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), a partir das palavras “integralidade” e “Estratégia Saúde da Família”. O recorte temporal compreendeu o período entre os anos 2013 e 2017. Os critérios de inclusão foram: artigos disponibilizados integralmente nos

meios eletrônicos com redação em língua portuguesa, publicados no Brasil. Foram excluídos capítulos, dissertações, teses, livros, documentos de relatórios técnico-científicos e de gestão.

A partir da leitura prévia dos títulos e resumos das produções encontradas, foram selecionados 21 artigos que se adequaram aos critérios de inclusão. Para o acesso ao texto completo foram usados os links disponíveis diretamente nas bases de dados supracitadas, bem como no portal CAPES e via buscador Google. Em seguida, foi realizada a análise criteriosa do material selecionado, segundo os preceitos da Técnica de Análise de Conteúdo, sistematizada por Bardin (2011), nas etapas de: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Assim, a leitura flutuante, seguida de releitura do conteúdo e de interpretação das semelhanças e divergências dos trechos mais significativos, permitiu elencar três categorias temáticas de sentidos: o trabalho em saúde como produção partilhada; a operacionalização do trabalho em saúde na atenção básica; e o saber-fazer na Estratégia Saúde da Família enquanto desafio para a integralidade do cuidado em saúde. Na seção seguinte, essas categorias são desenvolvidas inclusive em diálogo com produções científicas anteriores para melhor discernimento e contextualização.

## **Resultados e Discussão:**

### •O trabalho em saúde como produção partilhada:

A atenção à saúde pode ser entendida dentro da categoria serviço, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil. Entretanto, os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, ocorre no próprio ato (SOUZA; SANTOS, 2003; TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Dessa forma, o profissional de saúde, durante o exercício de sua atividade, precisa manter uma relação dialógica e intercessora com seus pacientes. Levy (2000) nos diz que a abordagem clínica supõe sujeitos às voltas com um sofrimento, uma crise que os toca por inteiro. O clínico depara-se com um ser pensante e igualmente desejante, assim como ele próprio. Nesse encontro entre dois sujeitos, o fluxo das emoções flui entre ambos, criando uma relação autêntica entre dois seres e não somente entre um técnico e uma patologia.

O trabalho em saúde é assim um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, sobre pessoas, e, mais ainda, com base em uma interseção partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho,

ou seja, é sujeito ativo desse processo. Eles são portadores/elaboradores de necessidades, uma vez que não produzem apenas a informação do que ocorreu consigo e a história de sua queixa ou doença. É solicitada dele uma participação ativa, para que seja corretamente aplicada a terapêutica e se opere a integralidade nos campos de necessidade (MERHY; FRANCO, 2013).

Como parte integrante do processo de trabalho, o usuário torna-se um co-partícipe desse processo e, quase sempre, um corresponsável pelo êxito ou o insucesso da ação terapêutica, determinando assim seu valor de uso. Para Merhy (2012), o modo de produzir saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um fazer peculiar fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para melhor eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também em um processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

A produção do cuidado em saúde pressupõe que no momento do encontro entre usuário e profissional, este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura por parte do profissional para inclinar-se à escuta qualificada, o estabelecimento de vínculo, de laços de confiança. Implica em acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo. No encontro com o usuário são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que facilitam ou dificultam a aplicação dos conhecimentos do profissional, na aceitação de queixas para a intervenção. Profissionais e usuários são mutuamente afetados nesse encontro. A percepção dos afetos e dos sentimentos aí mobilizados requer uma maior escuta, uma maior capacidade de acolher, de estabelecer vínculos e, portanto, uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica (BALINT, 1988; ARANTES; MERCHAN-HAMANN; SHIMIZU, 2016; SIMAS et al, 2016).

As tecnologias leves, que dizem respeito às relações, são essenciais para a produção do cuidado em saúde, pois são aquelas mais dependentes do “trabalho vivo”, ou seja, aquele que dá significado ao trabalho em ato, no exato momento da sua atividade produtiva, permitindo ao profissional maior criatividade, interação com o usuário e possibilitando a inserção deste no processo de produção da sua própria saúde, isto é, fazendo-o sujeito e protagonista de seu processo saúde-doença. Faz-se necessário destacar que Merhy e Franco (2002) estabelecem três categorias para tecnologias de trabalho em saúde: as tecnologias duras, as inscritas nas máquinas e instrumentos; as tecnologias leve-duras, as que se referem ao conhecimento técnico; e as tecnologias leves, que dizem respeito às relações.

Mendes-Gonçalves (1994) refere que a tecnologia só adquire sentido enquanto expressão conjunta das determinações internas e externas dos processos de trabalho e, portanto, contemporânea com ele. Não há tecnologia, nessa perspectiva, fora dos processos de trabalho. Há saberes, conhecimento de estatutos científico ou cultural que podem se transformar em momentos dos processos de trabalho à medida que possam corresponder aos requerimentos técnicos e sociais dos mesmos. Tecnologia, portanto, no sentido amplo, é algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais.

Nessa direção, Ayres (2004) destaca que normalmente quando se fala sobre cuidado em saúde é atribuído um sentido compartilhado pelo senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento. Contudo, ele traz uma discussão inovadora quando trata o ‘cuidado’ como um constructo filosófico, designando simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem. Assim, no momento do encontro entre o profissional e usuário, em busca do alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, a ação terapêutica e a atitude prática devem ser sempre mediadas por saberes que incorporem as dimensões éticas e filosóficas do cuidado.

Deve-se lembrar que a organização e a divisão do processo de trabalho se definem pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, a lógica da produção dos serviços médico-centrados tem como finalidade a cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde. Para se pensar um novo desenho assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental ressignificar o processo de trabalho. Essa ressignificação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do usuário, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como diretrizes, o trabalho em equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização da assistência, a participação social, a co-gestão dos serviços, através da criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde (PORTILLO, 1993; ARCE; SOUSA, 2013; SILVA; BARBOSA; ROCHA, 2015).

Nessa perspectiva, é imprescindível resgatar e incorporar assistências progressivas totalizadoras do cuidado produzido, em vez da somatória dos atos especializados. Incluir a dimensão subjetiva nas práticas em saúde como parte da inovação tecnológica, revalorizando, tanto para os usuários quanto para os médicos e demais profissionais, uma prática cujas relações interpessoais resguardem o sentido humano das profissões de saúde. Isto equivale a se contrapor à visão predominante de uma cisão necessária entre o que é técnico-científico e o que é humano nas

ações técnicas, quer pelo conhecimento dos limites da primeira dimensão, quer pelo conhecimento dos espaços efetivos da segunda, no interior das intervenções e da produção dos serviços (SCHARAIBER, 2015).

- A operacionalização do trabalho em saúde:

Podemos dizer que a atenção básica em saúde não é uma ação simplificada, ou seja, quando assumida de forma integral e resolutive, exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos. O desenvolvimento científico-tecnológico, ao mesmo tempo em que possibilitou ampliar a identificação de anormalidades, mesmo antes da manifestação de sinais e sintomas, por meio de exames laboratoriais e de imagem, também veio contribuir para a diminuição da escuta, do diálogo, da ausculta, da palpação e do toque no corpo do doente, tornando esses aspectos irrelevantes no diagnóstico da doença (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Todos os trabalhadores em saúde possuem potenciais de intervenção nos processos de produção em saúde, que são marcados pela relação entre os núcleos de competência profissional e o núcleo cuidador, quer seja esse trabalhador um médico ou um arquivista. O núcleo de competência profissional diz respeito ao recorte profissional do problema, nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leve-duras. Já o núcleo cuidador se refere aos processos relacionais das tecnologias leves e pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários. No modelo médico-centrado, o núcleo cuidador ocupa um papel irrelevante e complementar, em relação ao núcleo profissional. A implicação mais séria desse modelo é o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde, em particular, do próprio médico. Outro problema existente é a submissão dos outros profissionais da equipe à lógica dominante da ação médica. Tal lógica empobrece consideravelmente o seu núcleo cuidador (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Alguns autores advogam que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico compromete profundamente a eficácia da intervenção. Mas, podemos dizer, também, que a eliminação ou a restrição da ação cuidadora, dos diversos profissionais de saúde, tem construído modelos de atenção pouco efetivos perante a vida dos cidadãos. Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de

saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização (MERHY; FRANCO, 2013).

Implica, também, uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais atuantes que se expressam, no campo da cooperação (núcleo cuidador), pelo comprometimento ético, pela destreza nas relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e pela compreensão ampliada do processo de trabalho. No campo da direcionalidade técnica (núcleo profissional/específico), se expressa pelo conhecimento técnico-científico, pela clínica, pelo planejamento e, ainda, pelo conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços. Faz-se necessário, portanto, a associação dos conhecimentos técnicos, de novas configurações tecnológicas e novas micropolíticas para o trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. As tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder e afeto do núcleo familiar e de agrupamentos sociais induzem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, baseada em cidadania, solidariedade e humanização (SOUZA; SANTOS, 2003).

•O saber-fazer na Estratégia Saúde da Família:

Estudos apontam que a estratégia Saúde da Família vem se afirmando como processo instituinte capaz de contribuir para a mudança do modelo de atenção no SUS. Promotora da equidade em saúde, induz o aumento da cobertura e abrangência populacional, exibindo seu êxito no país. A ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar. A potencialidade para a mudança advém do seu conteúdo estratégico, que permite questionamentos, reflexões e reordenamento de práticas dentro das unidades básicas de saúde, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe, a atuação sobre um território definido, a adstrição de clientela, os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade (TEIXEIRA, 2007; ANDRADE; INOJOSA, 2015).

Cabe destacar, também, que o processo de reorganização da atenção básica pode contribuir para reordenar a assistência nos outros níveis do sistema, provocando uma utilização mais racional e organizada. Daí o seu potencial estruturante como fomentador de processos de mudanças,

possibilitando a conformação de um desenho e de uma prática de atenção à saúde mais resolutive. No eixo discursivo, a estratégia conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, humanizada e solidária, com base nos princípios da equidade, integralidade, resolubilidade, acesso, qualidade, participação social e cidadania (BRASIL, 2014).

O contraponto desse pensar é a possibilidade da incorporação dessa estratégia como política institucional, exigindo dois movimentos sincrônicos, um na esfera da micropolítica e outro da macropolítica. No que diz respeito à macropolítica, estão incluídas a necessidade da constituição de um vínculo formal do trabalhador com os serviços de saúde (por meio da análise de desempenho instituído por um plano de carreira, cargos e salários nos serviços públicos); maior austeridade na política de incentivos financeiros para a estratégia Saúde Família, como forma de impulsionar a estratégia; fortalecimento das estruturas gerenciais nos estados e municípios, objetivando promover a programação da atenção básica, supervisão das equipes e dos municípios; ações articuladas com as escolas técnicas e as instituições de ensino superior para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, visando responder aos desafios colocados pela expansão e necessidade de qualificação da atenção básica; a qualificação dos profissionais já inseridos na rede, através de uma política de educação permanente das equipes, coordenações e gestores; atuação adequada da gestão do sistema nos municípios e estados, além do refazer político-institucional, dentro das organizações de saúde (MELO et al, 2016).

Outro desdobramento imprescindível, neste campo, diz respeito à ampliação do uso de tecnologias leves com a construção de uma malha de cuidados ininterruptos à saúde que possam incluir: a definição dos fluxos entre as unidades produtivas nos diversos níveis de atenção; a incorporação tecnológica e ampliação da comunicação entre as unidades produtivas, através da desmonopolização do saber médico-centrado e com o uso dos dispositivos de apoio matricial e de equipe de referência, conforme recomendações da política nacional de humanização (BRASIL, 2013); a capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho; a construção de projetos terapêuticos singulares para indivíduos e famílias; a criação e instituição de redes sociais (fóruns temáticos, conselhos gestores, rodas de conversas locais) como parte integrante de uma rede de petição composta por trabalhadores, gestores e usuários; a capacidade de exercitar a criatividade; e a inclusão do dispositivo do acolhimento como ferramenta analisadora para a ampliação do acesso, reorientação da agenda local e inclusão de novas ofertas no serviço a partir das necessidades/intencionalidade dos sujeitos que compõem o processo de trabalho (BRASIL, 2005; GALVÃO et al, 2016).

## Conclusões:

A estratégia Saúde da Família, em seu modo de operar os serviços de saúde constitui-se num processo, e, assim sendo, não está concluído, podendo caminhar para o plano da capitulação ao projeto neoliberal de atenção à saúde ou para a radicalização do processo de humanização e da integralidade do cuidado, garantindo acesso, resolubilidade, qualidade da atenção e da assistência e participação social, conforme acentuamos anteriormente a respeito dos desdobramentos em nível da micro e macro políticas.

Faz-se necessário destacar que, nesse cenário, a gestão dos serviços de saúde possui papel fundamental na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para um novo fazer, de novas relações com os usuários e com os profissionais. Somar-se na construção de novos desenhos de trabalho em saúde, que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores, de maneira eficaz e eficiente, com conquistas no alargamento do coeficiente de autonomia dos usuários, resultando em um viver mais saudável, é tarefa urgente a ser realizada pelo conjunto dos gestores, trabalhadores e usuários dos estabelecimentos de saúde.

Enfim, urge a necessidade de construirmos novos arranjos institucionais que estimulem o conhecimento dos profissionais sobre a realidade de vida dos usuários, propiciando espaços coletivos para a troca de experiências e saberes, para a reflexão dos referenciais que dão suporte às práticas, para a análise e avaliação das ações produzidas, inclusive aquelas que se pretendem renovadoras. Estas são algumas possibilidades rumo à construção de um novo saber-fazer em saúde com vistas à produção do cuidado.

## Referências:

1. ANDRADE, LOM; INOJOSA, RM. Saúde da Família, Violência e Cultura da Paz. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Ministério da Saúde, 2015.
2. ARANTES, LJ; MERCHÁN-HAMANN, E; SHIMIZU, HE. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**; 21(5): 1499-1510, Mai. 2016.
3. ARCE, VAR; SOUSA, MF. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc**; 22(1): 109-123, jan.-mar. 2013.

4. AYRES, JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 8, n.14, p.73-91, set.2003-fev. 2004.
5. BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro; Atheneu, 1988.
6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Apoio Matricial ou Matriciamento Brasília/DF**: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br>. Acesso em setembro 2017.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2014.
10. CAMARGO, JKR. **Racionalidades médicas: A medicina ocidental contemporânea**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 1993.
11. GALVÃO, TLA; OLIVEIRA, KKD; MAIA, CAAS; MIRANDA, FAN. Assistência à pessoa com parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**; 8(4): 5101-5107, out.-dez. 2016.
12. LEVY, A. **O posicionamento clínico: ciências clínicas e organizações sociais**. São Paulo, SP: Autêntica, 2000.
13. LIMA, MRA; MEDEIROS, SM; KLÜPPEL, BLP; NUNES, MLA; SÁ, LD. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Rev Bras Enferm**; 69(5): 840-846, set.-out. 2016.
14. MELO, LMLL; MOIMAZ, SAS; GARBIN, CAS; GARBIN, AJÍ; SALIBA, NA. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Rev. Ciênc. Plur**; 2(1): 42-55, 2016.
15. MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo, SP: Hucitec,1994.
16. MERHY, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R (Org.). **Agir em saúde; um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
17. MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2012.
18. MERHY, EE.; FRANCO, T. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**. vol. 26, n.60, p. 118-22, 2002.

19. MERHY, EE; FRANCO, T. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, EE et. al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 135-160.
20. OLIVEIRA, MAC; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**; 66(spe): 158-164, set. 2013.
21. PORTILLO, J. La Medicina: El império de lo efímero. In: PORTILLO, J; BARRÁN J. P; BAYCE, R. **La Medicalización de la Sociedad**. Montevideo. Ed. Nordan; 1993. p. 15-36.
22. ROTHER, ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm**. São Paulo. v. 20, n. 2, p. 5-6, June. 2007.
23. SANTOS, AM; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**; 32(3): e00172214, 2016.
24. SCHRAIBER, LB. **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**. São Paulo; Hucitec, 2015.
25. SILVA, S; LIMA-COSTA, MF; TURCI, MA; MAMBRINI, JVM; MACINKO, J. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**; 32(10): e00014615, Oct. 2016.
26. SILVA, VAA; BARBOSA, ACQ; ROCHA, TAH. Desempenho dos médicos na saúde da família: uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. **Rev. adm. pública**; 49(5): 1237-1262, Set.-Out. 2015.
27. SIMAS, KBF; SIQUEIRA-BATISTA, R; PEREIRA, CG; COSTA, AAZ; GOMES, AP; SIMÕES, PP. (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**; 21(5): 1481-1490, Mai. 2016.
28. SOUZA, AMA; SANTOS I. **Processo educativo nos serviços de saúde** – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 01 – OPAS – Brasília, 2003.
29. TEIXEIRA, CF. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Ministério da Saúde, 2007.
30. TURCI, MA; LIMA-COSTA, MF; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad Saude Publica**; 31(9): 1941-1952, Set. 2015.
31. VIEGAS, SMF; PENNA, CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**; 18(1): 181-190, jan. 2013.